

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENSINO DE CIÊNCIAS – MESTRADO PROFISSIONAL

Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo

Cuidados Paliativos no currículo de formação médica: o ensino como lugar de
comunidades de aprendizagem

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Ensino de Ciências – Mestrado Profissional como parte dos
requisitos para obtenção do Título de Mestre em Ensino de
Ciências – Mestrado Profissional.

Área de Concentração: Ensino de Ciências

Orientadora: Profa. Dra. Rita C. Magalhães Trindade Stano

Dezembro de 2013

Itajubá – MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENSINO DE CIÊNCIAS – MESTRADO PROFISSIONAL

Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo

Cuidados Paliativos no currículo de formação médica: o ensino como lugar de
comunidades de aprendizagem

Dissertação aprovada por banca examinadora em 13 de
dezembro de 2013, conferindo ao autor o título de
**Mestre em Ensino de Ciências – Mestrado
Profissional.**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Rita C. Magalhães Trindade Stano (Orientador)

Profa. Dra. Célia Maria Kira

Prof. Dr. Mikael Frank Rezende Jr.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Mauá
Bibliotecária Jacqueline Rodrigues de Oliveira Balducci- CRB_6/1698

F475c

Figueiredo, Maria das Graças Mota Cruz de Assis
Cuidados paliativos no currículo de formação médica : o
ensino como lugar de comunidades de aprendizagem. / Maria
das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo. – Itajubá, (MG) :
[s.n.], 2013.

135 p. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia M. Trindade Stano.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Itajubá.

1. Tanatologia. 2. Cuidados Paliativos. 3. Comunidade de
Aprendizagem. 4. Ensino-Aprendizagem. I. Stano, Rita de Cássia
Magalhães Trindade, orient. II. Universidade Federal de Itajubá.
III. Título.

Ele não poderia deixar de ser o primeiro a quem dedico este texto saído do sonho, gestado na dor e nascido com olhos de pranto!

Ele, que chegou tão tarde e partiu tão cedo.

Ele, com quem o tempo não foi Chronos, foi Kairós.

Ele, que existiu em mim desde sempre, embora só tivesse rosto há poucos anos.

Ele, que se não tivesse passado pela minha vida, nada teria valido a pena.

Ele, que me ensinou sobre a Morte e sobre os Cuidados Paliativos, também com a própria vida.

A você, Marco Tullio de Assis Figueiredo, que tanto me quis ver Mestre, embora sempre dissesse que no amor eu já era.

Até o nosso próximo Encontro!

Ao meu pai, que partiu há tempos e que desde
o útero me ensinou a amar.

À minha mãe, com quem tantas vezes aprendi
que um ato de entrega pode ser a mais corajosa
das lutas.

À Wanda, minha irmã desde outras vidas. Mães
diferentes, mas quem se importa?

Ao Kleber e à Luiza, irmão e cunhada. Para
uma filha única, irmãos se parecem com
milagres.

Aos meus filhos muito esperados e muito
amados quando chegaram, professores
continuados de desapego.

Às minhas noras, presentes para a minha alma.

Aos meus netos, que têm sido ultimamente a
minha razão de viver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Rita (Profa. Dra. Rita Stano, minha Orientadora), com quem pude viajar em voo livre e pousar em segurança, muitas e muitas vezes.

Ela não sabe, mas muitas vezes as suas aulas foram a minha inspiração no dia a dia com os meus alunos. Foi ela quem aguçou a minha criatividade e foi nela que me espelhei para inventar o novo, quando nada havia pronto. Um dia serei como ela!

Algumas vezes ao longo destes dois anos, eu me dei conta de que a relação do orientando com o orientador se parece muito com uma relação de casamento: amor, tolerância, firmeza, confiança, admiração, respeito, gratidão, humor...

Se tudo isto estiver presente em doses equilibradas, então a relação se torna preciosa e única, como foi a nossa!

Obrigada por me fazer feliz no tempo da tristeza, minha amiga!

Agradeço à Valéria, Bibliotecária da FMIIt que, com toda a paciência, gentileza e amor, me salvou das armadilhas das Normas ABNT. No meio da nossa correspondência ou do nosso trabalho conjunto na Biblioteca, quantas vezes paramos para falar do Marco. Ela foi a primeira pessoa que sonhou com ele...

Agradeço à Walquiria, Professora de Inglês da FMIIt e minha companheira de Coral, que corrigiu o meu inglês. Por desuso, ele anda meio precário. Mas o inglês foi o pretexto que encontrei para ficarmos mais próximas...

Agradeço às pessoas que, por muito ou por pouco tempo caminharam ao meu lado; cada uma delas deixou em mim o que era preciso.

Agradeço aos meus amigos da Granja Viana, meu lar no mundo, gente mais do que especial e que cuida até hoje do pedaço do meu coração que deixei por lá.

Agradeço à Profa. Dra. Maria Júlia Paes da Silva, minha madrinha de casamento com o Marco, e ao Prof. Dr. Cláudio Sakurada, as duas primeiras pessoas que, generosamente, me convidaram a caminhar por onde caminha a morte.

Agradeço aos grandes profissionais de Tanatologia e de Cuidados Paliativos no Brasil e no exterior, com quem aprendi a ser quem sou. De muitos deles me tornei amiga pessoal, e esta é a minha riqueza.

Agradeço à Unifesp na figura do Prof. Dr. Antônio Carlos Lopes, que sempre foi sensível aos Cuidados Paliativos.

Agradeço à cidade de Itajubá que me acolheu como a filha que sou e me dispensou o carinho do qual eu tanto precisei quando o Marco se foi. Aqui fiz mais e melhores amigos do que poderia sonhar.

Agradeço à Faculdade de Medicina de Itajubá na figura dos Drs. Kleber Lincoln Gomes e Maria Christina Grieger (espero que ela seja companhia constante do Marco no céu), que tem me permitido dar forma ao nosso sonho, que também era deles. Obrigada, Chris, por ter esperado que eu chegasse e ter me dado a chance de amá-la muito, para que eu possa hoje sentir a saudade imensa que sinto.

Agradeço à Diretoria da FMIIt na figura do Dr. Rodolfo Souza Cardoso, comandante firme em tempos de turbulência.

Agradeço aos funcionários e aos colegas, professores de lá, com quem me sinto como em família, aconchegada e feliz.

Agradeço aos pacientes que me concederam o privilégio de ficar ao lado enquanto morriam, até mesmo quando apenas o silêncio cabia.

Agradeço aos membros da minha Banca de Qualificação, Profa. Dra. Célia Maria Kira e Prof. Dr. Mikael Frank Rezende Jr. Com os seus “lápiz vermelhos” e o seu carinho, fizeram muito mais pelo meu aprendizado do que possam imaginar.

Agradeço aos meus professores do Mestrado. Nenhum deles deixará vazio, nunca mais, o lugar que passou a ocupar na minha vida.

Agradeço aos meus colegas do Mestrado. Muito mais jovens do que eu, e nunca fui tão adolescente quanto no tempo (infelizmente curto) em que vivi entre eles. Muitas e muitas vezes foram eles que me deram motivos para continuar, quando a dor se instalou e eu mesma já não acreditava mais em mim. Estaremos juntos no Doutorado...

E por fim agradeço aos meus alunos, pretexto e razão maior deste trabalho. Alunos são como filhos.

Em especial agradeço àqueles que estiveram mais próximos de mim nestes anos, dando vida aos meus sonhos, criando comigo novas formas de aprender e ensinar (porque muitas e muitas vezes a relação professor-aluno se inverteu), produzindo o material que me orgulha e que me faz ter a ousadia de mostrar a mais gente.

Aos membros da Liga de Cuidados Paliativos e do Projeto “A Arte do Cuidar”, minha imensa gratidão.

Talvez um dia, quando vocês forem velhinhos e eu apenas existir na saudade, quando alguns de vocês também tiverem alunos, será possível compreender o orgulho que sente um professor por aqueles alunos que o superam...

Pequeno Poema de Dor

Um tempo,
Longo,
Existe pra espera.
Um outro tempo,
Fugaz,
Existe pro encontro.
Um outro ainda,
Cruel,
Existe pro adeus.
No meio
E pra sempre,
Intenso,
Existe o amor!

Graça Mota Figueiredo

Outono de 2013



Don Quixote e Sancho Pança

Pablo Picasso - 1955

Caminante, son tus huellas

el camino, y nada más;

Caminante, no hay camino.

Se hace camino al andar.

Antônio Machado

RESUMO

Este trabalho apresenta a descrição e o estudo das ações didáticas da Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos (TanCP) em um curso de Medicina do sul de Minas Gerais. A disciplina em questão não é comumente oferecida na graduação de medicina e, em função disso, no país existe pouco material didático para o ensino médico de TanCP. Na grade curricular desta Faculdade a disciplina tem pequena carga horária, insuficiente para todas as ações necessárias. Criou-se, então, um projeto extracurricular denominado “A Arte do Cuidar” que se destina, entre outros objetivos, a propiciar um número maior de atividades aos alunos, e a desenvolver material didático para compartilhamento com os colegas, com outras faculdades e com a comunidade. Ao longo das ações em sala de aula e das atividades do Projeto durante os anos de 2010 a 2013 constatou-se que professora e alunos constroem Comunidades de Aprendizado capazes de transformar o conhecimento em profundo e vivencial, além de alterar positivamente os papéis tradicionais de professor e aluno. Este trabalho sugere que a experiência em questão pode ser replicada no ensino de outras disciplinas na formação médica ou mesmo em outras áreas do conhecimento. Sugere também que a inclusão de uma disciplina como TanCP no currículo das escolas de medicina pode contribuir para uma transformação positiva e necessária no perfil do médico atual.

Palavras-chave: Tanatologia, Cuidados Paliativos, Ensino-Aprendizagem, Comunidade de Aprendizagem.

ABSTRACT

This paper presents the description and study of the didactic actions in the discipline Thanatology and Palliative Care (TanPC) in a medical course in southern Minas Gerais. The subject in question is not commonly offered in the undergraduate medical courses and, because of this, in the country there is little didactic material for the medical teaching of TanPC. In the curriculum of this school this subject has a small number of hours, which is not enough for all the necessary actions. Because of this, an extracurricular project called “The Art of Caring” was created. This project aims, among other things, providing a greater number of activities for students, and at developing material for sharing with colleagues, with other colleges and with the community. During the actions in the classroom and the project activities in the years 2010 to 2013 it was noticed that teacher and students build Learning Communities which can transform the knowledge into deep and experiential, and change in a positive way the traditional roles of teacher and student. This work suggests that such experience can be replicated in the teaching of other disciplines in medical training or even in other areas of knowledge. It also suggests that the inclusion of a discipline like TanPC in the curriculum of medical schools can contribute to a positive change in the profile of the current physician.

Keywords: Thanatology, Palliative Care, Teaching and Learning, Learning Community.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Os irmãos Hypnos e Thanatos-John William Waterhouse (1849-1917)...	23
FIGURA 2 – Caronte transportando almas pelo Rio Estige-Gustave Doré (1832-1888) para A Divina Comédia (1861).....	23
FIGURA 3 – Cérbero-Gustave Doré (1832-1888) para A Divina Comédia (1861).....	24
FIGURA 4 – A Morte da Virgem-Duccio-Di-Buoninsegna (1255-1319)	25
FIGURA 5 – A Morte de San Martin-Simone Martini (1284-1344)	25
FIGURA 6 – A morte de Elizabeth I, Rainha da Inglaterra-Paul Delaroche (1797-1856)	27
FIGURA 7 – A Morte de Lord Byron-Joseph Denis Odevaere (1775-1830)	27
FIGURA 8 – A Lição de Anatomia do Dr. Tulp-Rembrandt (1606-1669)	29
FIGURA 9 – A Morte de Ivan Ilitch-Leon Tolstoi (1ª edição em 1886)	30
FIGURA 10 – UTI num Hospital moderno.....	32
FIGURA 11 – Oscar e a Senhora Rosa-Eric Emmanuel Schmitt (Trilogia do Invisível)	34
FIGURA 12 - A Família Enferma-Lasar Segall (1920)	35
FIGURA 13 – Mário Quintana em seu pequeno quarto, na que se supõe seja uma das suas últimas fotos em vida.	36
FIGURA 14 – Tempo de Amor: A Essência da Vida na Proximidade da Morte (2007)	37
FIGURA 15 – David Tasma em 1946.....	55
FIGURA 16 – Janela do St. Christopher’s Hospice.....	55
FIGURA 17 – Saunders (à esquerda) e Kübler-Ross (à direita) em Nova York.....	58
FIGURA 18 – Prof. Dr. Marco Tullio Barcellos de Assis Figueiredo (1925-2013), Hospedaria do Jaçanã, SP - ICESP	62
FIGURA 19 – Alguns (as) dos (as) alunos (as) do Projeto em 2011, e algumas das produções até novembro de 2013.....	90

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CP na América Latina.....	59
QUADRO 2 – Serviços de CP no Brasil até 2007.....	61
QUADRO 3 – Atividades da Disciplina TanCP em sala de aula.....	76
QUADRO 4 – Artigos científicos em elaboração, atividade do Projeto “A Arte do Cuidar”.....	85
QUADRO 5 – Produção do Projeto “A Arte do Cuidar” até novembro de 2013.....	89
QUADRO 6 – Constituição de uma Comunidade de Aprendizagem.....	100

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO 2 – ASPECTOS TEÓRICOS: FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA...	22
2.1 A Morte e o Médico, Ontem e Hoje.....	22
2.2 As Escolas de Medicina no Brasil.....	37
2.3 As Origens do Padrão Atual da Formação Médica.....	38
2.4 O Currículo nas Escolas de Medicina.....	42
2.5 Cuidados Paliativos: Conceito, História e Sentidos.....	50
2.6 Cuidados Paliativos no Brasil.....	60
CAPÍTULO 3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	66
3.1 O Cenário da Pesquisa.....	70
3.2 A Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina de Itajubá: um Percurso Histórico.....	71
3.3 Descrição e Análise da Prática Docente: Experiências em Sala de Aula.....	75
3.3.1 Identificando Pré-Conceitos.....	78
3.3.2 Provocando Interesse e Reflexão.....	78
3.3.3 Ensinando para Aprender.....	79
3.3.4 Produzindo Material e Avaliando o Aprendizado.....	80
3.4 Descrição e Análise do Projeto “A Arte do Cuidar”.....	87
3.5 Arte e Ciência: “A Arte do Cuidar”.....	94
3.6 A Construção de Uma Comunidade de Aprendizagem.....	97
CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCAMINHAMENTOS.....	102
REFERÊNCIAS.....	110
ANEXOS.....	119

APRESENTAÇÃO

Quando a dor é maior do que o peito
E o caminho termina antes
De se chegar ao destino,
Há que se usar um engenho
De maneira tal
Que a extensão da dor
Complemente a falta
De caminho.
E, então, caminhar...
Caminhar...
Caminhar...
Gildes Bezerra

Enviada pelo Poeta e lida no velório do Marco, em meio à música que lhe cantavam os amigos.

Se alguém tivesse me dito um dia que eu seria professora universitária em Itajubá, minha cidade natal, eu não teria acreditado...

Minha cidade natal, na verdade, por acaso: meus pais faziam a última viagem de casal sem filhos e eu me anunciei antes da hora. Estavam próximos a Itajubá, e eu nasci na Santa Casa. Ficamos um mês na cidade, e eu só voltei a Itajubá aos 57 anos, a convite da Faculdade de Medicina, para uma palestra.

Voltei (voltamos, Marco e eu) para ficar, em 12 de julho de 2009.

Sou filha única, o que me dotou de tempo e disposição para ler muito, pensar mais ainda e aprender o valor da construção de vínculos.

Filha de professores, numa família onde havia mais deles do que de médicos, talvez eu tenha pensado que a saga de ensinar já estivesse cumprida. Então fiz Medicina e enveredei pela Psiquiatria: desde sempre me fascinou o interior das pessoas, e eu me tornei psicoterapeuta de orientação Junguiana.

Aos 21 anos, um fato transformou a minha vida e modificou a minha trajetória pessoal e profissional. Precisei fazer um exame contrastado (já estava na Faculdade de Medicina, cursando o terceiro ano), para o qual era necessário injetar iodo radioativo na circulação. Sem saber, eu era alérgica a ele e a alergia a esta substância causa um acidente chamado “choque anafilático”, uma reação aguda e violenta que em poucos segundos provoca parada respiratória e morte, se a pessoa não é socorrida a tempo.

Eu tive, então, enquanto o funcionário da Unidade de Radiologia do Hospital Escola corria em busca de socorro, a clássica experiência de quase morte (EQM). Por esta época eu não tinha a menor ideia de que existiam pessoas que permaneciam clinicamente mortas por alguns instantes e voltavam à vida, e que nesse período vivenciavam uma experiência psíquica altamente transformadora.

Por muito tempo não compreendi o sentido e o objetivo desta vivência.

Foi apenas em 2003, quando uma querida amiga enfermeira me convidou a integrar um grupo de trabalho voluntário com pacientes à morte, que percebi a oportunidade que a vida me dava. Eu entrara um dia no reino da morte e esta viagem me ensinara muito. E a oportunidade estava à minha frente: compartilhar o que me fora dado aprender, com pessoas que estivessem se aproximando, amedrontadas, da morte.

Mal sabia eu que muito mais aprenderia do que ensinaria!

O doente prestes a morrer, se puder ser bem cuidado, se transforma em um Mestre; ele vê o Mistério e, generosamente, se soubermos ouvir, compartilha conosco o que aprende.

Quantas vezes pensei que recebi muito mais do que dei!

Em 2006 conheço o Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo, figura destacada no cenário dos Cuidados Paliativos no Brasil e no mundo. Nós nos apaixonamos instantaneamente, como se apenas nos reencontrássemos depois de um longo tempo, e nos reconhecêssemos.

Em 2007 passei a dar aulas de Tanatologia e de Cuidados Paliativos com o Marco na Unifesp e em 2009 nos mudamos para Itajubá; em 2010 iniciamos a criação da Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina de Itajubá, MG.

Em 2013 o Marco morre (em 20.02.2013), deixando-me à espera do reencontro.

E assim, este trabalho e tudo o que se segue em mim a partir do ano de 2006, tem a marca amorosa dele.

Desde as vidas que já vivemos e em todas as que ainda viveremos juntos.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

Eu sei e você sabe, já que a vida quis assim
Que nada nesse mundo levará você de mim
Eu sei e você sabe que a distância não existe
Que todo grande amor
Só é bem grande se for triste
Por isso, meu amor
Não tenha medo de sofrer
Que todos os caminhos me encaminham pra você
Assim como o oceano
Só é belo com luar
Assim como a canção
Só tem razão se se cantar
Assim como uma nuvem
Só acontece se chover
Assim como o poeta
Só é grande se sofrer
Assim como viver
Sem ter amor não é viver
Não há você sem mim
E eu não existo sem você
Tom Jobim

Música do Marco para mim. Foi cantada no seu velório na FMIIt, e na cremação.

O objetivo geral desta Dissertação é o de estudar as implicações da oferta da Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos (TanCP) e de seus desdobramentos em um projeto extracurricular (Projeto “A Arte do Cuidar”) na formação de alunos de medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt) – Itajubá (MG).

Para tal, tem-se como objetivos específicos:

- descrever o paradigma atual que rege a formação médica, cientificista e focada no uso abusivo da tecnologia;
- conceituar o campo de conhecimentos da Tanatologia e dos Cuidados Paliativos, indicando o potencial de transformação que podem ter estes saberes sobre a prática da medicina;

- historiar a disciplina de TanCP e a sua inserção no currículo médico da FMIIt, além de apresentar a sua proposta programática;
- identificar o caminho e os elementos facilitadores e dificultadores do processo ensino-aprendizagem em sala de aula e através dos produtos do Projeto “A Arte do Cuidar”.

Dentre as 201 escolas de medicina do Brasil (NASSIF, 2013), a primeira a criar a Disciplina de Cuidados Paliativos (CP), em caráter optativo, foi a Escola Paulista de Medicina – Unifesp (SP) em 1994, tendo como docente o Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo até 2007; entre os anos de 2007 a 2009 também eu ministrei a Disciplina. Seguiu-se, agora em caráter curricular, a Faculdade de Medicina de Caxias do Sul (RS) em 2004, por estímulo do Prof. Dr. Marco Tullio. Em 2007 a Unifesp autorizou a criação da Disciplina Optativa de Tanatologia, que esteve sob minha responsabilidade até 2009.

A Unifesp foi então, por tempo considerável, a única no Brasil a ensinar CP a alunos em formação. Graduandos de enfermagem e de fisioterapia dividiam com os alunos de medicina as 30 vagas disponíveis a cada ano, numa oportunidade concreta de vivenciarem o trabalho multiprofissional como se preconiza em Cuidados Paliativos.

A oferta das duas Disciplinas foi interrompida a partir de 2009, após a nossa saída da Instituição. Não houve interesse da Universidade em aceitar os professores indicados por nós e dispostos a dar continuidade às duas Disciplinas. Isto parece demonstrar a dificuldade de sensibilizar gestores dos cursos de formação de médicos para a necessidade da divulgação de conceitos mais humanizados e posturas menos técnicas. Trata-se, talvez, do viés vigente na cultura médica moderna: ensina-se aos futuros médicos a curar doenças e a salvar vidas, utilizando-se do conhecimento teórico que se vai acumulando com rapidez e dos inúmeros recursos tecnológicos à disposição da medicina de hoje. Esquece-se, entretanto, que a maioria das doenças das quais trata a medicina são crônicas e que, portanto, mais cedo ou mais tarde levarão o indivíduo à morte. E para conviver com a chegada da morte e ensinar a cuidar do doente que não pode ser curado, essa nossa medicina não é eficaz.

No transcorrer dessa Dissertação será apresentada a minha experiência como Professora da Disciplina de TanCP na FMIIt, de 2010 a 20013. Nos quatro anos em que a Disciplina é oferecida nesta Faculdade, a minha percepção tem sido a de que os alunos desenvolvem ferramentas importantes para a construção de um perfil profissional que

respeita e absorve as competências necessárias para a cura das doenças, ao mesmo tempo em que são levados a perceber que há por detrás de cada doença um ser humano que nem sempre poderá ser curado e que precisará de cuidados até a morte. Enquanto isso desenvolvem atividades que geram material didático para uso da própria Disciplina, entre outras finalidades.

As atividades em sala de aula e o Projeto “A Arte do Cuidar” foram escolhidos como objeto de estudo deste trabalho, pela natureza dos resultados objetivos e subjetivos que se apresentaram, no que diz respeito à sensibilidade dos alunos às necessidades dos doentes que não se curam ao longo do tratamento, pela qualidade do envolvimento desses alunos na tarefa de produzir e compartilhar conhecimentos, no aprofundamento dos seus próprios saberes ao longo do processo, pela quase inexistência de programas de ensino de Tanatologia e de Cuidados Paliativos nas escolas de medicina do país e, portanto, pela experiência didática diferenciada a ser compartilhada com outras instituições.

A razão de ser deste trabalho reside:

- na oportunidade que se apresenta à reflexão sobre a qualidade da formação dos médicos de hoje, considerando-se que esta qualidade deve se constituir na resposta às necessidades da comunidade a quem estes médicos vão servir e na autossatisfação destes profissionais com o resultado da sua prática. A reflexão sobre os valores que fundamentam esta formação deve preceder e confirmar a busca pela qualidade, sem a qual o conceito em questão não estará completo;
- na necessidade de compartilhar experiências exitosas no ensino de medicina;
- na oportunidade de compartilhar o material didático construído pelos alunos para o ensino de uma disciplina da qual as escolas de medicina são carentes;
- na possibilidade de contribuir para replicações da experiência que é objeto deste trabalho, em outros cursos e níveis do ensino de Ciências;
- na oportunidade de refletir, eu mesma mais uma vez, sobre os resultados do trabalho conjunto com os alunos;
- na oportunidade de submeter esta experiência às observações e contribuições de educadores, para que ela se enriqueça.

CAPÍTULO 2 – ASPECTOS TEÓRICOS: FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

Porque foste na vida
A última esperança
Encontrar-te me fez criança
Porque já eras meu
Sem eu saber sequer
Porque és o meu homem
E eu tua mulher.
Porque tu me chegaste
Sem me dizer que vinhas
E tuas mãos foram minhas com calma
Porque foste em minh'alma
Como um amanhecer
Porque foste o que tinha de ser.
Tom Jobim

Música que eu cantava para o Marco; se eu morresse primeiro, ele faria com que esta fosse a música tocada na cerimônia da minha cremação.

Este capítulo está organizado com o intuito de historicizar a visão da morte na cultura ocidental e desenhar o cenário da educação médica no Brasil no que diz respeito ao trato dos médicos com a morte e com o doente que vai morrer. Ele apresenta, também, a importância que tem para a formação do médico o estudo da morte e dos Cuidados Paliativos.

2.1 A Morte e o Médico, Ontem e Hoje

Para o Ocidente, foram os gregos a plasmarem a nossa cultura, até a atualidade. A mitologia grega pode nos mostrar os caminhos que a nossa sociedade vem traçando na busca de apreender o sentido da morte.

Para os gregos, no princípio dos tempos Nyx (Νύξ, a Noite) gerou Thanatos (Θάνατος, a Morte) e o seu irmão gêmeo Hypnos (Ύπνος, o Sono) (Figura 1). Hypnos, por sua vez, foi pai de mais de mil filhos, sendo o mais conhecido deles Morpheus (Μορφεύς), o deus dos sonhos. Até hoje nós nos referimos ao “sono eterno”, ao “sono

da morte”, ao “morto que parece dormir” ou a “dormir nos braços de Morfeu”, quando falamos de morte ou queremos sonhar. (SILVA, 1993).



Figura 1 - Os irmãos Hypnos e Thanatos-John William Waterhouse (1849-1917)

Fonte: Wikipedia, (2013)

Thanatos enviava os mortos ao reino subterrâneo de Hades (Άδης) onde ficavam para sempre os indivíduos dos quais o deus se apossava delicadamente e carregava nos braços, quando saía a caminhar pela Terra.

Ao reino de Hades os mortos chegavam depois da travessia do rio Estige (Στυξ) a bordo de uma barca negra conduzida pelo barqueiro Caronte (Χάρων) (Figura 2). Pagavam a ele com uma moeda de ouro, que carregavam, para isso, presa aos dentes ou sob os olhos. Após chegarem ao reino subterrâneo nunca mais de lá saíam, e quem garantia o confinamento eterno era Cérbero (Κέρβερος), o terrível e sanguinário cão de três cabeças (Figura 3).



Figura 2 - Caronte transportando almas pelo Rio Estige-Gustave Doré (1832-1888) para A Divina Comédia (1861)

Fonte: Dube; Leclerc, (2013)

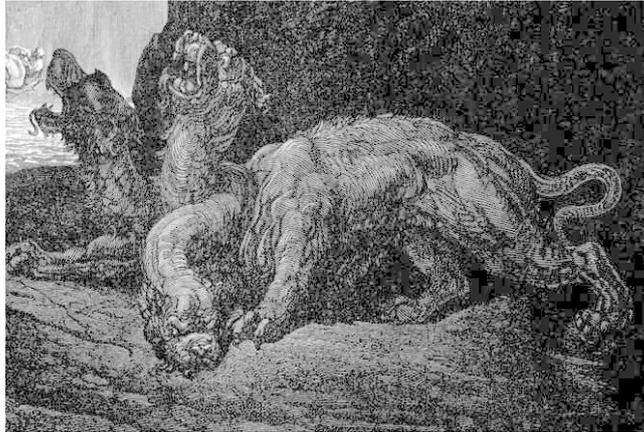


Figura 3 - Cérebro-Gustave Doré (1832-1888) para A Divina Comédia (1861)

Fonte: Vilar, L.(2010)

Ouve-se com frequência que a morte desejável é a que acontece durante o sono. Ela nos parece suave, quase meiga e, no fundo do inconsciente coletivo, meritória. Pensamos que quem morre dormindo fez jus a uma boa morte porque viveu uma boa vida. Os irmãos gêmeos Sono e Morte talvez nos induzam a este desejo.

A permanência desta noção ao longo dos séculos se deve ao fato de que:

O Cristianismo nos primeiros séculos de sua formação não foi mais do que um grande sincretismo de tradições religiosas gregas, judaicas, iranianas, orientais antigas e de diferentes vertentes do pensamento filosófico sobrevivente do helenismo. (SILVA, 1993, p. 110)

A analogia entre sono e morte, de acordo com a mesma autora, mostra duas versões:

[...] em primeiro lugar, a visão tradicional associando a morte às imagens de sono, adormecimento, frio e escuridão. A morte representava um descanso, um repouso das vicissitudes, cansaços e sofrimentos impostos pela vida. [...] Em segundo lugar, a imagem do sono na visão cristã foi contra a ideia de morte como aniquilamento total sem possibilidade de retorno. Quem dorme e repousa pode ser despertado, acordado, chamado à vida e à ressurreição. (SILVA, 1993, p. 120)

Já houve um longo tempo na história da Humanidade (do séc. V até o séc. XIX) em que se morria preferencialmente em casa, cercado o moribundo pelos familiares e amigos e pelas crianças da casa, com os vizinhos exercendo o caridoso dever da solidariedade. A morte era natural e tornava-se até mesmo a oportunidade valiosa de encerrar com honra uma vida digna. Os moribundos cumpriam um ritual bastante valorizado: arrependiam-se dos seus erros publicamente, pediam perdão e perdoavam, chamavam os filhos, repartiam os bens, ditavam as suas últimas recomendações e se

esforçavam por deixar palavras sábias, que seriam repetidas pelos seus descendentes por muito tempo depois da sua morte (FIGUEIREDO, STANO, 2013a).

As pinturas da época retratavam a morte que Ariès vai chamar de *mors domada*. (ARIÈS, 1977a). Vale a pena apreciar *A Morte da Virgem* de Duccio di Buoninsegna, início do séc. XIV (Figura 4) e *A morte de São Martin*, de Simone Martini (Figura 5), também da mesma época. Em ambas veem-se pessoas (aureoladas ou não) em oração à beira do leito, acompanhando o moribundo, numa clara evidência de que a morte era um importante evento social.



Figura 4 - A Morte da Virgem-Duccio-Di-Buoninsegna (1255-1319)

Wahoo Art, [s.d.]

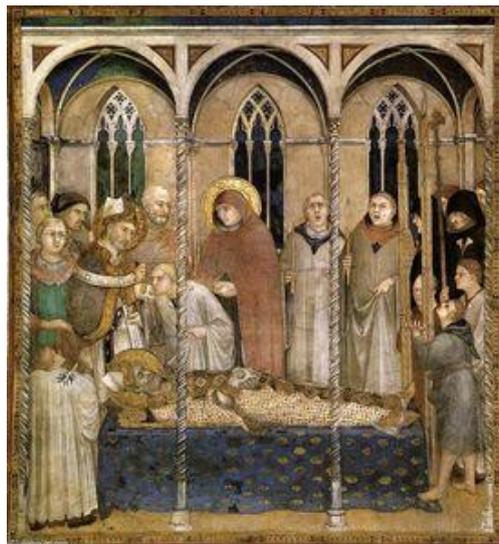


Figura 5 - A Morte de San Martin-Simone Martini (1284-1344)

Fonte: Wahoo Art, [s.d.]

A morte súbita (*mors repentina*) era indesejada, infamante e vergonhosa, por não permitir ao moribundo o cumprimento de todas as etapas que se julgavam necessárias ao término adequado de uma vida. (ARIÈS, 1977a, p. 12)

À morte se concedia dignidade, e aos mortos respeito.

A relação entre os seres humanos e a morte era de familiaridade e induzia mesmo à íntima relação entre vivos e mortos, o que se evidenciava pela proximidade dos cemitérios e das cidades, ou mesmo pelo sepultamento dentro das igrejas católicas, sob a proteção dos santos.

A partir do séc. XIV vai-se processando uma mudança bastante significativa na condução do momento da morte: o quarto do moribundo, que era continuamente visitado por religiosos, parentes, amigos, crianças e até desconhecidos que tinham a tarefa ritual de acompanhar a morte, vai ficando vazio, e a morte boa passa a depender mais dos méritos em vida do moribundo do que dos ritos de morte e dos oficiantes dela. (ARIÈS, 1977a)

A pintura do século XVII intitulada *Irmã Juliana van Thulden em seu leito de morte*, de Francois Duchastel, mostra apenas uma freira em posição jacente segurando um terço nas mãos ao lado do leito onde morre uma outra freira.

Pode-se considerar que é neste momento que começa a se delinear um ideal de morte que irá persistir durante o século XIX, com uma valorização cada vez maior do indivíduo – como defendiam os humanistas. No contexto religioso, isto se traduz numa preocupação maior com as ações do indivíduo no sentido de alcançar uma boa morte, e não da abundância de pessoas no quarto do moribundo em orações e ritos finais para ajudar a alma a conquistar a glória eterna. (BORGES & BORGES, 2007, p. 173)

Já no séc. XIX, a pintura intitulada *A morte de Elizabeth I, Rainha da Inglaterra* (Figura 6), realizada por Paul Delaroche em 1828, alude a um fato ocorrido no início do século XVII. A rainha é representada em seu leito de morte, ricamente vestida e apoiada sobre almofadas opulentas, e nenhum religioso é visto ao seu redor. Elizabeth I era protestante, mas a ausência de figuras religiosas e a presença apenas de familiares talvez se deva aos costumes da época.



Figura 6 - A morte de Elizabeth I, Rainha da Inglaterra-Paul Delaroche (1797-1856)

Fonte: Wahoo Art, [s.d.]

A morte, então, é menos ritualizada, mas a família continua tendo o papel de acompanhante solene do momento da morte.

Entretanto, da mesma época é o óleo sobre tela *Lord Byron em seu leito de morte* de Joseph-Denis Odevaere (Figura 7), concluída em 1826. Nela Lord Byron, uma das mais importantes figuras do romantismo, é retratado sozinho, em posição bela, relaxada e serena (BORGES, 2008).



Figura 7 - A Morte de Lord Byron-Joseph Denis Odevaere (1775-1830)

Fonte: Wahoo Art, [s.d.]

Morrendo sozinho ou cercado pela família, o moribundo deve transmitir serenidade e aceitação a quem o vê, para que familiares e amigos que rodeiam o moribundo sintam-se aliviados.

A morte bela torna-se, então, o ideal da época e permanece sendo até hoje.

O defunto sereno é um consolo para os que ficam. Às vezes se exige até mesmo que o aspecto do morto seja o mesmo que durante a vida. Os americanos modernos maquiam os cadáveres, de forma a lhes restituir o aspecto que tinham quando vivos.

Enquanto isso o médico (nas suas diversas representações ao longo do período) tinha, então, uma tarefa muito maior do que apenas buscar a cura o que, de toda forma, não era fácil para o nível de conhecimento da época. Ele curava, sempre que possível, utilizando-se de todos os recursos e conhecimentos que detinha; mas acima de tudo e mais do que curar, acompanhava o doente e a família até o momento da morte quando a cura não se fizera possível, confortando e consolando (KOVÁCS, 2003b).

Aos poucos a *morte* vai se tornando *selvagem* (ARIÈS, 1977a). A Revolução Industrial marca a fronteira de uma grande transformação na visão da morte. O momento mesmo da passagem perde beleza e importância, os ritos vão se tornando menos solenes e as obras de arte mostram temas como sofrimento, agonia, separação dolorosa, luta contra os poderes espirituais. Os funerais se simplificam, o luto deve ser silencioso e discreto, os cemitérios afastam-se das cidades.

Embora em 1632 Rembrandt já tenha pintado a sua célebre *Lição de Anatomia do Dr. Tulp* (Figura 8), numa demonstração de que anatomistas já exibiam os seus conhecimentos em aulas públicas que ocorriam nos grandes anfiteatros das escolas de medicina da época, a influência da medicina sobre a história da morte se evidencia especialmente a partir do séc. XVIII (ARIÈS, 1977a). Os últimos resquícios de respeito temeroso à morte se esvaem; este passa a ser o momento da separação alma-corpo, deixando um invólucro de carne, ossos e músculos que se pode manipular à vontade. O cadáver, sem alma, deve ser utilizado como objeto de estudo.

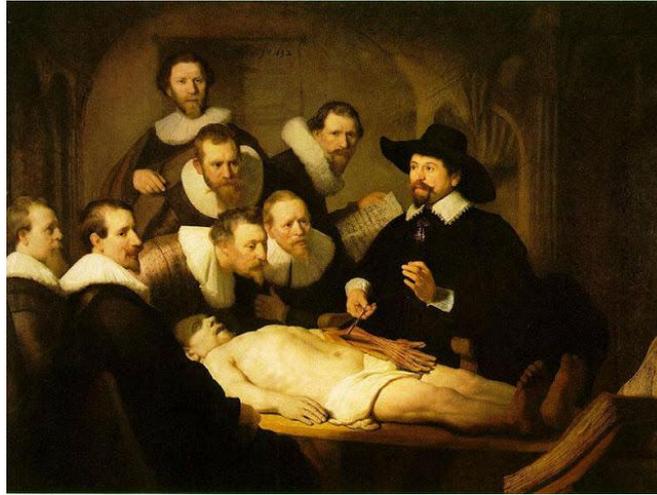


Figura 8 - A Lição de Anatomia do Dr. Tulp-Rembrandt (1606-1669)

Fonte: [Rocha, H.](#), (2012)

A *morte* torna-se *indesejada*, e começa a ser vista exclusivamente como consequência negativa da doença, que deve ser combatida a qualquer custo. Os médicos, então, transformam-se nos grandes senhores da morte e os únicos dentre os homens que conhecem os segredos e mistérios da vida e da morte (KOVÁCS, 2003a).

O poder de determinar o momento e a forma de morrer estava, então, definitivamente transferido do indivíduo que vai morrer para o seu médico.

Quando se aproximam o séc. XX e o explosivo desenvolvimento tecnológico que o caracteriza, a morte vai se tornando distante do cotidiano dos homens, e os médicos já anunciam claramente o seu desejo de vencê-la. A partir de então será cada vez mais difícil falar sobre a morte e vivenciá-la com dignidade e às claras (KOVÁCS, 2003a).

O livro *A Morte de Ivan Ilitch* (Figura 9), publicado pela primeira vez em 1885 e considerado por muitos como uma das mais impressionantes obras literárias russas, desnuda este momento (TOLSTOI, 2008). O seu herói vive silenciosamente a proximidade da morte, em meio a amigos e parentes que sofrem por ele mas se esforçam ao máximo para “proteger” o doente, negando a sua doença e assim condenando-o e condenando a si mesmos ao silêncio e à solidão. No entanto, Ivan sabe da sua morte próxima; afinal, o corpo que morre lhe pertence!

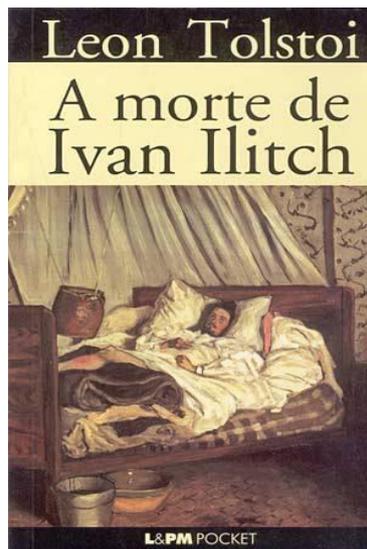


Figura 9 - A Morte de Ivan Ilitch-Leon Tolstoi (1ª edição em 1886)

Fonte: FNAC, (2012)

A morte se vai para a clandestinidade, e em volta dela a vida deve continuar o seu curso sem mudanças, numa negação explícita da finitude que vai permanecer aterrorizando a todos, homens e mulheres do séc. XX.

Enquanto isso, no âmbito das áreas da saúde, de há muito vem se concretizando uma mudança bastante radical na relação do profissional com o indivíduo doente: este não é mais visitado no seu domicílio, mas tem que procurar pela ajuda da qual necessita nos consultórios dos profissionais, nos ambulatórios, nos hospitais, que são hoje os locais onde se processam as tentativas de cura. A doença é vivida cada vez mais dentro dos hospitais; a proximidade física de vários doentes com diferentes doenças, muitas delas infecciosas, obriga esses locais a tomarem medidas preventivas quanto à contaminação dos doentes entre si. O ambiente tem que ser branco (para denunciar a sujeira) e asséptico, o que às vezes parece “contaminar” os sentimentos e estimular a frieza afetiva entre profissionais e doentes, da qual os últimos tanto se queixam (KOVÁCS, 2003a).

Os médicos têm papel bastante ativo na busca do diagnóstico preciso e no alívio dos sintomas, ações que vão se tornando progressivamente mais eficazes com o incremento da tecnologia médica, o que reforça neles o sentimento de poder sobre a doença e a morte.

O doente vai se tornando, então, apenas o palco onde ocorre a batalha entre a vida e a morte, comandada pelos médicos. Ele vai aos poucos perdendo a sua identidade para ser chamado apenas pelo nome da sua doença ou pelo número do seu leito.

Exemplo claro, embora triste, das tentativas de demonstrar afetividade por parte dos profissionais, é como se ouve chamar frequentemente aos idosos nos ambulatórios: “vôzinho” ou “vozinha” ou às mães nas enfermarias: “mãezinha”. Trata-se de um arremedo de empatia que, entretanto, confirma mais a despersonalização do doente do que aproxima afetivamente as pessoas.

A saúde e a juventude vão se tornando cada vez mais importantes, e a sociedade busca a perfeição que se supõe que a medicina, cada vez mais, possa proporcionar. A velhice, as deficiências e a morte são interdidas do convívio da vida ideal. O mito da vida eterna se consolida e, para isto, a morte tem que ser totalmente camuflada (KOVÁCS, 2003b).

O hospital contemporâneo se presta à perfeição a este desejo: horários rígidos, visitas controladas, profissionais que tocam pouco o doente para que não contaminem os outros que visitarão ainda ao longo do dia, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) fechadas e inacessíveis, doentes solitários e escondidos atrás de máquinas que vivem por eles, familiares mantidos à distância, numa triste vontade de todos os envolvidos de prolongar a vida a qualquer custo (Figura 10).

Profissionais de saúde raramente são convidados, nas suas instituições ou fora dela, a expressarem livremente os sentimentos de perda, de tristeza, de medo, que os acometem frequentemente ao longo da sua atividade diária; são, ao contrário, exortados a “serem profissionais”, ou seja, contidos e frios (KOVÁCS, 2003b).

Este cenário, definitivamente, não é favorável a que instituições de saúde acolham afetivamente os indivíduos no seu momento de maior fragilidade, ou seja, quando doentes e assustados.

Um hospital moderno, segundo Hennezel (2001) é o lugar onde muitas atrocidades ocorrem, em especial quando a morte se aproxima. O anonimato do doente, o pacto de silêncio que se estabelece entre profissionais e família, a solidão e o desrespeito aos seus mais simples desejos, a escuta precária dos profissionais à angústia e aos medos de doentes e familiares, estas são apenas algumas das desumanidades que ocorrem nos nossos modernos locais de cura.



Figura 10 – UTI num hospital moderno

Fonte: G1, (2013)

Os ritos de morte vão se tornando cada vez mais simples e rápidos e às vezes nem mesmo se fazem as despedidas entre o moribundo e os seus familiares e amigos. Os membros das famílias já não moram mais próximos uns dos outros, todos ou quase todos trabalham durante todo o dia, o que dificulta bastante a proximidade na doença e na morte (ARIÈS, 1977b).

Ademais a violência das grandes cidades justifica velórios muito rápidos, com hora marcada para terminar; durante a noite e a madrugada frequentemente o morto permanece sozinho, guardado apenas pelos funcionários do local onde o corpo está sendo velado e a família, mais uma vez, é separada do seu ente querido.

O processo de luto se torna cada vez menos importante para a sociedade; crianças não são levadas a velórios ou são “poupadas” das notícias de morte (quando não são francamente desconsideradas na sua curiosidade saudável), merecendo apenas respostas simplórias como “foi viajar” ou “virou uma estrela” à pergunta do que aconteceu com um familiar.

Gorer (1965) chama a morte nos tempos atuais de “pornográfica”, como já foi o sexo na Era Vitoriana.

Este comportamento de negar as perdas e a morte acaba por se voltar contra os próprios seres humanos que o construíram. Aceita-se hoje que o luto tem duas funções: por um lado ele dá voz à dificuldade individual de aceitar a morte; por outro lado ele se constitui num processo social de adaptação e aceitação da perda, que tende a diminuir a dor dos sobreviventes (MORIN, 1970).

Portanto, o luto e a subsequente aceitação da morte acabam por se constituir no bálsamo que a vida propicia aos homens para que a dor da perda vá se tornando mais suave; por oposição, impedir os indivíduos de se avizinharem dela torna-se o espinho que se enterra mais e mais na ferida causada pela perda.

Aquilo que fere é o mesmo que cura, é o que se ouve desde tempos muito antigos, e melhor faria a nossa civilização moderna se se curvasse à sabedoria milenar (JUNG, 2011).

Exemplo contundente desta visão que vai se estabelecendo inexoravelmente é trazido pela quinta versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), lançada entre os dias 18 e 22 de maio de 2013 durante o congresso anual da Associação de Psiquiatria Americana (APA) em São Francisco, Califórnia (EUA). Esta nova versão, duramente criticada por importantes órgãos de Saúde Mental no Brasil e no mundo, amplia consideravelmente a lista de características de comportamento que são considerados doença mental e que, como tal, devem ser “tratadas”. Talvez o exemplo mais chocante desta “patologização” seja o novo conceito de luto normal que o DSM-V preconiza: ele deve durar no máximo 15 dias, ou será considerado doentio e deverá ser objeto de tratamento farmacológico (APA, 2013).

Hoje se aceita que uma boa parcela das doenças que acometem indivíduos recém enlutados se origina da pouca possibilidade de expressarem livremente a sua dor (PARKES, 1997).

No primeiro dia de aula da classe de primeiro ano da graduação (constituída por 80 jovens com cerca de 17 anos) aplico um questionário que investiga quantos já viram morrer pessoas próximas. A cada ano, cerca de 24 deles (30%) afirmam que não lhes foi permitido acompanhar a morte de familiares e que só a viram de perto na TV ou nos jogos eletrônicos (**questão 3 do Anexo 1**). Anualmente essa mesma cifra se repete, sem nenhuma alteração considerável.

O livro *Oscar e a Senhora Rosa*, o terceiro da *Trilogia do Invisível* (Figura 11), desnuda esta situação. Um menino de 10 anos com diagnóstico de leucemia e nos seus últimos dias de vida, dá voz às queixas dos doentes que sabem que vão morrer. A

família se afasta, chocada, o pessoal do hospital não mais o encara, ele se sente "decepcionante" para os médicos porque as repetidas cirurgias não detiveram a doença (SCHMITT, 2003).

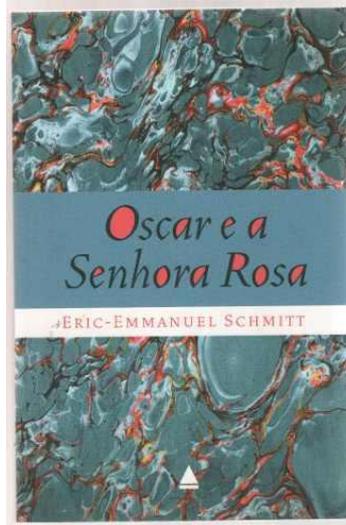


Figura 11 - Oscar e a Senhora Rosa-Eric Emmanuel Schmitt (Trilogia do Invisível)

Fonte: [Mercado Livre](#), (2013)

Outra característica bastante comum na atualidade, percepção frequente de quem trabalha com doentes graves, é a tendência de se manter o doente supostamente ignorante do seu estado na intenção de que ele não sofra, e igualmente não faça sofrer os mais próximos (STARZEWSKI JUNIOR, ROLIM, MORRONE, 2005; NASCIMENTO et al, 2006 e RAMOS-CERQUEIRA, 2002).

Assim, aquele que vai morrer é cada vez mais isolado do convívio dos vivos. Lasar Segall (1891-1957) pintou um quadro de nome *A Família Enferma* (Figura 12), que denuncia com clareza esta atitude.



Figura 12 - A Família Enferma-Lasar Segall (1920)

Fonte: Wikipaintgs, [s.d.]

Hoje se ouve com frequência, e isto faz parte das atitudes de negação da sociedade, que a morte ideal é a morte súbita, da qual não se percebe a chegada, quando o indivíduo não corre o risco de se tornar dependente e a família não precisa se rearranjar para o cuidado (PICCELLI, 1998).

Cerca de 40 (50%) dos meus jovens alunos do primeiro ano, quando são convidados a “escolher” a sua própria forma de morrer, em resposta ao questionário que lhes é aplicado no primeiro dia de aula, afirmam que não gostariam de perceber a aproximação da morte, que gostariam de morrer subitamente como consequência de um acidente ou, melhor ainda, dormindo (**questão 4 do Anexo 1**). Igualmente, esses números se mantêm constantes a cada ano.

O grande poeta Mário Quintana reforça esta ideia coletiva quando termina o seu poema “Este Quarto” com a seguinte estrofe:

[...] A morte deveria ser assim:
um céu que pouco a pouco anoitecesse
e a gente nem soubesse que era o fim...



Figura 13 - Mário Quintana em seu pequeno quarto, na que se supõe seja uma das suas últimas fotos em vida.

Fonte: Uchoa, B.T.(2012)

Curioso é que, ao mesmo tempo em que repudia o ato de morrer, a sociedade moderna parece aceitar a morte como um fato cada vez mais corriqueiro: o consumo generalizado de drogas e álcool que induz à violência dentro e fora das casas das pessoas, as guerras pelo mundo, o terrorismo, as catástrofes naturais expostas pela mídia de forma imediata e explícita, a apresentação exaustiva de detalhes muitas vezes de puro mau gosto, tudo contribui para a banalização da morte no nosso tempo (ARIÈS, 1977a).

E quando a morte individual se anuncia, as técnicas que visam à sobrevivência do corpo físico permitem que se estenda por tempo bastante prolongado e doloroso o processo de morrer; a sua duração, no mais das vezes, é produto das culpas, dos preconceitos, da dificuldade de desapegar, dos acordos entre família e médico, e quase nunca do correr da natureza (KOVÁCS, 2003b).

Os médicos e o ensino da medicina reproduzem, e não poderia ser diferente, o padrão social de repúdio à ideia da finitude.

Um pequeno livro de arte de nome *Tempo de Amor: A Essência da Vida na Proximidade da Morte* (Figura 14) através de fotos, textos e frases de pacientes em Cuidados Paliativos, sugere a possibilidade de que se possa presenciar e acompanhar uma morte digna e humana, bastando apenas que ela seja bem cuidada (MACIEL, MOTA & PIMENTEL, 2007).

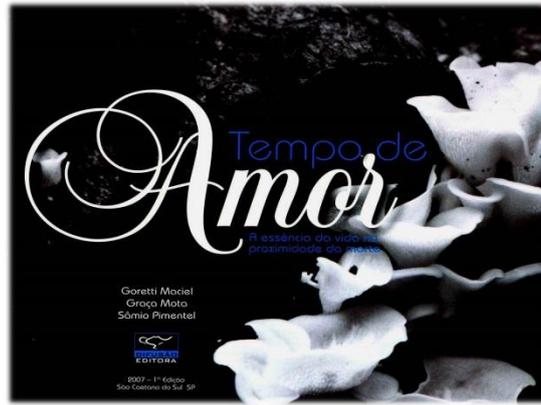


Figura 14 - Tempo de Amor: A Essência da Vida na Proximidade da Morte (2007)

Fonte: MACIEL; MOTA e PIMENTEL, (2007).

Nesse sentido, o paradigma de uma medicina concebida apenas para curar, restituir a vida e vencer a morte precisa ser questionado com urgência, ou ela reproduzirá indefinidamente o padrão de desumanidade que a tem caracterizado nos últimos tempos.

Por paradigma, adoto para a finalidade deste trabalho, uma das definições de Kuhn:

[...] A investigação histórica cuidadosa de uma determinada especialidade num determinado momento revela um conjunto de ilustrações recorrentes e quase padronizadas de diferentes teorias nas suas aplicações conceituais, instrumentais e na observação. Essas são os paradigmas da comunidade, revelados nos seus manuais, conferências e exercícios de laboratório. Ao estudá-los e utilizá-los na prática, os membros da comunidade considerada aprendem o seu ofício. (KUHN, 2011, p. 67).

2.2 As Escolas de Medicina no Brasil

A história do ensino superior no Brasil tem início no século 19, mais precisamente em 1808, com a chegada ao Brasil de D. João VI e da corte portuguesa.

Nesse mesmo ano foram fundadas as três primeiras escolas superiores no Brasil: a de Cirurgia e Anatomia da Bahia (hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia), a de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro (hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e a Academia de Guarda da Marinha, também no Rio de Janeiro. Estas e outras que se seguiram ao longo do período monárquico, num total de 24, foram criadas com a finalidade exclusiva de formar os profissionais necessários ao aparelho do Estado e às necessidades apenas da elite local, sempre por iniciativa da Coroa. Os primórdios do ensino e da prática de medicina no

país nascem, então, elitizados e sectários, tendência que se manteve para além da queda da Monarquia (DURHAM, 2005).

A partir da proclamação da República, o ensino superior passa a sofrer transformações que guardam correspondência com as mudanças políticas no país: nascem as primeiras instituições privadas no Brasil. Mais tarde, no período do Estado Novo (1930-1945), foram criadas as primeiras universidades que se mantinham como um grupo de faculdades diferentes funcionando no mesmo local, ainda sem uma administração comum.

Até a década de 1950 havia 27 escolas médicas no país e, na década de 90, este número já subira para 103. Em 2008 havia 175 cursos de medicina, dos quais 104 eram privados e 71 públicos.

Um levantamento do número de escolas de medicina no Brasil mostra que até 21.03.2013 existiam 201 delas, sendo que 50% se localizam nas regiões Sul e Sudeste do país. (NASSIF, 2013).

Do total de cursos existentes em 2013, 78 (39%) destes são oferecidos gratuitamente aos estudantes por instituições públicas. Já 123 (61%) dos cursos são oferecidos por instituições de ensino privadas.

Este é o cenário onde se efetiva a formação dos médicos no país.

2.3 As Origens do Padrão Atual da Formação Médica No Brasil

Em 1910 nos Estados Unidos, Abrahan Flexner iniciou a revolução que influenciou todo o mundo ocidental e que importamos para o Brasil: o exercício da medicina foi se fazendo cada vez mais no interior dos hospitais, e a divisão do saber em especialidades progressivamente mais restritas e o uso intensivo da tecnologia se tornaram o modelo da educação nas escolas médicas. O currículo se estruturou sob a forma de dois grandes ciclos ao longo da formação do jovem médico: as disciplinas básicas e as aplicadas, com bem pouca integração entre elas (FLEXNER, 1910).

Importante é registrar que, mais de 100 anos passados da publicação do Relatório Flexner (*Flexner Report*), as opiniões dos estudiosos de educação médica se dividem: alguns o consideram o grande reformador, enquanto outros o criticam acicamente por ter sido o responsável pela consolidação de um modelo de formação profissional que nunca atendeu à necessidade das sociedades onde foi implantado (CUTOLO, 2001; DA ROSS, 2000; TOMEY, 2002; HIATT, 1999).

Progressivamente, a ideia de que o diagnóstico suportado por recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados é superior àquele oriundo da observação do médico, e que a cura das doenças é a única atividade meritória na medicina, se vai cristalizando na sociedade e, por consequência, no meio médico.

Interessante notar que, ao se desmerecerem os recursos diagnósticos próprios do profissional, recursos estes oriundos de uma comunicação eficaz com o doente, da escuta e da reflexão atentas, progressivas e cautelosas, do uso criterioso dos sentidos, da experiência acumulada ao longo de um processo de acertos e erros criticamente avaliados, desmerecem-se as capacidades próprias do ser humano. Assim se supõe que apenas os agentes externos sob o controle do médico (no caso, os remédios e os recursos de diagnóstico e de cura, especialmente aqueles que usam tecnologia, considerada menos falível) é que têm a capacidade de produzir a cura.

Ivan Illich (1975), na sua célebre obra *Nemesis da Medicina*, argumenta:

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado (ILLICH, 1975, p.6-7).

Nesta visão, quando a cura não é alcançada e advém as limitações e a morte, trata-se exclusivamente da derrota amarga do poder da ciência e dos médicos que a praticam.

Um dos fatos que contribuem para a formação deste conceito é que, a partir do final do século XIX, a emergente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association (AMA), fundada em 1847, e em outras publicações ortodoxas (THOMAS, 2001).

A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da *medicina científica*. As universidades aderem a este pacto e o sistema médico do capital monopolista se firma.

Existem também outras razões, talvez mais sutis mas igualmente poderosas. O privilégio do curar (ativo, masculino) sobre o cuidar (passivo, feminino) também pode ser compreendido a partir do dizer de Boff (2005):

[...] (a sociedade) masculinizou todas as relações, abriu espaço para o antropocentrismo (dominação do ser humano, homem e mulher), o androcentrismo (dominação do homem), o patriarcalismo e o machismo. Estamos às voltas com expressões patológicas do masculino desconectado do feminino, o animus sobreposto à anima. O cuidado foi difamado como feminilização das práticas humanas, como empecilho à objetividade da compreensão e como obstáculo à eficácia. (BOFF, 2005, p. 32).

Por um lado, há vantagens evidentes em se buscar um padrão superior de formação e capacitação profissional do médico com vistas à cura das doenças; por outro lado, a exclusividade deste padrão de atenção à saúde, a busca incessante e exclusiva da cura, condenou qualquer outro modelo a ser visto como menos importante, **o cuidado ao doente que a medicina não pode curar**, por exemplo.

Vale a pena, entretanto, registrar a observação que faz Boff (2005):

Em latim, donde se derivam as línguas latinas e o português, cuidado significa Cura. Cura é um dos sinônimos eruditos de cuidado, utilizado na tradução do famoso Ser e Tempo, de Martin Heidegger. Em seu sentido mais antigo, cura se escrevia em latim *coera* e se usava em um contexto de relações humanas de amor e de amizade. Cura queria expressar a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada. Outros derivam cuidado de *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*. O sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar é pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação pelo outro. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida. (BOFF, 2005, p. 29)

Os diferentes significados de algumas palavras muitas vezes se perdem com o tempo. Curar significa, na sua essência, também o ato de cuidar, significados e ações indissociáveis. No entanto é preciso hoje lembrar aos mais jovens que a cura (quando possível) e o cuidado (sempre) são ambos missão do médico, e que um deles não se sobrepõe, nem muito menos anula o outro.

Essas posturas são de origem claramente positivista, validando como único conhecimento seguro o científico, que se obtém mediante a observação e a experimentação. O método científico, assumido como a única forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente. E a medicina ilustra claramente este processo (LUZ, 1993).

Com fundamento na obra de Dèscartes (1998), considero que o seu legado à modernidade, ou seja, a busca intensiva pelo lógico, pelo conhecimento “puro”, aquele oriundo apenas da razão metódica e investigativa, excluindo-se toda e qualquer percepção advinda dos sentidos, enganosa na sua essência, se instala firmemente no

pensamento médico. Com isto se confirma o desprezo pelas sensações, pelas intuições, pelo conhecimento advindo “apenas” da experiência acumulada, supondo-se talvez que a complexidade do Ser Humano se deixasse capturar exclusivamente pela abordagem racional e que esta fosse suficiente para a compreensão de fenômenos que insistem em não se deixar quantificar, tais como a dor e o sofrimento. Com a sua máxima *Cogito Ergo Sum* (DÈSCARTES, 1998), Dèscartes inaugura a ideia da supremacia do Eu (pensante) sobre o Outro (pensado), a partir da afirmação de que o Eu que pensa é a única prova de que necessita o próprio existir. O Outro, o paciente, torna-se quase uma abstração. Ele é apenas o objeto sobre o qual recai a ação do médico, tanto mais eficaz e resolutiva quanto mais racional seja, e quanto menos interferências sofra, por exemplo por parte do próprio doente.

Desta forma tem-se completa a ideia que, nos tempos atuais, norteia o pensamento sobre a relação médico-paciente, a saber:

- um deles (o médico) tem sobre o outro deles (o paciente), a supremacia do conhecimento racional, objetivado pela investigação lógica e suficiente em si mesma. Ao se negar ao paciente o comparecimento dos seus sentimentos e das suas sensações à relação com o médico, nega-se também ao médico o concurso destas mesmas ferramentas para análise.
- nega-se a importância do *feeling*¹ do médico sobre o doente e a doença, sobre o diagnóstico e sobre o tratamento, reduzindo o médico a se parecer eternamente com um jovem principiante que necessita cada vez mais de artefatos técnicos caros e muitas vezes invasivos, para o diagnóstico das doenças.

A ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas de formação de médicos a uma visão fortemente reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal e biologicista, a proposta de Flexner reserva pouco ou nenhum espaço às dimensões social, psicológica, espiritual e até mesmo econômica da saúde (FLEXNER, 1910).

¹ Este termo, bastante utilizado em Psicologia, é de difícil tradução para o português. Refere-se à percepção do observador a respeito de determinado fenômeno, através das sensações e dos sentimentos, levando este observador ao acúmulo de conhecimentos e experiência sobre o fenômeno em pauta, da mesma forma que o faria pela via da observação racional.

A busca exclusiva pelo controle e pela cura das doenças vem substituindo definitivamente e transformando em desnecessário, inútil e muito pouco “glamuroso” o cuidado que o médico deve ter para com aqueles dos doentes que a sua ciência não deu conta de curar, e que se preparam para morrer (KOVÁCS, 2003a).

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 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 (ARIÈS, 1977a).

No entanto, no dizer de Boff (2005):

Toda a reflexão contemporânea, especialmente a partir da psicologia profunda de Freud, Jung, Adler, Rogers e Hillman, e hodiernamente, a partir da biologia genética, da teoria do caos, das estruturas dissipativas (Ilya Prigogine) e das implicações antropológicas da física quântica à la Niels Bohr (1885-1962) e Werner Heisenberg (1901-1976), resgatou a centralidade do sentimento, a importância da ternura, da compaixão e do cuidado. Mais do que o cartesiano cogito ergo sum (penso, logo existo), vale o sentio ergo sum (sinto, logo existo). (BOFF, 2005, p. 33).

A formação do médico, entretanto, ainda não incorporou este conhecimento.

2.4 O Currículo nas Escolas de Medicina no Brasil

A palavra *currículo* já foi sinônimo, ao longo da história da educação, de conteúdos pré definidos por alguma instância de poder e transmitidos do professor ao aluno (de quem sabe para quem precisa aprender) de maneira estática e fechada (SACRISTÁN, 1998).

Uma metáfora para estas escolas e para este modelo de currículo bem poderia ser a máquina, o grande símbolo da Revolução Industrial a partir do início do séc. XIX. Os valores então reinantes eram os de um glorioso mundo mecanizado, que Frederick Taylor afirmava ser a forma de organização ideal. Ser perfeito, nesses tempos, era operar como uma máquina. Perseguindo esse ideal de perfeição, as fábricas e as escolas de então transformaram-se em máquinas, e os trabalhadores, os professores e os alunos em peças dessas máquinas (FIGUEIREDO, 2001).

Para as reflexões deste trabalho entende-se por currículo a tessitura de informações, as práticas, o compartilhamento de conceitos e reflexões conjuntas professor-aluno, que propiciam a ambos a construção ativa do conhecimento necessário

ao exercício da vida profissional do aluno e ao contínuo aprimoramento do saber do professor. A função socializadora do currículo, então, ultrapassa de longe o seu valor como apenas transmissão de conteúdo (SACRISTÁN, 1998).

O modelo brasileiro de educação médica segue, desde o início do séc. XX, a grande revolução flexneriana, que privilegia o modelo biomédico, a doença e a hospitalização (FLEXNER, 1910).

O currículo das escolas médicas segue então o modelo imposto e, com isso claramente se delinea a partir de uma certa ótica de mundo, de ser humano, de constituição da sociedade, seguindo e validando a ideologia vigente (FIGUEIREDO, STANO, 2013a).

Até a década de 1980 os currículos das escolas médicas do Brasil eram rigidamente definidos pelo Conselho Federal de Educação (CFE), embora tenham sido bastante expressivas as medidas dirigidas à promoção de pesquisa e do ensino de pós-graduação por meio de políticas que envolveram a reformulação e o fortalecimento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes) e do Conselho Nacional de Pesquisa Científica e Tecnologia (CNPq) e a introdução do regime de tempo integral para os professores nas universidades federais e estaduais (COUTO, 1988).

A retomada da democracia no Brasil com a promulgação da nova Constituição em 1988 e a revolução científica e tecnológica, aliada à internacionalização da economia, foram processos determinantes da Lei de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil (Lei nº 9.394), proposta pelo educador Darcy Ribeiro e finalmente editada em 20/12/1996 (RIBEIRO, 1996).

Por esta época o Brasil começa a se interessar pela discussão internacional, que critica o modelo de educação médica baseado na racionalidade técnica, com currículos fragmentados, ciclos básicos e profissionalizantes, predomínio de conhecimento teórico, e período final de práticas para aplicação do conhecimento científico, sistemático, disciplinar, adquirido previamente.

Em 1995, de acordo com Stella e Campos, o diretor do Instituto Paulo Freire, José Eustáquio Romão, diz:

Em outras palavras, cada vez mais será exigida do sistema educacional flexibilidade curricular e interdisciplinaridade, pois o homem do século 21 não será homem se não recuperar a categoria de totalidade, a capacidade de aprender a aprender, de se comunicar e cooperar entre os homens. (STELLA e CAMPOS, 2006, p. 74).

Mas a grande maioria das escolas médicas ainda se prende ao modelo tradicional: primeiro e segundo anos com o estudo das disciplinas chamadas básicas (onde as atividades práticas não incluem o doente), terceiro e quarto anos com o ensino teórico e prático das disciplinas ditas aplicadas, dentro dos hospitais, e os últimos dois anos em regime de internato com privilégio da atividade prática nas diversas especialidades, em sistema de rodízio, exclusivamente nos hospitais (NASSIF, 2013). Isto retarda o contato do médico em formação com o doente, com a doença e com a morte e contribui para que se formem mecanismos de evitação do sofrimento a que o médico terá que se expor ao longo da vida profissional.

O currículo da FMIIt, curso em que se insere a disciplina objeto desse estudo, evidencia este formato. (**Anexo 3**)

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, no seu Art. 3, dizem que:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico com formação *generalista, humanista* (grifos meus), crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde *integral* (grifo meu) do ser humano. (BRASIL. RESOLUÇÃO CNE/CES 4/2001).

Entretanto, percebe-se com alarme o crescente descontentamento da população com os seus médicos, que não a tratam com atenção nem resolutividade adequadas. A mídia (em especial a televisiva, nas novelas e nos noticiários) divulga exaustivamente o assunto, assim como tem um papel bastante ativo na exploração do “charme” dos exames caros e sofisticados e das pretensas curas espetaculares de doenças crônicas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais (CRs) publicam incessantemente material de alerta e preocupação a respeito da qualidade dos médicos atuais. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) apenas aceitará o pedido de registro (obrigatório para a prática da medicina no estado) dos médicos que se submeterem ao exame de qualificação que se realizará anualmente, a partir de 2012 (CREMESP, 2012). É de se prever que a avaliação dos médicos recém formados ou mesmo daqueles ainda em formação, aos poucos se torne prática comum em todos os estados brasileiros, incluindo o de Minas Gerais.

Entretanto, é importante refletir sobre a eficácia desta avaliação. Atualmente ela se limita a uma extensa prova teórica, constituída por questões de múltipla escolha e

aplicada aos médicos já formados, versando apenas sobre as várias doenças e o seu tratamento. Será esta a melhor forma de buscar a excelência sonhada pelo texto do Artigo 3 da Resolução citada acima?

A educação não é fenômeno dissociado da cultura nem do sistema político vigente. Por isso mesmo problemas, crises e as soluções encontradas serão sempre reflexos do momento que atravessa o grupo social que se está considerando. Neste caso é preciso, então, compreender que avaliações de competências profissionais numa sociedade mecanicista como a nossa, privilegiarão apenas a quantidade de conhecimento absorvida, sem que importe a forma como este conhecimento é transformado em ação, nem muito menos se esta ação tende a ser eficaz e resolutive (DIAS SOBRINHO, 2010).

Onde são mensuradas, neste formato de avaliação, características essenciais à prática da medicina, tais como empatia pelo sofrimento do outro, amorosidade no trato do doente, sensibilidade no perceber a comunicação não verbal do doente e da família (para citar apenas algumas)?

O ensino nas escolas de medicina no Brasil segue o mesmo padrão que o progresso tecnológico impôs à sociedade: informação em volume nunca antes visto e compartilhada rapidamente (antes que se torne obsoleta), curtíssimo tempo para elaboração do conhecimento, descartabilidade de teorias e conceitos, predomínio da técnica na abordagem do doente, uso de tecnologia sofisticada e cara para diagnósticos que se fariam com semelhante precisão através de uma história clínica colhida atentamente e de um exame físico acurado, crescente opção do formando pelas especialidades médicas em detrimento da prática da medicina geral, distanciamento entre médico e família do doente, considerada muitas vezes por aquele como um estorvo e uma ameaça (PAZIN FILHO, 2005).

Vê-se então que desde os anos 1960, e não só no Brasil, o clamor crescente da população por melhor qualidade na atenção médica tem demonstrado a falência do modelo de formação vigente nas escolas médicas (NUNES, 1983).

A partir desta constatação, intensa movimentação se registrou nos meios acadêmicos, instituições internacionais de saúde (Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e outras), governos, fundações internacionais (Rockfeller, Kellogs e outras), instituições representativas de classe e na sociedade em geral, no mundo inteiro, com o objetivo de propor uma medicina mais

coerente com as necessidades da comunidade (FEUERWERKER, 2002; ALMEIDA, 1999).

De 1980 em diante inicia-se a reforma nos sistemas de saúde no mundo e no Brasil, e se esperava que as transformações atingissem imediatamente as escolas de medicina. O setor educacional, entretanto, continuou desvinculado da reorganização, da redefinição das práticas de atenção à saúde e dos processos de reforma dos serviços de medicina (ALMEIDA, 1999).

Ou seja, mudam as necessidades e o cenário da saúde no país, e a formação dos profissionais que deverão responder a estas novas necessidades permanece como antes. Pode-se perguntar, então: forma-se quem para o que?

O currículo se dissocia da realidade, criando uma distância crescente entre a real necessidade e a oferta de respostas e soluções.

A Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) foi fundada em 1962 como resposta a esta necessidade de revisão dos princípios e valores do ensino médico e desde lá vem atuando ativamente no questionamento da formação dos médicos no Brasil.

Em novembro de 1990, a ABEM e o CFM, durante o XXVIII Congresso da ABEM, em Cuiabá, criaram um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico no Brasil. A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) assumiu, em nível nacional, o papel de articulação técnica e política do movimento em prol da reforma do ensino médico.

A partir de 1998 a CINAEM desenvolveu o PROJETO CINAEM, de cuja primeira fase participaram 76 das 80 Escolas Médicas então existentes no país. Os dados coletados nessa fase descrevem as condições das Escolas quanto a aspectos políticos, administrativos e econômicos, quanto aos recursos humanos e materiais, ao modelo pedagógico adotado pela escola, seu papel na assistência e na pesquisa e ainda, ao grau de adequação do médico recém-formado às demandas sociais.

As conclusões não eram nem um pouco animadoras: modelos pedagógicos pouco eficientes e determinantes da ineficácia da resposta dos médicos às necessidades de saúde da comunidade, docentes definindo o modelo pedagógico sem competência para tal, planejamento e gestão das escolas ineficientes, pouca eficácia no cumprimento das necessidades de ensino, pesquisa e extensão, foram algumas das conclusões a que o estudo deu origem (FACCHINI, 2000).

O Ministério da Educação (MEC), por meio do Exame Nacional de Cursos, conhecido como *Provão* e aplicado aos formandos de 1996 a 2003 (INSTITUTO

NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA – INEP, 2006), e da Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação, desnudou questões semelhantes, como a baixa qualificação dos professores, baixa produção de conhecimento, dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico, desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias, currículos arcaicos, entre outras conclusões (FEUERWERKER, 2002).

Entretanto, e a despeito dos esforços feitos pelas instâncias federais e mesmo por algumas escolas isoladamente, quase nenhum resultado consistente se pôde identificar, e as razões são múltiplas e complexas. Elas envolvem desde o desinteresse dos professores, até os interesses das indústrias de medicamentos ou de tecnologia médica (FEUERWERKER, 2002; ALMEIDA, 1999).

Cada vez mais o perfil do médico egresso das nossas escolas de medicina se distancia daquele recomendado pelas DCN. Mais ainda, nota-se pela leitura das DCN que **nenhuma recomendação é explicitamente feita 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.**

Todos estes movimentos têm induzido as escolas médicas a repensar as suas estruturas curriculares, especialmente por influência das exigências do MEC que tem cobrado das escolas médicas a busca incessante pela formação de médicos mais responsivos às necessidades sociais (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

Em 2002 os ministérios da Saúde e da Educação lançaram, no dia 26 de março, o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED), por meio da Portaria Interministerial nº 610 (BRASIL; MS, 2002).

O Programa pretendia investir R\$ 8 milhões até 2003 distribuídos por 20 escolas de medicina escolhidas entre as que se candidatassem a propor mudanças curriculares na sua estrutura. As verbas deveriam ser aplicadas na contratação de consultores, realização de oficinas, requalificação de professores e compra de material de ensino. Poucos resultados se viram, desde lá. A experiência da Faculdade de Medicina de Sorocaba foi das poucas que gerou publicação (POLIMENO, 2010).

No entanto, mesmo que os debates sobre mudanças curriculares se imponham na atualidade com mais força no seio das escolas de medicina, o pensamento que os sustém ainda é o de que a medicina tem como meta prevenir e curar as doenças, apenas. O modelo flexneriano ainda tem força e se expressa na concepção das estruturas curriculares: ainda é a doença e o seu tratamento que importam (POLIMENO, 2010).

Não se percebe abertura para a discussão de que a medicina e o médico, possam ou não curar, precisam cuidar com desvelo do doente que vai morrer e da sua família. A análise atenta dos currículos das escolas médicas mostra que estas **privilegiam apenas o aprendizado das ferramentas de diagnóstico e de cura, e nada ou quase nada falam sobre como cuidar de quem vai morrer**. Fala-se também muito pouco aos 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 o impacto do sofrimento e da morte diários, geralmente sem ter como elaborar os sentimentos provocados em si mesmo pela dor de outro ser humano (KOVÁCS, 2003a).

Rubem Alves, entretanto, nos lembra, se quisermos ouvir:

[...] hoje a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, e com isso nos tornamos surdos ao que ela pode nos ensinar [...] ela poderia se tornar conselheira sábia e se torna uma inimiga que nos devora por trás [...] pode-se recuperar a sabedoria se nos tornarmos discípulos e não inimigos da Morte. (ALVES, 1991, p. 15).

Assim o aluno e, mais tarde o médico, ao se avizinharem do doente e das suas dores, não encontram na sua formação um padrão adequado de relação com o sofrimento que lhes permita ficarem próximos ao doente, consolando-o e dele cuidando, e igualmente consolando-se a si mesmos da dor que o contato provoca.

O que se percebe no profissional assim despreparado para lidar com a dor do outro é uma *reação contra-fóbica*² forte, com imediato distanciamento e frieza para evitar a dor.

O doente se sente com frequência abandonado à própria sorte, sozinho com os seus medos, as suas dores e as suas necessidades não reconhecidas, porque os médicos não são preparados para aceitarem permanecer ao lado da morte. Para o médico de hoje, a morte se afigura apenas como derrota do seu saber e não como fato natural e inevitável que faz parte e completa o ciclo da vida e que, mais ainda, valoriza e confere sentido a esta mesma vida (PERDICARIS, 2000).

² Termo comumente usado na Psicologia, significando a reação instintiva de proteção que se segue a uma ameaça à integridade psíquica do indivíduo. Ocorre geralmente em situações de medo do enfrentamento, como acontece com o médico despreparado para lidar com o sofrimento do doente.

Em 2010 a Fundação Lien, uma organização não governamental de Cingapura, encomendou uma pesquisa sobre Qualidade de Morte à empresa de consultoria britânica, The Economist Intelligence Unit (EIU). Quarenta países foram avaliados através de indicadores quantitativos tais como taxas de expectativa de vida e porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB) gasta em saúde, e indicadores qualitativos baseados na avaliação individual de cada país em quesitos como conscientização pública sobre serviços e tratamentos disponíveis a pessoas no fim de suas vidas e disponibilidade de remédios e de cuidados paliativos aos doentes e às suas famílias. Buscava-se identificar os países que melhor propiciavam aos seus cidadãos condições adequadas a uma morte digna e bem acompanhada.

Nesta pesquisa o Brasil ocupa o 38º lugar, à frente apenas de Uganda (39º) e da Índia (40º). A Grã Bretanha encabeça a lista dos países com melhor qualidade de morte, seguida de Austrália e Nova Zelândia (DURHAN, 2010).

O estudo aponta algumas soluções, entre elas:

- controle eficaz dos sintomas da proximidade da morte, especialmente o uso adequado e isento de preconceitos de opióides para o controle da dor³;
- combate vigoroso às percepções negativas arraigadas sobre a morte entre profissionais e leigos e aos tabus culturais que dificultem o trato natural da morte;
- reavaliação da ideia de “cura a qualquer custo”, vigente na sociedade e entre os profissionais da saúde;
- oferta generosa de serviços de cuidados paliativos a pacientes fora de perspectiva de cura, bem estruturados e disponíveis a toda a população;
- amplo envolvimento de todos os setores da sociedade no debate sobre o direito à implementação dos cuidados aos moribundos. (DURHAN, 2010, p. 33).

³ O preconceito que cerca o uso de opióides como medicamento eficaz contra a dor (sintoma dos mais prevalentes na terminalidade) tem sido a principal causa, na maioria dos países, pela baixa qualidade de morte dos seus cidadãos. O receio que tem o Poder Público do descontrole na distribuição e na venda de morfina, a ideia infundada de que o tratamento provoque dependência no doente, o receio da depressão respiratória como efeito colateral irreversível, são algumas das razões pelas quais o uso de opióides como um analgésico potente e de baixo custo não se estabeleça. Importante ressaltar que este preconceito não afeta apenas os doentes e seus familiares; os médicos não são ensinados, na maioria das escolas médicas, a fazerem uso seguro de opióides.

No Reino Unido, entre os destaques estão o sistema de atendimento à saúde mental e o envolvimento institucionalizado dos profissionais com os cuidados no fim da vida. A consultoria aponta que o sistema de saúde britânico não é um dos primeiros do mundo, mas o país ganhou pontos em quesitos como atenção pública à questão da qualidade da morte, disponibilidade de educação continuada para prover esses cuidados, acesso a analgésicos e transparência na relação entre médico e paciente. Aqui se está falando de Cuidados Paliativos, e da necessidade de que sejam implantados e/ou mantidos como programas atuantes nos sistemas de saúde de todo o mundo, para que possamos incrementar a qualidade de morte da população, da mesma forma que se busca a qualidade de vida (DURHAN, 2010).

Importante é notar que para incremento de todas, ou quase todas as ações recomendadas pelo EIU para a melhoria dos índices de baixa qualidade de morte, a solução passa obrigatoriamente pela educação dos profissionais de saúde para o cuidado com o doente e à família, em especial do médico (FIGUEIREDO, 2003).

2.5 Cuidados Paliativos: Conceito, História e Sentidos

A primeira definição de Cuidados Paliativos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) data de 1986 e foi revisada em 2002; é a versão internacionalmente aceita na atualidade, e diz que Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, o que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (DAVIES; HIGGINSON, 2004).

Em 1992 o Comitê de Câncer da OMS define, para todos os países, políticas relativas ao alívio da dor e aos cuidados do tipo Hospice para doentes com câncer. Recomenda também para o mundo todo o termo Cuidados Paliativos, por influência do Canadá, em substituição a *Movimento Hospice* ou *cuidados do tipo Hospice*. (ORTIZ, 2013).

A palavra *paliativo*, no Brasil, não faz jus à importância do termo, como é conceituado pela OMS. Para nós, brasileiros, é paliativo tudo aquilo que parece “enganação”, “de segunda classe”, “quebra-galho”, “tapa-buraco”, “jeitinho”.

Paliativo, 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).

Assim, Cuidados Paliativos:

- valorizam atingir e manter um nível ótimo de controle da dor e de outros sintomas desconfortáveis;
- afirmam a vida e encaram o morrer como um processo natural e cíclico;
- não apressam e nem adiam a morte, mas também não a prolongam;
- integram os diversos aspectos (físicos, sociais, psicológicos e espirituais) do indivíduo;
- oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte. Para isto, podem necessitar do trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional formada por: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, dentistas, nutricionistas, farmacêuticos clínicos, assistentes espirituais, voluntários leigos, etc;
- ajudam a família a lidar com a doença do paciente e com o luto;
- exigem uma abordagem em equipe multiprofissional, em que ninguém é superior a ninguém em poder ou importância;
- buscam aprimorar a qualidade de vida até o momento último da morte;
- são aplicáveis desde o estágio inicial da doença crônica, concomitantemente com as terapias curativas adequadas ([DAVIES; HIGGINSON](#), 2004).

Os princípios éticos que balizam o tratamento de pacientes em Cuidados Paliativos podem ser expressos pelos seguintes itens:

- todo tratamento nos moldes de Cuidados Paliativos inclui e respeita as necessidades da família;
- todo doente tem o direito de ver aceita e acatada por toda a equipe a sua autonomia em relação ao tratamento, inclusive a de abandoná-lo, mantendo-se cuidado no que diz respeito aos sintomas;

- a equipe de profissionais deve avaliar as vantagens do tratamento a cada momento da doença, ponderando os riscos que acompanham o benefício de cada ação proposta;
- o doente tem direito a ter o melhor dos cuidados profissionais disponíveis, ser respeitado na sua dignidade, ser apoiado e cuidado nas suas necessidades;
- o paciente tem o direito de ser informado clara e detalhadamente sobre a sua doença, respeitada a sua capacidade de suportar progressivamente a verdade;
- o doente tem o direito de participar das decisões a respeito do seu tratamento, cabendo-lhe a palavra final, desde que adequadamente esclarecido a respeito dos fatos que lhe dizem respeito;
- o doente tem o direito de recusar tratamentos fúteis e dolorosos, com o objetivo de prolongamento do tempo de vida em doenças incuráveis; ele também tem o direito de reverter esta escolha a qualquer momento;
- cada ato e decisão devem ser documentados de forma clara e por escrito no prontuário do doente (FIGUEIREDO, 2008).

É comum que se ouça dizer que as casas que deram origem aos Hospices⁴ nasceram na Europa; entretanto, a primeira vez no mundo em que se soube de locais que abrigavam peregrinos doentes e moribundos, à beira das estradas e dirigidas por voluntários, foi no mundo árabe, pelos mouros (DOYLE, 2010).

Kennedy (2004) repete a instrução que um mandatário muçulmano lega a um filho, em 819 DC:

Construa abrigos onde muçulmanos doentes possam achar acolhida e encontrar cuidadores. Nesses locais eles serão tratados com compaixão, e os médicos poderão cuidar das suas doenças. (tradução livre). (KENNEDY, 2004, p. 205)

⁴ O termo Hospice (lat. Hospitium) presta-se a uma certa confusão, em especial na Europa. Tanto designa um local de prática dos CP quanto dá nome à própria filosofia dos Cuidados Paliativos (Movimento Hospice). Neste trabalho chamaremos os locais onde se pratica CP de Hospedarias, e a filosofia de cuidados, de Cuidados Paliativos.

No século V, Fabíola, discípula de São Jerônimo, fundou a Hospedaria de Ostia (porto de Roma), abrigando os peregrinos que chegavam da África e da Ásia, dando-lhes comida e conforto.

Já as Hospedarias medievais, fundados pelos Cavaleiros Templários, ordem guerreira religiosa católica que se destinava à conquista do Santo Sepulcro, em Jerusalém, destinavam-se também à cura dos doentes. Entretanto, os poucos recursos médicos da época não permitiam que o tratamento tivesse sempre sucesso; neste caso, o apoio espiritual e os cuidados eram enfatizados.

No século XVII, na França, São Vicente de Paula fundou duas Congregações: os sacerdotes das Missões, ou Lazaristas, e as Filhas de Caridade (com a ajuda de Sta. Luisa de Marillac), para o cuidado dos pobres e enfermos, que se multiplicaram por toda a Europa ao longo dos próximos séculos. No século XIX, seguindo o seu exemplo, na Prússia surge a Fundação Kaiserwerth, o que se considera a primeira Hospedaria protestante, sob inspiração do Pastor FINDER.

Ainda no século XVIII, em Lyon, na França, Mme. Jeanne Garnier fundou a Associação das Mulheres do Calvário, que passou a administrar diversas casas para enfermos.

Em 1889, em Nova York, Anne Blunt Storrs funda o Calvary Hospital, que permanece até hoje cuidando de pacientes com câncer em fase avançada.

Aparentemente sem influência dos demais, em 1879 Madre Mary Aikenhead, Priora das Irmãs Irlandesas da Caridade, funda em Dublin o Our Lady's Hospice e em Londres, em 1905, o St. Joseph's Hospice.

Em Londres, outras entidades protestantes passam também a atender enfermos de tuberculose e câncer. Em um deles, o St. Luke's Home for the Dying Poor, durante sete anos (até 1948) trabalhou Cicely Saunders (Figura 17) como enfermeira voluntária, que foi mais tarde a criadora dos conceitos do que hoje se conhece como Cuidados Paliativos.

Cicely Mary Saunders nasceu em Londres, em 22 de junho de 1918 e, filha de pais abastados, iniciou os seus estudos superiores de filosofia, economia e política em Oxford. Em 1939, com a eclosão da II Guerra Mundial, ela deixa Oxford e ingressa na Escola do St. Thomas's Hospital Nightingale School, em Londres, para estudar Enfermagem, e se forma em 1944. Entretanto, como padecia de problemas de coluna, e o trabalho como enfermeira lhe era prejudicial, seus professores a aconselharam a fazer Serviço Social, o que a manteria trabalhando com enfermos.

Na nova profissão, em 1947 conheceu David Tasma (Figura 15), um judeu polonês com cerca de 40 anos que morria de câncer no hospital, sem família e com poucos recursos. Visitando-o diariamente, eles acabam por se enamorar um do outro e por compartilhar o sonho de cuidar com dignidade de pacientes moribundos, o que conferiu a Tasma um novo objetivo de vida e certamente suavizou a sua morte, em 1948.

Ao morrer, Tasma legou a Saunders todas as suas economias: 500 £. O sonho de ambos era o de criar um local onde enfermos pudessem estar como em suas casas, acompanhados pela família e cuidados por pessoas oriundas de múltiplas profissões, com atenção à dor e aos demais sintomas da fase final de vida (ORTIZ, 2013).

Um detalhe curioso é que o conceito dos Cuidados Paliativos se consolida para Cicely Saunders a partir do momento em que ela se apaixona por David Tasma. Ambos sabiam da importância de se cuidar das necessidades psicológicas, sociais, espirituais de um doente “com a morte decretada” e conversavam muito sobre estas necessidades. Nos últimos meses de vida de Tasma eles construíram juntos os princípios e os valores do que se tornariam mais tarde os Cuidados Paliativos (FIGUEIREDO, 2008).

Os novos conceitos que têm significado um chamado para a reflexão de médicos, demais profissionais da saúde, comunidade, associações profissionais e governos no mundo todo sobre os rumos da atenção à saúde para o futuro, originaram-se do amor de uma profissional de saúde pelo seu doente.

Quem visita o St. Christopher’s Hospice no subúrbio de Sydenham, sul de Londres, vê logo na entrada uma janela e uma placa (Figura 16) ao lado dela, onde se lê: *“Eu serei uma janela na sua casa, esta foi a promessa de David Tasma de Varsóvia que morreu em 25 de fevereiro de 1945 e deu o primeiro presente ao St. Christopher’s”*. (tradução livre).



Figura 15 - David Tasma em 1946

Fonte: Gunaratnam, Y., (2013)



Figura 16 - Janela do St. Christopher's Hospice

Fonte: Mills, D., (2013)

Após a morte de Tasma, Saunders se dedicou mais intensamente aos seus pacientes, passando a trabalhar também como enfermeira. Por esta época, um dos seus chefes, o Dr. Howard Barret, lhe diz: “Você realmente quer ajudar as pessoas? Vá estudar Medicina. São os médicos, os que mais abandonam os seus doentes! E eles só a ouvirão se você for um deles” (ORTIZ, 2013).

Assim, aos 33 anos, começa os seus estudos de Medicina no St. Thomas's Hospital Medical School, formando-se em 1957, aos 40 anos.

Entre 1958 e 1965 trabalha no St. Joseph's com doentes terminais até que, em julho de 1967, funda o St. Christopher's Hospice, hoje paradigma de Cuidados Paliativos no mundo. As 500 libras de David Tasma se transformaram em 500.000 libras (ORTIZ, 2013).

Saunders foi quem cunhou o termo *dor total*, introduzindo o conceito de que o sofrimento não é apenas físico mas um complexo afetivo que envolve também os aspectos psíquicos, sociais e espirituais do ser humano.

O símbolo do amor se apresenta então concreto e contextualizado, como se nos lembrasse a todos que a medicina não deve ser apenas a busca da cura, e que nunca se poderá fazer sem o envolvimento amoroso do médico com os seus doentes.

À fundação do St. Christopher's seguiu-se a de outros mais pelo Reino Unido. Três fatos foram fundamentais para o rápido progresso dos CP no Reino Unido: o desenvolvimento das equipes multiprofissionais de atenção domiciliária, os hospitais-dia e as equipes de suporte hospitalar (AHMEDZAI, 1997).

O livro *Cuidados de la enfermedad maligna terminal* (SAUNDERS, 1980), foi publicado pela primeira vez em Londres no fim da década de 1970. Em vários dos capítulos ela fala da experiência dos diferentes profissionais do St. Christopher's em seus primeiros anos de trabalho. Sob este mesmo título ela publicara vários artigos em revistas especializadas nos anos de 1966 e 1967. Em 1978 Saunders (1978) publica um artigo no *American Journal of Medicine* onde aponta as origens deste modelo de atendimento, corrige algumas concepções errôneas da imprensa popular e desenha a posição do tratamento adequado dos doentes em fase terminal da doença dentro da prática médica da época.

Em 2002 Dame Cicely Saunders fundou uma nova Associação Benéfica, a Cicely Saunders International, com o objetivo de fomentar pesquisas para o cuidado cada vez mais eficaz aos doentes de câncer, e posteriormente o Cicely Saunders Institute for Palliative Care que se propõe a treinar profissionais para a prática dos Cuidados Paliativos em todo mundo. Este treinamento se faz no St. Christopher's Hospice e o prazo médio entre a inscrição do candidato e a concessão de estágio costuma ser de, no mínimo, três anos.

Em 1987 a Medicina Paliativa foi estabelecida como especialidade médica na Grã Bretanha, seguindo-se imediatamente Canadá, Austrália e Polônia.

Na Europa os CP se desenvolvem a partir do final dos anos 1970.

Na Itália o modelo de CP se centra na atenção domiciliária. Os trabalhos de Vittorio Ventafridda em Milão sobre o tratamento da dor do câncer, a criação da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) e o desenvolvimento de políticas públicas auxiliaram o rápido crescimento da prática em domicílio (GÓMEZ et al, 1996).

Na Espanha a primeira Unidade de CP se iniciou em 1982 e foi oficialmente reconhecida pelos poderes públicos em outubro de 1987 (Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Marquês de Valdecilla), (SANZ ORTIZ, 1989). Os CP na Espanha têm servido de padrão para a América Latina, especialmente a Argentina.

Na Alemanha, apesar do conceito de CP não ter sido bem compreendido por algum tempo, nos últimos anos vão se constituindo Serviços de CP nas cidades maiores.

Na Holanda a opinião pública se voltou mais à permissão da eutanásia. Há quem afirme que esta escolha levou a Holanda a se descuidar da implantação dos CP e que o país dificilmente se perfilará entre os que mais praticam CP no mundo (MONTON, 1996).

Na França, Bélgica, Noruega e Suécia os CP se desenvolvem sem muito tropeço, baseados nas equipes consultoras no interior dos hospitais de doenças agudas.

Nos países do Leste Europeu, em especial a Polônia, o crescimento das políticas de CP tem sido vigoroso (LUCZAK, 1997). Este autor reconhece, como facilitadoras, as recomendações da OMS que foram respeitadas pelos poderes públicos. Entretanto, ele aponta também que a pobreza e a falta de políticas eficazes de distribuição de opióides (ver nota de rodapé 3 na pág. 49) impedem muitos dos países de oferecerem melhores cuidados aos seus cidadãos.

Os CP em países como Austrália, Suécia, Uganda, Turquia, Filipinas, Singapura, Índia, China, Taiwan, Japão, Indonésia e Israel, por exemplo, foram objeto de atenção de um estudo americano de 1996 (U.S. CANCER PAIN RELIEF, 1996).

Cicely Saunders visitou a Universidade de Yale em 1963 e proferiu uma palestra sobre conceitos de CP a estudantes de medicina, enfermeiros, assistentes sociais e capelães. A sua presença desencadeou o início das políticas de CP nos Estados Unidos da América (EUA).

No início da década de 1970 a psiquiatra americana Elizabeth Kübler-Ross e Cicely Saunders (Figura 17) se conhecem.

Em 1969 Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, publicou um livro cujo título em português é *Sobre a Morte e o Morrer* (KÜBLER-ROSS, 1998). A partir das entrevistas que realizava com pacientes portadores de doenças incuráveis, ela criou uma nova e revolucionária visão sobre a psicologia destes doentes e as etapas da elaboração dos sentimentos que os acometem frente à ameaça de morte. Estas são as célebres cinco fases da morte (*negação, raiva, barganha, depressão e aceitação*), que logo se tornaram parâmetro importante para lidar com doentes graves e suas famílias (ORTIZ, 2013).

Em 1974, em Branford (Connecticut) começa a funcionar o Connecticut Hospice, o primeiro da América.

Também nos Estados Unidos o reconhecimento dos Cuidados Paliativos pelo sistema público de saúde, o Medicare, foi difícil e lento. Hoje o número de Hospedarias que são cobertas pelo Medicare Certified Hospice cresceu consideravelmente. Lá, diferente do que ocorre no Brasil, serviços de saúde privados oferecem Cuidados Paliativos aos doentes, geralmente de forma gratuita. Deve-se notar que uma parte considerável da dificuldade de implantação dos Cuidados Paliativos se deve à resistência dos médicos. Por outro lado o movimento dos Cuidados Paliativos nos Estados Unidos é pioneiro no estender a prática de CP a outras doenças crônicas como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (MAGNO, 1992).

No Canadá, nos primeiros anos da década de 1970, profissionais de Winnipeg e Montreal introduziram o conceito de CP dentro de hospitais; o primeiro deles foi o Royal Victoria Hospital em Montreal (ORTIZ, 2013).



Figura 17 - Saunders (à esquerda) e Kübler-Ross (à direita) em Montreal (Canadá)

Fonte: Facebook Kübler-Ross, E., (2013)

Na América Latina (AL) há diferenças marcantes entre os diversos países. Argentina, Colômbia, Brasil e Chile têm se esforçado por montar serviços e políticas de CP nos últimos anos; entretanto, a baixa disponibilidade de opióides tem sido um dos maiores obstáculos para o desenvolvimento das políticas de CP nestes países.

O primeiro país da AL a ter CP como Especialidade médica foi a Colômbia, em 1998. No total dos países da América do Sul estima-se que existam cerca de 600 médicos especializados em CP, 70% deles atuando no México, Argentina e Chile.

Em Cuba e no Uruguai todas as escolas de medicina oferecem CP na grade curricular, seja como Disciplina isolada ou como conteúdo dentro de outras matérias.

O Brasil é o único país da América do Sul a publicar uma revista científica especializada em CP, editada pela Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), no momento em processo de indexação (PRASTANA, 2012) (Quadro 1).

País	Titulação	Ano	Médicos titulados	PG em CP	Faculdades de Medicina	Fac. de Med. com CP (%)	Número de Docentes	
							Medicina	Outras
Argentina	sim	2004	100	sim	27	6 (22,2)	15	5
Bolívia	não	X	0	não	25	0	0	0
Brasil	sim	2011	0*	sim	188	2 (1,06)	5	1
Chile	sim	2006	70	inativo	21	2 (22,2)	30	40
Colômbia	sim	1998	43	sim	57	3 (5,3)	20	10
Costa Rica	sim	2008	49	sim	7	2 (28,6)	20	20
Cuba	sim	2010	37	sim	22	22 (100)	43	43
Equador	não	X	0	não	12	3 (25)	3	1
El Salvador	não	X	0	não	6	0	7	0
Guatemala	não	X	0	sim	9	1 (25)	2	1
Honduras	não	X	0	não	2	0	0	0
México	sim	2011	250	sim	54	5 (9,3)	45	0
Nicarágua	não	X	0	não	6	0	0	0
Panamá	sim	2011	2	inativo	4	1 (25)	15	15
Paraguai	não	X	0	sim	14	2 (14,3)	7	4
Peru	não	X	23	não	21	0	23	1
República Dominicana	não	X	0	não	10	1 (10)	8	0
Uruguai	sim	2009	20	sim	2	2 (100)	15	5
Venezuela	sim	2009	4	sim	8	1 (12,5)	6	4
Total			598		495	53 (10,7)	264	29

Quadro 1 – CP na América Latina (PRASTANA, 2012).

*Em 2012 a Associação Médica Brasileira (AMB) tituló 39 médicos no Brasil, depois que a Medicina Paliativa se tornou Área de Atuação no país (AMB, 2012).

Há algum tempo o Internatinal Observatory on End of Life Care (IOELC) da Lancaster University no Reino Unido, divulgou os resultados de um estudo realizado em 234 países membros da ONU. Este estudo separou os países estudados em 4 grupos, de acordo com a quantidade e qualidade dos Serviços de Cuidados Paliativos existentes em cada um deles:

Grupo IV (35 países) – possuem Serviços bem estruturados de Cuidados Paliativos e políticas muito bem definidas.

Grupo III (80 países) – possuem Serviços isolados, sem políticas estruturadas e com pouco intercâmbio entre eles. A este grupo pertence o Brasil, onde foram identificados, à época do estudo, 14 Serviços.

Grupo II (41 países) – não há Serviços montados, mas existem iniciativas isoladas e ainda pouco eficazes.

Grupo I (79 países) – não há sequer iniciativas de formação de pessoas ou Serviços (WRIGHT, 2006).

Note-se que poucos países têm enfatizado a necessidade de formação de profissionais como objetivo principal das estratégias de expansão dos CP. Dos que o fazem, quase nenhum tem dado importância à formação dos profissionais desde a graduação.

Não é difícil compreender as razões de tal quadro: a tarefa de criar Serviços de CP, de convencer os poderes públicos da importância e da necessidade crescente de políticas de cuidados aos doentes crônicos, a urgência em formar profissionais com maestria em CP, a tarefa de mostrar à comunidade que ela tem direito a cuidados de qualidade não só enquanto se tem esperança de cura, tudo isto induz os poucos profissionais que se envolvem com CP ao trabalho imediato e árduo da ação concreta dos cuidados. Pouco tempo é dispendido em cuidar da formação de futuros profissionais desde a graduação, porque a tarefa se afigura muito lenta para a necessidade imediata de cuidados aos que sofrem.

2.6 Cuidados Paliativos no Brasil

No Brasil existem duas Associações de CP, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); entretanto, ainda não há qualquer registro oficial dos Serviços de CP no país ou dos cursos de Pós Graduação voltados aos profissionais de saúde que desejam aprofundar os seus conhecimentos em CP, e nem mesmo se consegue saber com segurança quais as Faculdades que oferecem, na graduação, formação em CP.

O Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo, entretanto, escrevendo a todos os praticantes de CP insistentemente, visitando os Serviços que se formavam, buscando de todas as formas dados que pudesse repassar aos demais profissionais da área, elaborou uma listagem bastante precisa (atualizada apenas até 2007), e que utilizo neste trabalho. (FIGUEIREDO, 2008) (Quadro 2).

Criação	Serviço	Responsável
1983	Hospital das Clínicas-PAlegre (RS)	Dra. Miriam Marteleite
1986	Santa Casa-São Paulo (SP)	Dr. Antônio Carlos Camargo
1989	INCA-Rio de Janeiro (RJ)	Dr. Evaldo de Abreu
1989	CEPON-Florianópolis (SC)	Dra. Maria Tereza Schoeller
1990	PUC-Sorocaba (SP)	Dr. Gilson Lucchesi Delgado
1990	Hospital da FMedicina-Botucatu (SP)	Dr. Lino Lemonica
1992	Hospital Amaral Carvalho-Jaú (SP)	Dr. Antônio Carlos Camargo
1992	PUCCAMP-Campinas (SP)	Dra. Silvia Regina Scolfaro
1993	Hospital Pérola Byington-SPaulo (SP)	Dr. Juvenal Mottola Junior
1994	Hospital EGAertner-Curitiba (PR)	Dr. Roberto Teixeira Bettega
1995	Hospital NSConceição-PAlegre (RS)	Dr. Francisco Aires Neto
1995	HC da FMUSP-São Paulo (SP)	Dr. Toshio Chiba
1995	CAISM UNICAMP-Campinas (SP)	Dra. Nancy Mineko Koseki
1996	Hospital da Lagoa-Rio de Janeiro (RJ)	Dr. Dante Pagnoncelli
1996	GAPPO-Goiânia (GO)	Enfa. Itacemira Dalya Bendezú
1997	Fundação CECEN-Manaus (AM)	Dra. Mirlane Guimarães Cardoso
1997	Inst. Arnaldo VCarvalho-SPaulo (SP)	Dra. Sandra Medina e Coeli
1999	Instituto Emílio Ribas-São Paulo (SP)	Dra. Elisa Miranda Aires
2000	Inst. Boldrini-Campinas (SP)	Psi. Elisa Perina
2001	HSPE-São Paulo (SP)	Dra. Maria Goretti Sales Maciel
2001	ICr do HC da FMUSP-São Paulo (SP)	Dra. Sílvia Maria Macedo Barbosa
2001	UNIFESP-EPM-São Paulo (SP)	Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo
2001	HACCamargo (Pediatria)-SPaulo (SP)	Dra. Beatriz Camargo
2002	FM da UFU-Uberlândia (MG)	Dr. Heleno Batista de Oliveira
2004	HACCamargo(Adultos)-SPaulo (SP)	Dr. Císio Brandão
2004	HSPM-São Paulo (SP)	Dra. Dalva Yukie Matsumoto
2005	PIDI FMUFPelotas-Pelotas (RS)	Dra. Julieta Cariconde Fripp
2005	Hospital do Câncer-Barretos (SP)	Dr. Leonardo Consolim
2007	FMedicina-Caxias do Sul (RS)	Dr. André Roriz
2007	Hospital de Sapopemba-SPaulo (SP)	Dra. Sílvia Maria Macedo Barbosa

Quadro 2 - Serviços de CP no Brasil até 2007 (dados cedidos pelo Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo, não publicados).

Alguns destes Serviços já não mais existem, outros mudaram de coordenação, vários outros se formaram desde esta época.

A listagem detalhada dos Serviços e das pessoas que os iniciaram registra e marca o aspecto histórico dos pioneiros no Brasil e mais, se empenha por não permitir que se percam no esquecimento, pessoas e fatos de extrema importância para a história dos Cuidados Paliativos no Brasil.

O Prof. Marco Tullio é citado pelos profissionais de Cuidados Paliativos no Brasil e no Exterior, como o pioneiro em educação em CP no Brasil; de fato, foi elei o primeiro a instituir Cursos de CP para alunos de graduação (na Unifesp) e, desde 1994 até a sua morte em 2013, manteve-se como uma das poucas vozes no país a enfatizar a necessidade de ensino de CP na graduação de todas as áreas da saúde (Figura 18).

Ainda não se escreveu no Brasil, de forma sistemática e documentada, a história dos CP no país. O Prof. Marco Tullio, nos últimos meses de vida, começara a escrevê-la desde os seus primórdios, com a propriedade de quem esteve presente e influenciando a maior parte das iniciativas.

A morte súbita o colheu no meio desta tarefa de fôlego.



Figura 18 - Prof. Dr. Marco Tullio Barcellos de Assis Figueiredo (1925-2013), na Hospedaria do Jaçanã, SP - ICESP

Fonte: Geribello (2012). Arquivo Pessoal.

A International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) se originou diretamente do International Hospice Institute (IHI) fundado pela Dra. Josephine Magno em 1980. Desta se originou a Academy of Hospice Physicians (AHP). Mais tarde duas novas organizações independentes se formaram: a American Academy for Hospice and Palliative Medicine (AAHPM) e a International Hospice Institute and College (IHIC), dirigida pela Dra. Magno. Em 1996 o Dr. Derek Doyle, eleito Presidente desta última por quatro anos, deu ao Instituto a perspectiva internacional que

ela tem hoje, afirmando que os Cuidados Paliativos devem assumir, em cada país, a feição própria dos seus recursos e condições (PASTRANA et al, 2012).

O Prof. Dr. Marco Tullio relatava que, no ato da indicação do Dr. Derek este perguntou, antes de aceitar o cargo:

Mas vocês querem que esta Associação Internacional seja internacional, mesmo, ou apenas americana? Porque, se ela for realmente internacional, precisamos abrir mão da arrogância de supor que possamos ensinar os países a praticarem os Cuidados Paliativos e sim, humildemente aprender com os menos desenvolvidos a fazer CP de qualidade com recursos mínimos (comunicação pessoal do Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo, não publicada).

Quando do nascimento da IAHPC em 1996, em Londres, o Prof. Dr. Marco Tullio foi o Delegado do Brasil junto à IAHPC, cargo que manteve por três mandatos consecutivos.

No Brasil, desde agosto de 2011 a Medicina Paliativa tornou-se Área de Atuação de seis especialidades médicas: Anestesiologia, Pediatria, Geriatria, Oncologia, Clínica Médica e Medicina de Família e, conseqüentemente, os órgãos de educação médica se mobilizam para oferecer em breve e em caráter oficial, formação conceitual e prática em Cuidados Paliativos aos médicos destas especialidades (BRASIL, RESOLUÇÃO DE NÚMERO 1973/2011, 2011).

Entretanto, não se pode imaginar que apenas uma pequena parcela de médicos especializados em CP possa responder à necessidade crescente da população por melhor trato e cuidado ao paciente sem perspectiva de cura e às suas famílias.

Em comunicação pessoal, a Dra. Claudia Naylor, Diretora da Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional do Câncer no Rio de Janeiro – RJ (INCA IV), relata que no ano de 2006, 474 000 novos casos de câncer foram diagnosticados no Brasil. Destes, 50% dos pacientes (287 000) morreram pela doença, sendo que apenas 15 a 30 000 deles tiveram acesso a algum dos Serviços de CP no Brasil. Portanto, ela estima que cerca de 257 000 pacientes com câncer diagnosticados no ano de 2006 morreram desassistidos por CP e em intenso sofrimento. Já em 2010, ainda de acordo com a Dra. Claudia Naylor, o número total de pacientes que morreram de câncer no Brasil chegou a cerca de 489 000. Destes, de 70% a 80% morreram em grande sofrimento. Se considerarmos a menor porcentagem (70%) chegaremos ao número de 342 300 pacientes. Como hipótese, supondo-se que cerca de 200 unidades de CP por esta época existentes no Brasil possam ter assistido a 200 doentes/ano, teria havido cerca de 40 000 doentes atendidos por Unidades de CP ao longo do ano de 2010. Ainda

restariam sem assistência de CP em 2010, cerca de 302 300 pacientes. Haveria então um crescimento no período 2006 – 2010 de 45 300 doentes (crescimento anual de cerca de 11 325 doentes), apenas se considerarmos aqueles com diagnóstico de câncer, sem levar em conta as demais doenças crônicas e potencialmente mortais.

Cabe questionar se o caminho de tornar a Medicina Paliativa em mais uma das inúmeras especialidades que fatiam o doente em partes que pouco se relacionam entre si, como única alternativa para a formação de médicos com os conhecimentos necessários de Cuidados Paliativos é o mais adequado à necessidade crescente dos indivíduos por mais dignidade no trato da doença potencialmente mortal e da terminalidade. Além disso é importante notar que esta regulamentação impede médicos de outras especialidades que não aqueles das seis “escolhidas” em 2012, de oferecerem CP aos seus doentes, o que diminui mais ainda o acesso da população aos Cuidados Paliativos.

O Dr. Derek Doyle, eminente autoridade internacional em Cuidados Paliativos, afirma que a Inglaterra, país que primeiro optou por transformar a Medicina Paliativa em especialidade médica no mundo, o fez apenas para que os médicos se interessassem em exercê-la, e para que os outros especialistas os respeitassem. Nenhuma motivação mais nobre amparou esta decisão (DOYLE, 2010).

A especialização parece inevitável, mas este caminho já definido não impede que se mantenha a convicção da importância de preparar o futuro médico (qualquer que seja a sua especialidade futura) desde o primeiro momento da sua formação para que ele compreenda a necessidade de melhor equilíbrio entre a técnica e a proximidade empática e afetiva com o doente, para que ele aceite a família como parte indissolúvel da vida do doente e auxiliar preciosa no tratamento e no cuidado durante a doença, para que ele saiba contribuir verdadeiramente para a interação criativa e igualitária que deve haver entre os saberes dos diversos profissionais de uma equipe de cuidados, para que ele saiba valorizar e estimular a necessidade de apoio espiritual dos envolvidos frente às grandes questões existenciais que a doença e a morte envolvem (FIGUEIREDO, 2003).

Se tivéssemos tomado este caminho no Brasil, o de estimular todos os médicos a se tornarem “paliativistas” e não apenas alguns, titulados por Sociedades que se auto organizam para tal, talvez pudéssemos manter a esperança de responder melhor ao apelo da população por um trato mais humano e de trazer a mensagem de questionamento do paradigma cientificista que comanda a medicina ocidental moderna (FIGUEIREDO, 2010).

Que os Especialistas em Cuidados Paliativos sejam aqueles médicos que se queiram dedicar exclusivamente à prática dos CP e que, para tal, aprofundem o seu conhecimento nas Residências Médicas ou nos cursos de Especialização que existem para tal fim, e na prática exclusiva de CP. Entretanto, que todos os médicos sejam capazes de assistir os seus doentes até a morte (quando for o caso), aliviando os sintomas da terminalidade e amparando a família que sofre. Aos especialistas caberiam, então, os doentes que respondam mal às condutas habituais, aqueles que necessitem de técnicas mais apuradas ou que exijam maior prática dos seus médicos.

Este é o modelo que rege a relação profissional de um clínico geral com um especialista: o primeiro recebe o paciente com suas queixas clínicas, trata-o e, na maior parte das vezes, o tratamento é resolutivo. Quando a complexidade da doença supera a experiência de um clínico geral, este o encaminha ao especialista.

São as escolas de medicina que têm de responder a esta proposta, a de instrumentar todos os médicos e desde o início da sua formação, a não perseguirem a cura a qualquer custo, a aceitarem com humildade que a vida é finita e que a morte é parte necessária do ciclo maior da existência, e que cuidar daqueles que se despedem da vida também é parte fundamental da sua nobre missão.

CAPÍTULO 3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

“Dedico este trabalho ao Professor Marco Tullio Barcellos de Assis Figueiredo, exemplo de médico e ser humano, que a partir do meu primeiro ano de graduação me ensinou a importância do cuidado integral, do olhar nos olhos, do toque afetuoso e do amor à profissão. Ensinou que a morte pode ser bonita, sem dor e perto das pessoas que amamos, e que nós podemos fazer a diferença, também nessa fase da vida.” (dedicatória na Dissertação de Mestrado da Enfa. Clara Maria Conde, defendida em 07.02.2013 na Escola de Enfermagem da UNIFESP). Ele era membro da Banca, e foi imediatamente após a sua fala que uma artéria em seu cérebro se fechou.

Este trabalho se configura como uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, modalidade instrumental.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, o Diário de Bordo da Disciplina de TanCP que contém a descrição das experiências em sala de aula e a análise documental do material produzido em sala (fevereiro de 2010 a novembro de 2013); os resultados dos questionários aplicados; a análise documental do material produzido ao longo das múltiplas atividades do Projeto “A Arte do Cuidar” (de fevereiro de 2011 a novembro de 2013); o Estatuto do Projeto e até mesmo as memórias dos seus membros.

A pesquisa qualitativa se ajusta com precisão à análise dos fenômenos próprios das ciências humanas, tais como o processo ensino-aprendizagem e suas consequências, objeto deste trabalho. O comportamento humano, intrinsecamente subjetivo e estribado em emoções, sentimentos e sensações, além de sujeito a interatividades múltiplas, não se presta a análises objetivas tais como as que respondem às indagações dos fenômenos naturais. A pesquisa de cunho qualitativo parte do princípio de que o ser humano interage ativamente com o meio que o circunda, modificando-o como consequência desta interação. Além do mais, defende que o ser humano em suas atitudes e sentimentos é bem menos previsível do que se possa imaginar, não se deixando desvendar, então, por variáveis matemáticas fixas e previsíveis.

Lüdke e André (1986) apontam as características básicas para que uma pesquisa seja vista como qualitativa:

- 1.** A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento.

2. Os dados coletados são predominantemente descritivos.
3. A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto.
4. O “significado” que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador.
5. A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo. Os pesquisadores não se preocupam em buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início dos estudos. As abstrações se formam ou se consolidam basicamente a partir da inspeção dos dados num processo de baixo para cima

Sob uma ótica diferenciada, mas não divergente da de Lüdke e André (1986) acerca das abordagens qualitativas, Martins e Bicudo (1989) vêem o pesquisador como aquele que deve perceber a si mesmo e à realidade que o cerca em termos de possibilidades e expectativas, e não só de objetividades e concretudes. A partir desta posição, afirmam que a pesquisa qualitativa dirige-se a fenômenos e não a fatos (MARTINS E BICUDO, 1989).

O vocábulo fenômeno tem origem na expressão grega *phainomenon*, derivada do verbo *phainestai* que quer dizer mostrar-se a si mesmo. Portanto, um fenômeno não é algo que se deixe desvelar por intrusões objetivas do pesquisador, mas pede dele as suas melhores capacidades de observação e reflexão, assim como o mínimo de “a priori”, na tentativa de captar o sentido e o significado da experiência, que é única. Deste ponto de vista, o pesquisador não é isento; ele faz parte ativa da experiência a partir das suas escolhas, por exemplo.

Um fato é um evento, uma ocorrência, uma realidade objetiva. Diz respeito a relações entre objetos, a dados empíricos já disponíveis e apreensíveis pela experiência, observáveis e mensuráveis. Assim pode o pesquisador se sentir isento e não interferente (GARNICA, 1997).

Uma pesquisa qualitativa não precisa, necessariamente, ter base fenomenológica (GARNICA, 1997). Entretanto, as duas posições metodológicas não são necessariamente opostas, mas podem ser vistas como complementares, talvez, adaptáveis a diferentes perguntas numa mesma pesquisa.

Por exemplo, se fosse objeto de um estudo a indagação a respeito de que fatores levam uma faculdade de medicina a desconsiderar as recomendações das DCN na formação dos seus alunos, ou se características tais como localização geográfica, fatores

socioeconômicos, doenças prevalentes na região, por exemplo, poderiam influenciar a escolha dos componentes curriculares das diversas faculdades, um método quantitativo teria mais a oferecer em termos de demonstração de possíveis evidências, do que um qualitativo, Agrupar as faculdades com grades curriculares semelhantes e verificar se as condições externas seriam também semelhantes, poderia trazer melhores respostas a este tipo de indagações.

Lüdke e André (1986) afirmam que, entre os diferentes tipos de pesquisa qualitativa, a pesquisa etnográfica e o estudo de caso “vêm ganhando crescente aceitação na área de educação, devido principalmente ao seu potencial para estudar as questões relacionadas à escola” (LÜDKE E ANDRÉ, 1986, p. 13).

Um estudo de caso deve ser escolhido quando se tratar de uma situação particular e única, de um fenômeno pouco comum no universo a ser estudado. “O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenvolver do estudo” (LÜDKE E ANDRÉ, 1986, p. 17).

Segundo as mesmas autoras:

1. Os estudos de caso visam à descoberta.
2. Os estudos de caso enfatizam a “interpretação em contexto”.
3. Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda.
4. Os estudos de caso usam uma variedade de fontes de informação.
5. Os estudos de caso revelam experiências vicárias (refletidas) e permitem generalizações naturalísticas.
6. Estudos de caso procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social.
7. Os relatos de estudo de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

Yin (1984) enfatiza que o tipo de questão que o estudo pretende analisar é determinante para a escolha do tipo da pesquisa. Ele define um estudo de caso como:

[...] uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência. (YIN, 1984, p.23).

Ele afirma, também, que há três situações onde o estudo de caso é indicado. A primeira ocorre quando o caso em pauta é crítico para testar uma hipótese ou teoria

previamente explicitada; a segunda, quando o fenômeno a ser estudado é raro ou único; a terceira, quando o pesquisador tem acesso a uma situação ou fenômeno até então inacessível à investigação científica (YIN, 1984).

Um estudo de caso usa uma multiplicidade de fontes para a coleta de dados e pode se apropriar de fatores externos ao fenômeno em estudo. Nem sempre um caso particular permite generalizações e nem esta é, particularmente, a vocação do estudo de caso. No entanto, é preciso buscar, num caso específico, o que possa se aproximar do universal e aproveitável para compor experiência em outros contextos (ALVES-MAZZOTTI, 2006).

Um estudo de caso também, ao ser relatado, utiliza diversas modalidades de expressão, tais como fotos, desenhos, slides, etc, numa linguagem informal ainda que rigorosa e fundamentada (OLIVEIRA, 1982).

Stake (2000) distingue três modalidades de estudos de caso, a partir das suas finalidades. Ele classifica um estudo de caso em intrínseco, instrumental ou coletivo. A modalidade instrumental é aquela cuja análise poderá facilitar a compreensão de algo mais amplo, uma vez que tem potencial para fornecer insights sobre um assunto ou para contestar uma generalização amplamente aceita, apresentando um caso que nela não se encaixa ou que tem o potencial para transformá-la.

Ao longo do período deste estudo, nem sempre foi possível completar o Diário de Bordo ao término de cada atividade. Entretanto ele permaneceu sendo, durante toda a pesquisa, instrumento precioso de análise dos procedimentos didáticos e suas notas me levaram muitas vezes a mudar assuntos ou estratégias em sala de aula ou nas atividades extracurriculares. Um Diário de Bordo, segundo Silva, 2001, p.53, “remete o sujeito para uma dimensão de auto-escuta de si mesmo, como se estivesse contando para si próprio suas experiências e as aprendizagens que construiu ao longo da vida, por meio do conhecimento de si”.

Lüdke e André (1986) discutem o caráter científico da técnica de observação, uma vez que as observações de cada pesquisador são extremamente pessoais, por influência de vários fatores como história de vida, bagagem cultural, grupo social a que pertence o pesquisador e, especialmente, aptidões e predileções (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 25). Entretanto, essa técnica é válida enquanto instrumento científico de investigação, desde que ela seja controlada e sistematizada, implicando “a existência de um planejamento cuidadoso do trabalho e uma preparação rigorosa do observador” (LÜDKE E ANDRÉ, 1986, p. 25).

Nesse estágio de preparo, o pesquisador deverá delimitar “o quê” e “o como” observar, definir o objeto e o foco da investigação, cabendo a ele também a escolha do grau de envolvimento com os indivíduos da pesquisa.

Segundo Gold (apud MOREIRA, 2002, p. 52-4), o pesquisador deve escolher, em relação ao objeto de pesquisa, por tornar-se:

- um participante completo;
- um participante como observador;
- um observador como participante;
- um observador total ou completo.

O papel de participante como observador se adapta ao tipo de pesquisa que envolve o ambiente de sala de aula. O pesquisador, com essa técnica, terá o livre trânsito no local, podendo realizar suas observações, interagir com os sujeitos até chegar à análise dos dados, obtendo ou não as conclusões de sua pesquisa (OLIVEIRA, 1982).

O meu papel como pesquisadora neste estudo se aproxima da modalidade participante como observador, por estar inserida na construção e apresentação das ações dos alunos, por ter-lhes revelado o meu interesse em estudar as suas atividades e, finalmente, porque a construção dos limites da pesquisa foi conjunta.

A participação enquanto observadora, segundo Moreira (2002), é “uma estratégia de campo que combina ao mesmo tempo a participação ativa com os sujeitos, a observação intensiva em ambientes naturais, entrevistas abertas informais e análise documental” (MOREIRA, 2002, p. 52).

Temo que nem sempre tenha havido a possibilidade de separar os papéis de professora e o de pesquisadora, especialmente quando uma ação dos alunos me encantava. A avaliação dos dados certamente sofrerá os efeitos desta proximidade. O cuidado com as análises e as conseqüentes conclusões, deverá ser uma proteção contra inferências mais emocionais do que racionais, o que roubará valor à desejável generalização da análise.

3.1 O Cenário da Pesquisa: A cidade de Itajubá e a Faculdade de Medicina

A cidade de Itajubá (MG), sede da Faculdade de Medicina objeto deste trabalho, data do início do séc. XIX.

Entre 1703 e 1705, Miguel Garcia de Almeida Cunha partiu de Taubaté (SP) em busca de ouro; ultrapassada a Mantiqueira, encontrou o que buscava e fixou-se por lá, dando o nome ao local onde se estabelecera, de Minas Novas de Itagybá ou, em respeito ao costume da época de colocar os locais sob a proteção de santos católicos, Nossa Senhora da Soledade de Itagybá (atual Delfim Moreira).

A atividade mineradora decresce com o tempo; em 1818 chega de São Paulo o Pe. Lourenço da Costa Moreira que se desloca, com os paroquianos, para a margem direita do Rio Sapucaí, local menos íngreme e de clima mais ameno, chamando o local de Arraial da Boa Vista de Itajubá.

O povoado cresceu rapidamente e se transformou em Freguesia em 1832, ano em que foi consagrado a Nossa. Senhora da Soledade; em 1862 a Freguesia é elevada à categoria de cidade. (ITAJUBÁ GUIA VIRTUAL, 2007).

Em 1960 o Dr. Roseburgo Romano chega a Itajubá e logo se une a outros médicos, com o sonho de construir um Hospital na cidade (só existia a Santa Casa local).

O grupo cria uma sociedade para a tarefa que se apresentava, denominada Hospital Itajubá Sociedade Anônima (HISA) e coloca ações à venda. A verba necessária foi rapidamente arrecadada, e se inicia a construção do Hospital em 31.12.1963. O então Governador de São Paulo, Laudo Natel, foi de grande auxílio na aquisição do material hospitalar necessário (AISI, 2013).

Em 1966, com o Hospital já quase concluído, pensou-se na criação de uma Faculdade de Medicina; os alunos excedentes dos vestibulares clamavam por mais vagas nos cursos de medicina (AISI, 2013).

A Fundação Theodomiro Santiago foi a primeira Mantenedora da Faculdade e em 01.04.1968 é oficialmente criada a Faculdade de Medicina de Itajubá que, anualmente, forma cerca de 80 médicos (AISI, 2013).

Hoje é a Associação de Integração Social de Itajubá (AISI), a mantenedora da Faculdade de Medicina e do Hospital Escola (AISI, 2013).

3.2 A Disciplina de TanCP na FMIIt: Um Percorso Histórico

A Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos se iniciou na FMIIt em fevereiro de 2010 por iniciativa dos seus gestores, Dr. Kleber Lincoln Gomes e Dra. Maria Christina Grieger. A então equipe gestora da referida faculdade tomara contato

com a filosofia dos CP no Hospital Premier (São Paulo) dirigido pelo Dr. Samir Salman, ex-aluno da FMIt, e que lá implantara Cuidados Paliativos a partir da orientação do Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo.

Para a criação da Disciplina curricular de TanCP na Faculdade e do Serviço de CP no Hospital Escola, foram convidados o Prof. Dr. Marco Tullio e eu, Profa. Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo. O Prof. Marco Tullio ficou responsável pelo desenvolvimento do Serviço de Cuidados Paliativos no Hospital Escola e eu pelas aulas na Faculdade.

Foi determinado pela Direção da Faculdade que a disciplina seria oferecida a alunos do primeiro, segundo e quarto anos, integralizando uma carga horária de 90h. Como as classes são divididas em duas turmas com cerca de 40 alunos (as classes têm em média 80 alunos), a cada 15 dias o mesmo conteúdo é repetido, e a carga horária alcança para cada aluno apenas 45h durante os 6 anos da graduação.

A primeira dificuldade foi montar o Programa do curso. Não há experiência consolidada no ensino de CP na graduação de medicina em que eu pudesse me apoiar. É verdade que, em parceria com o Prof. Dr. Marco Tullio durante os anos de 2007, 2008 e 2009, eu ministrara este curso na Unifesp. No entanto, algumas diferenças importantes havia entre as duas Instituições. Na Unifesp:

- o curso de Tanatologia e o de Cuidados Paliativos (na Unifesp disciplinas separadas) eram optativos, o que conferia um caráter de escolha aos alunos e parecia induzir neles maior interesse pelos assuntos;
- eram oferecidos a alunos de medicina, enfermagem e fisioterapia, o que fazia o ambiente de trabalho mais variado, com alunos trazendo diferentes experiências para a sala de aula;
- o número de vagas oferecidas em cada disciplina era pequeno (30 alunos);
- a porcentagem dos alunos de medicina nunca ultrapassou os 20% do total de vagas e, em parte (talvez) por isto, a sua participação era sensivelmente menor do que a dos alunos de outras áreas;
- como eram disciplinas optativas, o sistema de avaliação não obrigava à concessão de valores numéricos como demonstrativo de aproveitamento, permitindo-me o uso de conceitos mais amplos na mensuração do

aproveitamento, visto que muito do conteúdo das disciplinas era mais conceitual do que técnico;

- como uma Universidade pública, os alunos têm maior diversidade socioeconômica do que numa Faculdade privada, conferindo às classes maior variedade nas experiências de vida pregressa dos alunos.

Optamos, então, por assim distribuir a Disciplina de TanCP na FMIIt (**Anexos 2.1, 2.2 e 2.3**):

- para o primeiro ano, em 36h, Tanatologia, com o objetivo de levar aos alunos de medicina, desde o primeiro dia de aula, a noção de que a morte é algo natural e parte integrante do ciclo da vida. Pretende-se estimular a crítica reflexiva dos alunos sobre o paradigma vigente na medicina moderna de que a morte é a derrota do saber médico, antes que eles o vivenciem na sua prática essencialmente curativa. Considera-se o estudo da morte, pré-requisito essencial para a tarefa de abordá-la na busca de qualidade e de dignidade.
- para o segundo ano, em 36h, o conceito e os princípios dos Cuidados Paliativos, levando os alunos a compreenderem a importância do cuidado ao ser humano nos seus vários aspectos (físico, psíquico, social e espiritual) como complemento à busca exclusiva da cura das doenças do corpo, objeto principal da medicina moderna.
- para o quarto ano, em 18h, o aprendizado dos aspectos práticos dos Cuidados Paliativos: como medicar os doentes e acompanhar a família, como intermediar e balizar as decisões de final de vida, como interagir com a fase de terminalidade da doença e como acompanhar o doente até a morte e a família durante o luto, por exemplo.

A título de comparação, as planilhas **1, 2, 3, 4, 5 e 6** do **Anexo 3** mostram a carga horária de todas as disciplinas ao longo dos seis anos de graduação e evidenciam o espaço destinado a TanCP.

A exiguidade da carga horária curricular e a necessidade de propiciar atividades práticas aos alunos, além da dificuldade em disponibilizar-lhes material didático nacional de boa qualidade estimulou-me a construir com os alunos atividades mais ativas em sala de aula e a criar atividades extraclasse com frequência.

Isto se dá de duas maneiras, essencialmente:

- em sala de aula, estímulo constante aos alunos para que sejam ativos na construção do próprio aprendizado, através de contato com filmes, obras de arte, literatura, pesquisas de campo, debates, dramatizações, depoimentos, entrevistas, etc, sobre os assuntos do programa do curso. Estas atividades são frequentemente registradas em vídeo ou por escrito, e se constituem em parte do acervo didático da disciplina, podendo ser consultadas a qualquer momento. Com frequência, especialmente as atividades que são filmadas servem de material de consulta para outras turmas. Uma das fontes de consulta dos alunos são os Manuais de CP elaborados pelo Projeto “A Arte do Cuidar”;
- atividades extracurriculares, através da participação voluntária dos alunos na Liga de Cuidados Paliativos ou no Projeto “A Arte do Cuidar”.

A Liga de Cuidados Paliativos já existia na FMIIt desde 2007. Uma Liga Acadêmica tem como tarefa principal reforçar conceitos e expandir conhecimentos transmitidos pelas disciplinas curriculares, em reuniões bimensais de 1h de duração. Uma vez por ano a Liga tem o compromisso de organizar um evento científico aberto a todos os alunos. Tem um número fixo de membros (20), uma carga horária pequena e segue um Estatuto fixado para todas as Ligas da Faculdade. Estas circunstâncias faziam da Liga um veículo um tanto restrito para as necessidades da Disciplina. No entanto a Liga se manteve viva, e hoje é parceira importante do Projeto, ficando a seu cargo o preparo de aulas para a comunidade e as visitas a doentes institucionalizados.

O Projeto “A Arte do Cuidar” foi idealizado para suprir estas dificuldades. Ele não tem um número máximo de alunos nem carga horária pré-fixada, nem muito menos ações definidas de antemão. Para as nossas necessidades de criação e experimentação de recursos didáticos, ele sempre foi mais adequado do que a Liga.

O ano de 2011, o primeiro ano do Projeto, caracterizou-se fortemente pela discussão constante dos seus objetivos pelos alunos, orientados por mim. A ideia básica era, desde o início, que os alunos descobrissem a forma mais adequada de transmitir os conceitos por eles apreendidos aos demais colegas e futuramente à comunidade. Assim fazendo, que consolidassem o seu conhecimento, num processo contínuo de

aprendizagem-reflexão-ensino-aprendizagem. Os produtos oriundos do Projeto atestam os seus objetivos.

3.3 Descrição e Análise da Prática Docente: Experiências em Sala de Aula

Nos **Anexos 2.1, 2.2 e 2.3** estão os Planos de Ensino da Disciplina de TanCP I (1^o ano), TanCP II (2^o ano) e TanCP III (4^o ano). Os Planos de Ensino são exigência da Faculdade, constituem o currículo formal da Disciplina e devem ser seguidos com o máximo de fidelidade.

Entretanto, no dia a dia da sala de aula é bastante comum que um assunto demande maior ou menor tempo do que o previsto inicialmente. É possível que se inverta a ordem dos temas em função do maior ou menor interesse dos alunos; outros temas inicialmente não previstos se interpõem em meio aos já definidos. Como os alunos são estimulados a buscar notícias relativas aos assuntos da Disciplina, muitas vezes o tema da aula é modificado e com essa flexibilidade se constrói uma análise crítica e um conhecimento baseado num interesse real.

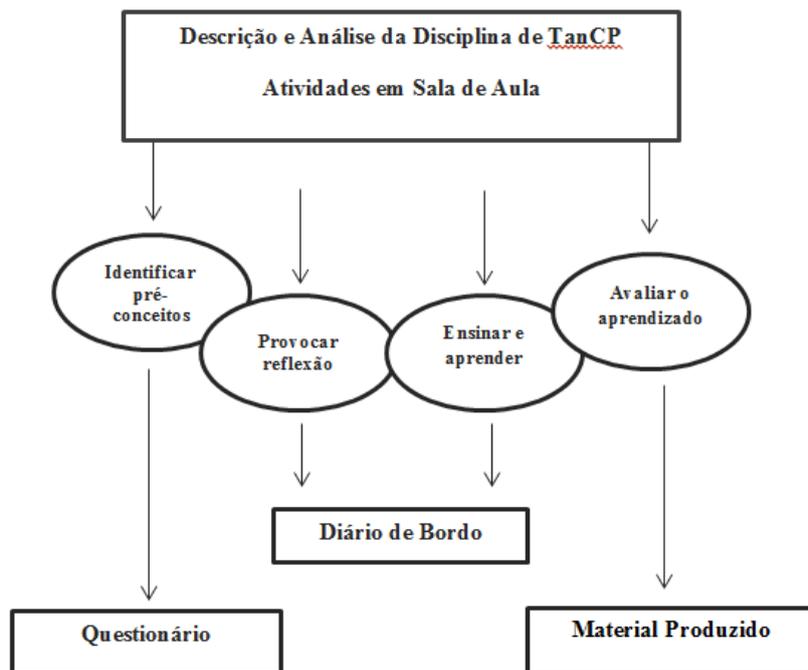
De qualquer forma os Planos de Ensino serão o pano de fundo para as experiências em sala de aula e para as ações do Projeto “A Arte do Cuidar”, objetos das análises deste trabalho.

Para os objetivos deste trabalho definiremos Disciplina escolar:

[...] como um conjunto de conhecimentos, elaborados por especialistas, identificado e dotado de organização própria para o estudo. Esse conhecimento, ao vincular-se à escola, estabelece novas relações de saber a partir das atividades de seus agentes principais, ou seja, de professores e alunos. (CARDOSO, 2006 p. 2).

Até o final do séc. XIX o termo “disciplina escolar” designava apenas a vigilância que se julgava necessárias nos estabelecimentos de ensino e sobre os alunos, buscando coibir práticas indesejáveis para a época. A partir de 1870 o verbo “disciplinar” passou a designar a formação da inteligência infantil. Nos primórdios do séc XX é que o termo passa a significar algo como conteúdo intelectual capaz de construir o conhecimento (CHERVEL, 1990).

Um quadro esquemático (**Quadro 3**) mostra como se processam as ações em sala de aula e como são analisadas:



Quadro 3 – Atividades da Disciplina TanCP em sala de aula

Alguns cenários, dentre muitos outros, tornam-se desafiadores na tarefa de sensibilizar os alunos para a Disciplina de TanCP na FMI:

- as turmas são grandes (cerca de 40 alunos em cada aula) e a carga horária é exígua;
- isto torna pouco viável ao aluno a prática junto ao doente, o que é recomendável a cursos como o de medicina;
- a ideia de que algumas disciplinas são mais importantes ou difíceis do que outras, ou os professores delas mais temidos do que outros;
- o paradigma vigente, entre os alunos, de que são importantes apenas algumas especialidades médicas, aquelas que trazem mais dinheiro e/ou evidência ao profissional;
- o fascínio da tecnologia médica, e o demérito que se confere às ações que não envolvem sofisticação tecnológica;
- a crença vigente na sociedade atual de que a ciência é a resposta final, única e verdadeira para todas as questões do homem;
- a idade média dos alunos, em plena fase psicológica de luta por objetivos heroicos;

- o desejo, nem sempre consciente no aluno, de vencer a morte;
- a ideia subliminar de que a morte do doente é a derrota do médico e da medicina;
- a dificuldade do paciente em encarar a própria doença e a ameaça da morte;
- os mecanismos de negação inconscientes que protegem o médico de pensar na sua própria finitude quando se aproxima da morte do outro.

Estas, entretanto, são apenas algumas das dificuldades que permeiam a construção das estratégias didáticas para o Ensino da Morte e dos Cuidados Paliativos (KOVÁCS, 1992).

O conteúdo de Cuidados Paliativos parece aos jovens um tanto mais palatável, porque se trata de diagnóstico e tratamento, ações que parecem mais “médicas” aos alunos; o de Tanatologia, no entanto, não só parece muito “filosófico” a uma geração a quem não se apresentaram muitas ferramentas de reflexão, como aborda um assunto de difícil aceitação, a Morte.

E aos alunos se apresenta, de maneira proposital, o conteúdo de Tanatologia exatamente no primeiro ano de formação, ou seja, precisamente ao iniciarem a vida acadêmica, ávidos pela promessa que a medicina lhes traz: o poder de curar.

Quando iniciam o seu período de formação, são jovens recém saídos da adolescência e ainda mergulhados no eco da onipotência da juventude: “tudo podemos, venceremos todos os obstáculos, inclusive o da morte”. Se não for delicadamente desconstruída, esta visão se perpetua e se transforma em condutas médicas desproporcionais, dolorosas e caras, na tentativa arrogante de prolongar a vida, sem critério.

Por outro lado, esta é a fase em que eles, via de regra, estão mais sensíveis às novas ideias e mais propensos a aceitar desafios; por isso mesmo, este é o momento adequado para propor o questionamento de paradigmas e para o convite à construção de novos cenários para o ensino-aprendizagem.

3.3.1 Identificando Pré-Conceitos

No primeiro dia de aula é aplicado a todos os 80 alunos do primeiro ano, recém chegados ao curso de medicina, o questionário que se vê no **Anexo 1**.

A cada ano, cerca de 56 deles (70%) respondem que não pensam na morte (**questão 1**). Surpresos com uma Disciplina da qual nunca ouviram falar, tendem a mostrar sinais de evitação do assunto da aula: dormem por alguns períodos, leem outra matéria “mais importante”, conversam, jogam os jogos eletrônicos no celular ou acessam as redes sociais. Alguns poucos se aproximam logo, conversam a respeito dos seus temores e se sensibilizam verdadeiramente para com a constatação de que é melhor aprender a lidar com mais naturalidade com estes assuntos. Alguns outros, mesmo desconfortáveis no início, participam das discussões, das atividades, e mostram crescente interesse em se envolver com o assunto. Estas reações mais cautelosas vão aos poucos sendo substituídas por atitudes progressivamente mais ativas e presentes, e o interesse geralmente vai substituindo o desconforto.

Restam outros a quem o assunto da Disciplina parece nunca tocar: mantêm-se distantes e desinteressados, pouco ou nada participam dos trabalhos de grupo e, quando são convidados a fazê-lo costumam deixar desconfortáveis os colegas do grupo, que têm que trabalhar em dobro.

Percebe-se também, na maioria deles, o hábito de esperar pela transmissão vertical de conteúdo seguida por avaliações escritas em datas fixas pré-determinadas. Perguntas como: “Tem prova nessa matéria?”, “Vai cair na prova?”, “Era pra estudar antes da aula?” são bastante comuns no início do ano letivo. Além do mais, “estudar a morte” parece, no mínimo, excêntrico e desnecessário para a maioria.

3.3.2 Provocando Interesse e Reflexão

Neste cenário, é fácil perceber a necessidade de provocar maior interesse dos alunos. A escolha por aulas com formato menos tradicional e o convite constante para que eles participem da construção quase artesanal do próprio conhecimento tornam-se obrigatórios. Para interessá-los são utilizados filmes, leitura de textos literários, visitas a cemitérios, teatralizações em sala de aula, entre outras atividades, que se transformam em sensibilizadoras e veículos de construção dos conceitos com os quais trabalharemos ao longo do curso.

Não deixa de ser vantajosa a quase inexistência de programas de ensino de Tanatologia e Cuidados Paliativos no curso de medicina. Os professores que se aventuram ao processo ensino-aprendizagem de tais Disciplinas têm que construir as suas ações em sala de aula sem a prisão dos “a priori”, dos programas e métodos de ensino consolidados.

No entanto, para não se correr o risco de romantizar a tarefa, é importante acentuar as várias vezes em que não se chega a resultados positivos, em que professores e alunos se perdem pelo caminho, da insegurança de não se pisar em terreno firme, do cansaço que esta busca incessante traz.

Mas “tudo vale a pena”, parafraseando Fernando Pessoa⁵, quando um aluno cria algo novo e se orgulha da sua criação (FIGUEIREDO, STANO, 2013b).

O fato de não existir, no currículo da maioria das escolas de medicina, espaço para o estudo da morte, sensibiliza os alunos para a importância de criarem, em conjunto com a professora, material didático para posterior compartilhamento. Sempre foi enfatizada aos alunos a oportunidade única de auxiliarem a outros graduandos no compartilhamento do conhecimento em si e do “conhecimento de como conhecer” sobre TanCP.

3.3.3 Ensinando para Aprender

Becker (2008) nos lembra que o aluno só aprende se buscar ativamente, a partir da ação e da reflexão sobre novos conceitos, construir ideias mais amplas e mais responsivas às indagações do momento.

Este processo se perpetua por toda a vida do indivíduo, e não apenas dentro do modelo tradicional de Educação. O conhecimento já consolidado abre espaço para o novo a cada aprendizado, em um ciclo constante de reconstrução.

⁵Fernando Pessoa (1888-1935), fragmento da poesia Mar Português:

Ó mar salgado, quanto do teu sal/São lágrimas de Portugal!/Por te cruzarmos, quantas mães choraram,/ Quantos filhos em vão rezaram!/Quantas noivas ficaram por casar/Para que fosses nosso, ó mar!/ Valeu a pena? Tudo vale a pena/Se a alma não é pequena./Quem quer passar além do Bojador/Tem que passar além da dor./Deus ao mar o perigo e o abismo deu,/Mas nele é que espelhou o céu.

Por que o professor age assim? Porque ele acredita – melhor, compreende (teoria) – que o aluno só aprenderá alguma coisa, isto é, construirá algum conhecimento novo, se ele agir e problematizar sua ação. Em outras palavras, ele sabe que há duas condições necessárias para que algum conhecimento novo seja construído: a) que o aluno aja (assimilação) sobre o material que o professor presume que tenha algo de cognitivamente interessante, ou melhor, significativo para o aluno; b) que o aluno responda para si mesmo às perturbações (acomodação) provocadas pela assimilação deste material, ou que o aluno se aproprie, neste segundo momento, não mais do material, mas dos mecanismos íntimos de suas ações sobre este material; este processo far-se-á por reflexionamento e reflexão, a partir das questões levantadas pelos próprios alunos e das perguntas levantadas pelo professor, e de todos os desdobramentos que daí ocorrerem. (BECKER, 2008 p. 50).

Quando o aluno é convidado a ensinar, então, se exacerbam estas oportunidades. Em primeiro lugar, porque precisa conhecer o que vai expor; depois precisa apresentar o conhecimento da forma como foi assimilado. Mais ainda, ele precisa estar preparado para as questões que lhe farão os aprendizes, sejam eles os alunos mais jovens ou membros da comunidade a quem eles se dirigem com frequência. Tudo isto faz com que o aluno que ensina construa conhecimento introjetado, próprio e, melhor: com vocabulário e processos mentais bastante semelhantes aos dos aprendizes.

3.3.4 Produzindo Material e Refletindo sobre o Aprendizado

Dentro e fora da sala de aula busca-se construir conhecimento de forma compartilhada. Os papéis tradicionais de professor (aquele que ensina) e de aluno (aquele que aprende) se intercambiam com fluidez, ficando a meu cargo todas as ações que pedem maior experiência sobre os assuntos da Disciplina. Mas em nenhum momento me cabe o domínio exclusivo do conteúdo.

Ao fim de cada ano letivo peço aos alunos que, por escrito e sem se identificarem, expressem as suas críticas e sugestões a respeito do conteúdo e dos recursos didáticos utilizados em cada Disciplina. A quase totalidade deles pede que permaneçam as atividades construídas em conjunto em sala de aula (debates, pesquisa e construção de textos, mobilizações, etc).

Aos poucos vai ficando evidente a disposição de um número crescente de alunos em se auto superarem na criação de estratégias menos formais para a transmissão de conhecimentos. Eles escolhem as melhores produções (em função de itens como clareza, transmissão de conceitos, interesse dos colegas, criatividade na elaboração do

método, por exemplo) que servirão como “aulas” aos alunos de outras séries. Os próprios criadores das estratégias as apresentam em outras classes, e recebem um certificado de palestrantes, o que é bastante apreciado pelo valor que estas atividades lhes conferem ao currículo. Vezes há, também, que um texto construído por eles se transforma em um pequeno artigo que é apresentado nos Congressos de Iniciação Científica da FMIIt ou é publicado num dos jornais locais.

Sem que se apercebam completamente disso num primeiro momento, os alunos se tornam, enquanto aprendem, ao mesmo tempo sujeitos deste aprendizado e veículos de multiplicação do conhecimento. Desta forma enriquecem o acervo didático da Disciplina e atingem os colegas, derrubando as barreiras do não conhecido mais rápida e eficazmente do que se o fizesse apenas eu, como professora. Desta forma experimentam a eficácia da *práxis* (da ação refletida e comprometida) na construção do conhecimento (FREIRE, 2011).

Não se trata de subversão de papéis, sem objetivo. Não se trata de “esquecer” o Plano de Ensino da Disciplina e vagar sem rumo por regiões inesperadas do conhecimento para onde nos leve, a mim e aos alunos, a curiosidade indisciplinada ou o prazer dissociado de objetivo. Trata-se, sim, de não aceitar o conhecimento imposto, trata-se de recriar por e para cada aluno os conceitos porque é apenas desta forma que eles se fixam e adquirem sentido; trata-se de buscar novas respostas para velhas perguntas e de construir novas perguntas para repensar velhas respostas. Trata-se de buscar, de ousar, de construir o mundo que se quer ou que se pode construir e não de apenas aceitar o já dito e o já feito.

Trata-se de cada educando se transformar em sujeito do próprio aprendizado, como nos ensinou Paulo Freire. (FREIRE, 2011). Sob esse entendimento,

[...] ensinar não é transferir *conhecimento*, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. [...] É preciso que [...] desde os começos do processo (de ensino-aprendizagem), vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e reforma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso ou acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. (FREIRE, 2011, p. 24-5).

Tal processo é mediado pela ação docente que orienta, seleciona fontes confiáveis de consulta e esclarece dúvidas. Para isto é preciso que o respeito pelo caminhar do aluno seja a base da relação entre a minha ação e o aprendizado dos alunos.

Importante é ressaltar que, como *transmissão oculta*, circulam pela relação professora – alunos valores éticos tais como respeito, atenção à singularidade de cada indivíduo, compartilhamento de conhecimento, apoio de uns aos outros, construção conjunta do conhecimento, entre outros. (SACRISTÁN, 1998).

É verdade que o professor que opte por escolher esta postura, terá que estar alinhado com uma concepção epistemológica muito distante da transmissão de conhecimento passiva e rígida do conhecimento oficial (BECKER, 2008).

Esta é uma questão bastante particular das escolas de medicina: os professores de faculdades de medicina, com frequência, são convidados a ensinar porque são bons médicos, e não por serem bons professores. Mesmo aqueles que se apressam a galgar os degraus da formação acadêmica, não costumam ter contato prolongado, nos programas de Mestrado e Doutorado, com o processo de formação de professores. Tornam-se, ao longo da vida profissional, cada vez melhores especialistas na área que escolheram para praticar e ensinar, mas nem sempre melhores mestres. Ou seja, são professores de medicina por mérito da sua competência técnica, mas poucas vezes percebem a necessidade ou têm oportunidade de investir na formação pedagógica (STANO, 2000).

É urgente a necessidade, ao se pensar em mudanças no currículo de formação médica, de privilegiar a formação didática do professor-médico. As concepções epistemológicas dos docentes, que correspondem à formação específica em medicina, determinam posturas em sala de aula e a maneira de veicular conhecimento, induzindo de forma inconsciente, muitas vezes, o perfil do futuro profissional.

Professores que apoiam as suas relações sujeito-objeto (professor-aluno) em apriorismo ou empirismo estritos, por exemplo, tendem a formar novos médicos que não responderão à necessidade social de maior sensibilidade para com as necessidades da comunidade e nem demonstrarão empenho em se envolver com a busca de soluções (PONTES, 2006).

A reflexão sobre melhores ferramentas de estímulo para a comunicação com os alunos é constante. A FMIt dispõe de um Portal Educacional bastante completo e por ele eram disponibilizados a todas as classes e desde o primeiro dia, o material didático de cada aula, além de material extra sobre os assuntos do programa. O convite para que os alunos postem material de interesse para a Disciplina é constante. No entanto, a utilização do Portal pelos alunos sempre foi insuficiente para o cumprimento das necessidades da Disciplina. Ao mesmo tempo era comum que alunos me enviassem,

pelo Facebook, material de ótima qualidade “garimpado” espontaneamente por alguns deles.

Não foi difícil perceber que a ferramenta predileta dos jovens de hoje, o Facebook, poderia se prestar a ser melhor veículo de comunicação do que o Portal em si. Dessa maneira foram, então, criadas comunidades de cada um dos anos letivos, e hoje a circulação de material didático se faz, com grande vantagem, pelo Facebook. Estes grupos são fechados e as regras de participação muito bem estabelecidas: não se permitem material ou discussões que não sejam diretamente relacionados aos assuntos da Disciplina, o respeito a opiniões conflitantes é obrigatório e a correção da linguagem é exigida.

Os endereços dos grupos do Facebook de 2013 podem ser visualizados no **Anexo 4**.

Todas essas estratégias têm sido bastante estimulantes para incrementar o interesse por parte dos alunos e para a fixação de conceitos que, desta forma, dependem em menor grau da carga horária pequena e da aspereza do assunto.

Uma proposta pedagógica relacional visa a sugar o mundo do educando para dentro do mundo conceitual do educador. Este mundo conceitual do educador sofre perturbações, mais ou menos profundas, com a assimilação deste conteúdo novo. A alternativa é: responder ou sucumbir. A resposta abre um novo mundo de criações. A não-resposta condena o professor às velhas fórmulas [...] e, conseqüentemente, à perda do significado de sua existência. A condição para que o professor responda está [...] numa crítica radical não só de seu modelo pedagógico, mas de sua concepção epistemológica. (BECKER, 2008, p. 55).

Ao longo dos quatro anos de existência da Disciplina de TanCP na FMI, percebem-se mudanças que não se podem atribuir apenas ao tempo decorrido. Estas mudanças, construídas sub-repticiamente às vezes, ativamente quase sempre, foram produto da participação conjunta dos alunos comigo em sala de aula e fora dela. Essas mudanças se manifestam em posturas mais ativas e interessadas dos alunos em sala de aula, na qualidade da produção durante as atividades rotineiras e oficiais de avaliação, em maior participação nas atividades extraclasse propiciadas pelo Projeto “A Arte do Cuidar”, no interesse crescente dos alunos em produzirem artigos científicos e participarem de Congressos da área, por exemplo.

E esta parceria para a construção do conhecimento não se limita aos atores diretamente envolvidos nela; ou seja, transcende os limites da escola e penetra fundo na sociedade e nos seus valores, interagindo diretamente com ela. Ainda que os alunos não saíssem da sala de aula, a sociedade estaria presente neles; saindo dela com frequência

então, como o fazem, mais ainda o meio social se torna aprendiz e professor, ao mesmo tempo, neste processo.

Chevallard (1985) conferia a esta participação da sociedade na educação, um papel predominante na construção do conhecimento. Para ele a sociedade plasmava os conceitos difundidos pela escola e o professor, num processo por ele denominado de *transposição didática*, apossava-se deles e os transmitia aos alunos.

Chervel (1990), opõe-se a esta visão e afirma que a escola, ela mesma, era capaz de criar uma cultura ímpar, original e singular, embora interagisse continuamente com a sociedade. Ele afirma:

Desde que se compreenda em toda a sua amplitude a noção de disciplina, desde que se reconheça que uma disciplina escolar comporta não somente as práticas docentes da aula, mas também as grandes finalidades que presidiram sua constituição e o fenômeno de aculturação de massas que ela determina, então a história das disciplinas escolares pode desempenhar um papel importante não somente na história da educação mas na história cultural. [...] O estudo dessas leva a pôr em evidência o caráter eminentemente criativo do sistema escolar, e portanto a classificar no estatuto dos acessórios a imagem de uma escola encerrada na passividade, de uma escola receptáculo dos subprodutos culturais da sociedade. [...] E porque o sistema escolar é detentor de um poder criativo insuficientemente valorizado até aqui é que ele desempenha na sociedade um papel que não se percebeu que era duplo: de fato ele forma não somente os indivíduos, mas também uma cultura que vem por sua vez penetrar, moldar, modificar a cultura da sociedade global. (CHERVEL, 1990, p. 184).

A prática da Disciplina de TanCP na FMIt hoje, de fato, não é a mesma que a dos primeiros tempos. O cenário social dos Cuidados Paliativos tem se modificado rapidamente ao longo destes anos, novas leis sobre o acesso dos doentes aos CP foram incorporadas e chegam ao conhecimento dos alunos, a mídia leiga divulga bem mais o assunto hoje do que antes, a comunidade da FMIt e da cidade de Itajubá recebe a ideia de falar da morte e de quem vai morrer com mais simpatia⁶. Estes fatores, entre outros, fazem com que novos cenários de ensino-aprendizagem se configurem para os alunos.

⁶ Desde que cheguei em Itajubá tenho me dedicado, além das aulas, a proferir palestras em outras faculdades da região, em Associações leigas, em Igrejas, onde quer que me convidem para esclarecer a necessidade do acesso da população aos Cuidados Paliativos. Escrevo também em dois Jornais locais, além de estar com frequência nas emissoras de rádio da cidade e no canal de TV local, com o objetivo de divulgar Cuidados Paliativos.

Eles mesmos, ano a ano, através das suas produções individuais e coletivas, através das suas críticas, alteram de alguma forma o conteúdo da Disciplina para os próximos anos. As suas contribuições espontâneas, principalmente através do grupo da classe no Facebook, são muito pertinentes e me permitem um material para as próximas aulas, do seu gosto e escolha.

Atualmente os alunos vêm se interessando cada vez mais em produzir artigos científicos sobre temas de CP; alguns decidem iniciar os seus trabalhos de conclusão de curso (TCCs) mais cedo, outros querem enviar os seus trabalhos a Congressos. No início vinham até mim com a vontade de pesquisar mas sem um objetivo claro; hoje é mais comum que já me tragam um assunto esboçado, que acaba por se mostrar válido para uma pesquisa.

O **Quadro 4** mostra alguns dos trabalhos mais adiantados.

Título Provisório	Autor Principal	Co-Autores	Orientadora	Co-Orientador
Influência da Disciplina de Cuidados Paliativos na Formação Médica do Brasil	Patrícia Vas Tostes Mendes	Luisa Coelho Marques de Oliveira, Naiane Toledo <u>Cardoso</u>	Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo	Paulo José de Oliveira Cortez
História dos Cuidados Paliativos no Brasil	Andressa Brunheroto	Gabriela Hernandez de Oliveira, Mariane <u>Tenaglia</u>	Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo	Paulo José de Oliveira Cortez
Implantação do Projeto “A Arte do Cuidar” na Faculdade de Medicina de Itajubá: a Transmissão do Conhecimento de Alunos para Alunos	Ana Livia da Silva Ferreira	XXX	Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo	Paulo José de Oliveira Cortez
Falando de Perdas para Crianças	Ana Flávia <u>Hostalácio</u>	Lais Novaes Ayres	Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo	Paulo José de Oliveira Cortez
Construção de Ferramenta Pedagógica em Sala de Aula	Marcos Vinícius Pires da Costa	Luiz Felipe Silveira, Luiz Henrique Galhardo, Matheus Henrique <u>Colepicolo</u>	Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo	Paulo José de Oliveira Cortez
A Terminalidade na Visão do Médico	Isadora Santos	Isabela Fadoni, Aline <u>Ruegger</u>	Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo	Paulo José de Oliveira Cortez

Quadro 4 – Alguns dos artigos científicos em elaboração, atividade do Projeto "A Arte do Cuidar"

Os quatro primeiros trabalhos listados no Quadro 4 foram aceitos para apresentação no 7º Congresso Latino-americano de Cuidados Paliativos que será realizado em Medellín (Colômbia), em março de 2014.

Para o desenvolvimento do quarto trabalho (Falando de Perdas para Crianças), embora a disponibilidade de literatura para esse fim não seja pequena, fez-se necessária a criação de um Gibi que conta a história da morte de um cãozinho de estimação de duas crianças, que elaboram o luto com o auxílio das conversas com o avô. Este Gibi foi inteiramente desenvolvido pelo Projeto “A Arte do Cuidar” e tornou-se o primeiro de uma série que se seguirá.

Entretanto, e não é com orgulho que observo, dentre todos os grupos em que os CP vão sendo conhecidos e respeitados, o dos médicos talvez seja o que menos se interessa pelo assunto. Como Cuidados Paliativos são prestados por equipes constituídas por profissionais diversos, muitos dos cursos de Pós Graduação no país são oferecidos aos vários profissionais; a presença de médicos é citada pelos organizadores como constantemente menor do que a dos demais. Em Congressos de CP, médicos e estudantes de medicina são, frequentemente, minoria.

Validar sentimentos e sensações, falar das coisas do espírito, curvar-se à chegada da morte com humildade e sem a falsa culpa de não ter sido capaz de vencê-la, são tarefas árduas para um profissional que, ao longo da história da profissão, já foi comparado a um sacerdote.

A Faculdade de Medicina de Itajubá não é exceção à regra. Da Direção e dos médicos antigos aos recém chegados, na Faculdade ou no Hospital Escola, muitas vezes apenas a polidez é a regra, e esta substitui o reconhecimento da importância da mensagem dos Cuidados Paliativos. Pacientes não são encaminhados ao incipiente Serviço de CP, que desta forma anda a passos lentos. A verba é sempre escassa para a estruturação da equipe, fazendo com que o trabalho clínico mal aconteça.

Os alunos pedem insistentemente, nas avaliações formais do final do ano letivo, por atividades práticas em beira de leito, que nem sempre podem ser substituídas, para efeito de aprendizado, por discussões de caso ou mesmo pela presença de pacientes ou de familiares que aceitem compartilhar as suas experiências em sala de aula.

Recentemente, por ocasião da formação de um grupo de trabalho para modificação da grade curricular (busca-se, por desejo da Diretoria, uma divisão mais marcada do curso em dois anos de disciplinas básicas, dois anos de disciplinas aplicadas e os últimos dois exclusivamente de prática em enfermagem), cogitou-se de transformar a disciplina de TanCP III com 18h/aluno, (momento de instrumentar os alunos sobre o tratamento de doentes em CP) em optativa. Trata-se de uma certa ideologia que define o currículo como espaço propício às lutas de poder.

[...] Na obra *Teachers and Texts*, Michael Apple denuncia o circuito de produção cultural analisando os manuais escolares e outros textos oficiais, não só através das diferentes etapas do circuito cultural, mas também as implicações sociais e políticas de tal circuito. Através desta análise, Michael Apple consegue mostrar ao leitor quão complexas são as relações de poder econômico, político e familiar, bem como o modo como tais intersecções conduzem à produção dos manuais e outros textos relacionados com as políticas educativas e curriculares. Uma análise que não só ajuda a esclarecer os significados subjacentes nos referidos manuais e textos, como ainda as implicações de tais significados no quotidiano da vida escolar, com a

consequente estigmatização de um clima e práticas de selectividade e segregação. (PARASKEVA, 2002, p. 114).

Neste ponto cabe a reflexão sobre a conveniência maior de tal Disciplina ser curricular ou optativa. Há prós e contras em relação a ambas as posições. Talvez o principal argumento a favor de uma disciplina optativa seja a qualidade do interesse dos alunos que se matriculem nela e o menor número deles, permitindo ações práticas mais frequentes e menor trabalho com maior eficácia em classe. Por outro lado, expor todos os alunos aos princípios dos Cuidados Paliativos pode ser um caminho mais rápido para a sensibilização dos futuros profissionais, mesmo daqueles que não pareçam interessados inicialmente.

3.4 Descrição e Análise do Projeto “A Arte do Cuidar”

Durante o ano de 2010, ao se manifestar com intensidade o interesse dos alunos em ter contato com a matéria fora da sala de aula e a partir do trabalho realizado por uma das atividades extraclasse, a Liga de Cuidados Paliativos (Liga de CP), percebeu-se a necessidade de ampliar a quantidade e a qualidade das informações e viu-se o desdobramento que a Disciplina poderia ter.

A Disciplina criou, então, oportunidade de estágios de uma semana em Serviços de Cuidados Paliativos do Rio de Janeiro e São Paulo no período de férias escolares, e alunos da Liga de CP puderam experimentar a prática dos CP junto ao paciente e à família, com excelentes resultados para a formação destes jovens. Entretanto, a dificuldade de estabelecer parcerias com Serviços interessados em propiciar estágios a alunos é constante e às vezes até parece se intensificar com o tempo, além do que os Serviços que aceitam ser nossos parceiros nem sempre suprem as nossas necessidades.

A cultura do ensino em CP a alunos de graduação é ainda frágil e mal tecida. Os profissionais destes Serviços parceiros parecem não sentir a responsabilidade formal da assistência aos alunos e podem suspender um estágio na última hora. Muitas vezes montam programas com carga horária pequena, excessivamente teóricos, com precário acompanhamento pelos profissionais do Serviço e, dessa forma, pouco interessantes para os alunos. Por outro lado, formalizar estes estágios (e assim tornar os Serviços mais responsáveis pelo estágio que oferecem) através dos Órgãos Públicos que mantêm os Serviços é de tal forma burocrático e sujeito a mudanças a cada solicitação, que permanece sendo “menos pior” caminho, o de mantê-los extraoficiais.

O interesse pela oportunidade de estágios práticos continuava crescendo e se percebeu que o momento era oportuno para a criação de um Projeto que desse vazão ao interesse crescente dos alunos e ao número cada vez maior de solicitações por mais contato com a matéria fora da sala de aula.

Na verdade, a “maternidade” do Projeto foi a proposta de criação de um Vídeo de CP por um aluno do primeiro ano no seu tempo livre, e com os recursos amadores que estavam ao seu alcance. Este aluno veio a se tornar o primeiro Presidente do Projeto quando da sua constituição oficial, em 2011 (Figura 19).

Quando da criação do Projeto, a nossa primeira ação foi definir os seus objetivos e as suas tarefas, coletivamente. Cerca de 70 alunos se apresentaram quando da primeira chamada, e embora eu tivesse um esboço mental do que eu supunha fosse a missão do Projeto, preferi desenhá-la em conjunto com os alunos.

No processo de construir os rumos do Projeto iam-se levantando as dúvidas e as necessidades dos alunos. Duas delas foram imediatamente identificadas: a necessidade de propiciar atividades práticas para consolidação dos conceitos aprendidos e a importância de construir material didático de qualidade, acessível a alunos de graduação.

Fazem hoje parte do escopo do Projeto “A Arte do Cuidar”:

- elaborar uma série de vídeos educativos sobre TanCP;
- produzir Manuais de CP para uso em sala de aula ou nas atividades junto à população. O primeiro Manual foi elaborado a partir do material originário das aulas de TanCP que os membros da Liga preparam ao longo do ano para as reuniões, como parte de suas atividades;
- cuidar para que estes Manuais, ao longo de alguns poucos anos, tenham qualidade suficiente para se transformar em pequenos livros;
- orientar alunos que pretendam produzir material para publicação em periódicos, para a elaboração do TCC ou para apresentação em Congressos;
- promover Cursos Extra Curriculares (para alunos ou para a comunidade) versando sobre assuntos ligados a TanCP;
- organizar os Saraus de CP que ocorrem anualmente em outubro, como comemoração do Dia Internacional de CP;

- coordenar os Estágios de observação em Cuidados Paliativos oferecidos aos alunos de todas as séries da Faculdade nos meses de janeiro e julho, em Serviços de Cuidados Paliativos pelo Brasil;
- elaborar outras atividades que se mostrem interessantes ao escopo do Projeto.

O **Quadro 5** mostra a produção dos alunos do Projeto A Arte do Cuidar.

Produto	Data	Descrição	Objetivo	Conceitos	Público Alvo
Produto 1	out/11	Manual "CP-Alunos ensinando Alunos" e Vídeo "Lições que dão vida aos dias-Série CP"	Sedimentar o aprendizado através da transmissão do conhecimento a outros.	Conceitos básicos de CP	Outros alunos e profissionais da Saúde, além de pessoas da comunidade
		"Manual do Cuidador de Idosos" e Vídeo "Cuidados Paliativos em Idosos"	Sedimentar o aprendizado através da transmissão do conhecimento a outros.	Conceitos básicos de CP em idosos	Outros alunos e profissionais da Saúde, além de pessoas da comunidade
Produto 3	out/13	"Manual do Cuidados de Crianças"	Sedimentar o aprendizado através da transmissão do conhecimento a outros.	Conceitos básicos de CP em crianças e história dos CP no mundo e no Brasil	Outros alunos e profissionais da Saúde, além de pessoas da comunidade
		Vídeo "A História dos CP-Prof. Dr. Marco Tulio de Assis Figueiredo"			
Produto 4	2012 a 2013	Vários Artigos Científicos em construção	Sedimentar o aprendizado e construir conhecimento científico	Conceitos de CP	Comunidade científica e/ou TCC
Produto 5	2013	Introduzir a discussão sobre perdas (incluindo a morte) entre crianças de 7 anos	Contribuir para maior contato dos futuros adultos com a morte	Como lidar com perdas e com a morte de forma mais natural	Escolas de Educação Infantil
Produto 6	2013	Cursos ministrados pelos alunos a cuidadores de idosos, a convite das Instituições da cidade	A pedido das Instituições, habilitar cuidadores a prestarem melhores CPs	Conceitos de CP e técnicas de cuidado integral ao paciente	Cuidadores de idosos, profissionais e/ou familiares
Produto 7	2011 a 2013	Relatório que cada aluno apresenta aos demais estagiários ao voltar dos estágios de CP	Reforçar o conhecimento prático obtido durante os estágios	Diagnóstico e tratamento dos pacientes de CP e cuidados à família	Outros alunos e Professora da Disciplina de TanCP
Produto 8	2011 a 2013	Sarau de CP (espetáculo artístico em comemoração ao Dia Internacional de CP)	Divulgar CP à comunidade leiga e aos demais profissionais da Saúde	A importância da Arte para o cuidado integral ao paciente e à família	Outros alunos, Professores da FMI e membros da comunidade
Produto 9	2013	Grupo aberto no Facebook	Divulgar material de estudo e estimular a interatividade dos alunos	Manter a atualidade das informações e orientar os trabalhos	Outros alunos e Professora da Disciplina de TanCP
Produto 10	2013	Site do Projeto	Divulgar CP à comunidade	Conceitos de CP, mostra do trabalho do Projeto, divulgação de material	Todos

Quadro 5 - Produção do Projeto A Arte do Cuidar até novembro de 2013

Constituem outras atividades do Projeto (ver Quadro 5):

- campanhas de conscientização da população sobre Cuidados Paliativos em 2011, 2012 e 2013, sob a forma de folders distribuídos ao público durante eventos voltados à comunidade;
- entrevistas para o jornal Itajubá Notícias e para o Canal 20 por ocasião dos eventos promovidos pelo Projeto;
- o Curso de Toque Terapêutico em fevereiro de 2011;
- o Curso de Comunicação em Libras, de março a junho de 2012;
- o Simpósio de Oncologia e Cuidados Paliativos, em março 2013.

No mês de outubro de 2011 o Projeto “A Arte do Cuidar” lançou o primeiro Manual e o primeiro Vídeo de Cuidados Paliativos. Ambos foram construídos inteiramente pelos alunos, com recursos quase artesanais. Nenhum dos alunos tivera antes experiência em edição de vídeos ou de livros. Eles buscaram as informações técnicas das quais necessitaram ao longo do trabalho e executaram eles mesmos todas as etapas.

O primeiro Vídeo tem a duração de 25 min e se constitui de uma narração feita por um aluno num dos estúdios de gravação da cidade (um dos nossos parceiros). A narração apresenta a história e os princípios dos Cuidados Paliativos, entremeada por imagens da Internet ou, quando possível, por fotos tiradas pelos alunos enquanto estagiavam nos Serviços de CP parceiros, durante as férias escolares.

O primeiro Manual tem o formato de uma pequena apostila, com 131 páginas. Contém 11 capítulos que abordam assuntos que constam do Plano de Ensino da Disciplina. Entre um capítulo e outro são inseridas uma foto, oriunda dos estágios, e um pequeno texto literário.



Figura 19 - Parte dos (as) alunos (as) do Projeto em 2011, e algumas das produções até julho de 2013

Fonte: Projeto “A Arte do Cuidar”, (2013)

Abaixo a transcrição literal do texto de apresentação do Projeto, que consta do primeiro Manual:

“O Projeto ‘A Arte do Cuidar’

Ter alunos às vezes me parece que é como ter filhos: a preocupação é a mesma (está bem?... não bebeu demais?... aprendeu o que é preciso prá ser feliz?...).

A ternura também é muito parecida (como está bonito(a)!... que orgulho!... que coisa linda ele(a) fez!...).

E este é o caso de agora: que orgulho da ousadia, da dedicação, da seriedade, do compromisso dos meus alunos...

Tudo começou em 2010, numa aula de Tanatologia com o primeiro ano: um dos alunos conta que fizera um vídeo no colegial, como TCC, e que gostara da experiência. Pergunta se eu gostaria de ver o vídeo, postado no Youtube, e me dá mais tarde o link.

Em casa, depois do jantar, vejo o vídeo. Ele mostra o dia a dia de uma Unidade da APAE na sua cidade. E me encanto! O trabalho é sensível, caloroso, delicado, se vê que foi feito com amor. Parecia com o trabalho que se faz em Cuidados Paliativos...

Na próxima aula eu o desafio: “você quer produzir um vídeo de Cuidados Paliativos? Existe tão pouco material da nossa terra, com a nossa realidade...”

Geralmente não se pede a um aluno que ensine o que aprendeu a outros alunos. Somos nós, os professores, que nos auto delegamos esta tarefa, e com exclusividade; nós sabemos, eles precisam aceitar que não sabem e aprender conosco...

Isto sempre me incomodou, ao longo da minha tarefa de ensinar! Pois se tantas e tantas vezes eles me ensinaram... Ora com as suas perguntas, ora com as suas deduções a partir do que ouviram... Eu sempre achei que um aluno interessado e motivado pode ser o melhor co-professor para os demais; afinal, ele tem a linguagem e a sensibilidade em relação aos processos de aprendizagem para os da sua idade, às vezes mais do que eu, distante deles na idade e na realidade do dia a dia...

O meu aluno aceita, e foi aí que tudo começou.

Rapidamente o Projeto do vídeo se estendeu para muitas outras ações; mais alunos iam se aproximando, pediam mais contato com a Disciplina, pediam bibliografia, pediam orientação para trabalhos... Neste mesmo ano (2010) é apresentado em pôster, no Congresso Acadêmico da FMI, um trabalho que provocou bastante interesse e que versava sobre Cuidados Paliativos...

*Prá encurtar, nasce o **Projeto ‘A Arte do Cuidar’** que, sob a minha responsabilidade final, se propõe a criar material pedagógico para os alunos de medicina, produzido por eles*

mesmos, por aqueles que já tiveram contato com a matéria, nas salas de aula e nos estágios práticos que a Disciplina oferece durante as férias escolares.

A chamada do Projeto é: ‘Alunos ensinando alunos’.

O Projeto acolhe várias ações: produção de vídeos educativos (atualmente o segundo vídeo está quase concluído), o Sarau de CP (anual, em outubro), os estágios de CP em hospitais de São Paulo e Rio de Janeiro, a organização de cursos, a produção de artigos científicos, a produção de Manuais (que em poucos anos se tornarão um livro, um pequeno Manual de CP) com material oriundo das aulas que ministram os alunos da Liga de Cuidados Paliativos aos seus colegas.

A organização deste Manual foi, desde o início, coordenada pela Anic, aluna do segundo ano quando o Projeto nasceu, em 2011. Poucas vezes eu vi tamanha garra e competência em pessoa tão jovem! Não sei se estaríamos hoje comemorando este feito, se não fossem ela e a sua pequena equipe de quatro outros alunos escolhidos por ela...

E nada foi fácil, nesta empreitada: tivemos que corrigir conceitos e português, exigir prazos, tirar gente (e, neste caso era a Anic quem escrevia o capítulo que não chegava nunca), aprender a formatar um livro... Sei lá mais o que...

Tenho certeza de que cometemos erros nesta empreitada corajosa; sei que os acharemos logo, e que os leitores os acharão até antes de nós! No entanto, o orgulho é o mesmo: demos a luz a um filho saudável, bonito, que vai crescer e nos ensinar a ser pais e mães cada vez melhores, ano após ano...

Obrigada aos alunos que escreveram os textos; sei que não foi fácil, e que muitas vezes deixaram de ir ao Alba prá cumprir os prazos...

Obrigada, do fundo do coração, a todos os alunos que me propiciaram ver um sonho tornado realidade: isto não tem preço!

Obrigada ao estímulo constante que tenho recebido da Faculdade através da Direção, dos colegas e dos funcionários; obrigada à Chris, que bem podia ter ficado um pouquinho mais, só prá ver no que foi que deu a sua ideia; obrigada ao meu chefe, o Titular da Disciplina, Prof. Dr. Marco Tullio, que me orgulha profundamente chamar de marido na intimidade!

Ah, o aluno do vídeo é o Otávio, hoje do segundo ano, o atual (e competente) Presidente do Projeto...

*Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo
Profa. Assistente de Tanatologia e Cuidados Paliativos
Faculdade de Medicina de Itajubá
Inverno de 2011”*

O segundo Vídeo e o segundo Manual, lançados em outubro de 2012, versam sobre Cuidados aos Idosos, e se voltam a um público que carece de material de apoio: os cuidadores (profissionais ou familiares) de idosos.

O terceiro Manual, lançado em outubro de 2013, destina-se aos cuidadores de crianças. O Vídeo seguiria o mesmo tema do Manual, mas os alunos decidiram contar a história de vida do Prof. Marco Tullio de Assis Figueiredo, como uma homenagem ao Mestre que ele foi.

Ao mesmo tempo do preparo deste material, outras ações ocorriam em paralelo.

Os estágios em Serviços de Cuidados Paliativos ocorrem nos meses de julho e janeiro (2 a 3 alunos a cada semana) de cada ano; são abertos a todos os alunos da Faculdade, desde o primeiro ano da graduação. Trata-se de um estágio observacional em todos os Serviços, uma vez que nem todos os alunos já receberam as noções mínimas de diagnóstico e tratamento de doenças.

Se o aluno já está em uma série mais avançada, são-lhe oferecidas durante o estágio, oportunidades de se envolverem também com diagnóstico e tratamento. Os profissionais das Instituições parceiras se encarregam de envolver os alunos nas visitas aos doentes, nas discussões de caso, nas conversas com as famílias, etc. Alguns desses parceiros montam um esquema de estudo dirigido para os alunos, baseado nos pacientes que são visitados.

Os alunos, de volta à Faculdade, relatam as suas experiências em uma reunião programada, com o objetivo de consolidar o aprendizado de Cuidados Paliativos. Elaboram também um Relatório de Estágio, que passa a constituir o acervo do Projeto. Estes alunos são convidados, nas aulas em que se fala dos diversos modelos de atendimento em CP, a relatarem o que experimentaram durante o estágio aos colegas da mesma classe ou até mesmo de outras classes que não a sua própria.

No caso em que alunos “dão aula” para os colegas de outras séries (o que ocorre sempre que uma atividade executada por um aluno ou um grupo de alunos é bem avaliada pelos colegas da classe), é conferido um certificado que atesta a atuação dos referidos alunos, o que é bastante apreciado por eles pelo valor para o currículo.

Em 2013 os alunos do Projeto “A Arte do Cuidar” foram convidados pela Direção do Lar da Providência em Itajubá, um Lar de Idosos, a montar um Curso de Cuidados Paliativos, depois que a Direção tomou conhecimento do segundo Manual. No momento eles estão se organizando para aceitar o convite de outras duas Instituições de Itajubá, um outro Lar de Idosos e um de Crianças. Estas são algumas das ações

“extramuros” do Projeto, onde os alunos atuam diretamente junto à comunidade leiga, na função de educadores.

Eles são, então, educadores dos colegas e educadores da comunidade; desta forma educam-se cada vez mais a si mesmos, durante a construção do aprendizado do outro.

3.5 Arte e Ciência: a Arte do Cuidar

A Disciplina de TanCP tem usado intensamente do recurso da Arte: todos os Manuais têm, entre os seus capítulos, uma foto e um texto literário que anunciam o próximo assunto; os Saraus anuais em comemoração ao Dia Internacional de Cuidados Paliativos são um mergulho na música, na dança, na poesia, no canto, e o fio condutor do espetáculo é sempre o cuidado com a doença e a morte; os cursos promovidos pelo Projeto “A Arte do Cuidar”, que são também abertos à comunidade, versam muitas vezes sobre Terapias Complementares (técnicas ainda não oficiais para a medicina), como Musicoterapia, Terapias Florais, Reiki, Toque Terapêutico, Meditação, Yoga, entre outras, bastante utilizadas em Cuidados Paliativos, especialmente pelo seu caráter terapêutico integral e não invasivo.

Em 1807, o célebre naturalista Alexander von Humboldt trouxe a público um pequeno livro intitulado *Ansichten der Natur* (Quadros da Natureza), resultado de mais de cinco anos de pesquisas realizadas durante sua viagem pelo continente Americano. Nele ele pretendia levar aos leitores a emoção que experimentara ao percorrer os locais onde registrara os seus dados. O autor procurava compor no livro uma “pintura”, um “quadro” que colocasse “diante dos olhos do leitor” a Natureza tal como ela aparecia em sua totalidade nos sítios visitados, com sua organização específica e em toda a sua vivacidade.

Ele escreve no Prefácio do pequeno livro:

Timidamente entrego ao público uma série de trabalhos, criados diante de grandes objetos da natureza, no Oceano, nas florestas do Orinoco, nas estepes da Venezuela, nos desertos das montanhas peruanas e mexicanas. Alguns fragmentos foram escritos no local e novamente fundidos em uma totalidade. O grande panorama da Natureza, a prova da ação conjunta das Forças e a renovação do prazer que a visão não mediada dos trópicos proporciona ao homem de sentimento, são os objetivos que persigo. (MATTOS, 2004).

Entre 1805 e 1839 ele publicou em Paris o detalhado relato da sua expedição, sob o título de *Voyage de Humboldt et Bonpland*, uma alentada obra em 30 volumes.

Isto não o impediu de julgar necessário transmitir aos leitores, sob forma de relato pessoal e emocionado, as suas impressões. Também ele compreendia a Arte, tanto quanto a Ciência, como necessária à construção do saber do homem.

Quando os alunos pesquisam sobre rituais de morte em diversas culturas, a intenção é que eles percebam a importância dos ritos para a elaboração das perdas afetivas do homem e que aprendam sobre a diversidade de expressão e o respeito que se deve ter a esta diversidade.

Quando eles, em sala de aula e em grupos de 10, teatralizam o que aprenderam com as suas pesquisas para os colegas, usam de recursos artísticos múltiplos: jogos de luzes, sons, músicas, vídeos. Assim fazendo, além de impactarem aos colegas e a mim com a visão de uma cerimônia à qual muitos não teriam acesso, incorporam o seu próprio modo de agir, pensar e sentir àquele contexto que reproduzem. Assim fixam melhor o que encontraram nas suas pesquisas mas, talvez mais importante do que isso, reproduzem a criação de ritos e os transformam em pessoais. Ou seja, constroem saberes pessoais e não apenas absorvem um saber coletivo.

Quando, no segundo ano, antes do início de cada aula, um aluno lê um trecho de um livro que fala da experiência de uma criança com câncer e que morrerá no 12^o capítulo, exatamente no dia da aula de Cuidados Paliativos para a Criança com Câncer, fica bem mais possível que todos tenham se colocado aos poucos na figura desta criança, com as suas dores, os seus medos e a sua compreensão resignada do significado da morte. É possível que tratem com mais empatia uma futura criança, com câncer ou não.

Na FMI uma aluna (hoje no quinto ano), em criança teve um câncer bastante comum para a idade e é acompanhada até hoje em um famoso hospital para tratamento de câncer infantil em São Paulo. Ela foi uma das primeiras estagiárias do Projeto “A Arte do Cuidar”, e exatamente para este hospital. Desde os primeiros anos ela dizia que seria oncologista infantil; hoje ela diz que saberá fazer também Cuidados Paliativos para os seus pequenos pacientes. A experiência pessoal de um médico acometido por uma doença grave, com as limitações causadas por ela, com os sentimentos negativos que o adoecer faz surgir e, especialmente, a lembrança de um cuidado amoroso, certamente deixa marcas no espírito do profissional e comanda a sua atuação a partir de então.

Num outro momento, uma aluna então do primeiro ano, conta numa das aulas que tem sido há anos a cuidadora principal da mãe, portadora de uma doença degenerativa grave e progressiva. Diz também que a mãe e ela estão bem, justamente

porque não se escondem da doença nem do sofrimento que ela causa. Oferece-se para compartilhar a sua história com os alunos e, num dia previamente escolhido em função da conveniência da mãe, elas contam durante um tempo enorme a um grupo grande de alunos que mal respiram ou se mexem nas cadeiras, a sua experiência comum.

O impacto sobre os alunos (e sobre mim) foi imenso. É alguém como eles, com eles, e que enfrenta com dignidade uma tragédia, mantendo o humor, a esperança e a amorosidade. É alguém, jovem como eles, que afirma que acompanhar a mãe a consultas médicas desde menina, permite hoje a ela saber do que precisa um médico para ser amado pelo doente e pela família que sofrem.

E no primeiro ano, aula a aula, quando igualmente cada aluno lê um capítulo de uma lenda indiana que fala da caminhada de uma mulher acompanhada pelo seu Guru, na tentativa de visitar o Senhor da Morte e implorar a ele que não leve o seu jovem marido, os alunos acompanham, semana após semana, o processo de compreensão da esposa (mediado pelo Guru) de que a morte, embora sofrida, é natural e necessária.

No quarto ano os alunos leem o livro Bilhete de Plataforma, do Dr. Derek Doyle (DOYLE, 2009). No último dia de aula eles entregam um texto produzido por eles mesmos e sob forma de uma crônica, contando a história fictícia de um paciente em Cuidados Paliativos de quem eles tenham, imaginariamente, cuidado por algum tempo. Esta é a principal atividade de avaliação final, onde eles expressam, sob forma literária, todo o conhecimento que obtiveram ao longo do curso.

Como no quarto ano o contato com doentes é muito mais frequente e íntimo, a recomendação é que eles desçam a detalhes da história de vida pessoal e familiar do doente imaginário, além de uma história clínica acurada e o seguimento do doente por algum tempo.

Esta atividade parece tocá-los emocionalmente, porque eles dizem que se sentiram, enquanto montavam o texto, verdadeiramente os médicos daquele doente e daquela família, expostos à dor e ao sofrimento causados pela doença. No mesmo dia eles entregam a avaliação da Disciplina, feita em casa, e uma boa parte dela é dedicada a este exercício.

Quando os alunos do Projeto “A Arte do Cuidar” produzem e encenam o espetáculo teatral ao qual damos o nome de Sarau e que é apresentado no mês de outubro, ano a ano, em homenagem ao Mês Internacional de CP, eles estão falando de dor e de morte, mas também de amor e de cuidado pelo doente. E o fazem através da poesia, da música, da dança, numa estreita ligação do coração com a mente.

Assim eles incorporam conceitos e constroem posturas ativamente, de forma similar à que fariam no contato com um doente e uma família reais, e as precariedades de tempo e de estrutura da Disciplina de TanCP tornam-se oportunidades de criação artística.

Os melhores textos produzidos por eles compõem o projeto de publicação de um futuro livro que se intitulará *Nossos alunos e eu*, que editarei logo mais.

O uso do pronome “nossos” ao invés de “meus”, é proposital.

Estes e todos os alunos não são apenas “meus”. Eles são “nossos”, sem sombra de dúvida: são alunos deles mesmos, das suas famílias, dos seus doentes, das famílias dos seus doentes, dos livros que leem, do material que produzem em sala de aula e fora dela, dos estágios que fazem, etc.

São alunos da Vida, afinal, com a sua rica complexidade!

3.6 A Construção de Uma Comunidade de Aprendizagem

Hoje em dia sabe-se que a transferência de conhecimentos não é automática, adquire-se por meio do exercício e de uma prática reflexiva, em situações que possibilitam mobilizar saberes, transpô-los, combiná-los, inventar uma estratégia original a partir de recursos que não a contêm e não a ditam (PERRENOUD, 2000).

O conceito de Comunidade de Aprendizagem (CA) não é novo; autores como CARL ROGERS (1984), VYGOTSKY (1978) e DEWEY (2002), defendem a ideia de que o aprendizado é um processo essencialmente social e colaborativo.

Uma CA, para o propósito deste trabalho, pode ser definida desta forma:

Comunidades de Aprendizagem são constituídas por pessoas que compartilham propósitos comuns. Elas colaboram para maximizar os pontos fortes de cada pessoa no que diz respeito a uma variedade de aspectos e ativamente promovem oportunidades de aprendizagem. O resultado é a criação de sinergia vibrante que incrementa o potencial de todos os membros e cria a possibilidade de que novos conhecimentos sejam criados. (tradução livre) (KILPATRICK, BARRETT & JONES, 2003, p. 11)

As ações dos alunos da Disciplina de TanCP, seja em sala de aula ou na construção das ações extracurriculares, frequentemente se fazem em conjunto.

É interessante observá-los de perto: sempre há os grupos cujos membros são ativos e complementares, e há também aqueles em que cada um dos membros parece “se esconder” das tarefas propostas. Também se percebe que o mesmo grupo trabalha muito bem um assunto, e não necessariamente o faz quando a demanda é diferente. Há

os tímidos, há aqueles para quem todo espaço é pouco, há os que sabem apenas dar ordens...

Mas qualquer que seja o estilo do grupo, o trabalho comum vai moldando sutilmente indivíduos mais colaborativos; às vezes parece até que o grupo constrói uma “identidade coletiva” mais interessante (e interessada) do que as personalidades individuais.

O uso criativo da competitividade natural do ser humano muitas vezes estabelece objetivos que vão se tornando mais elevados à medida que em os grupos de alunos em classe ou durante a execução das tarefas do Projeto “A Arte do Cuidar”, ao longo do ano, vão construindo conhecimentos.

Neste contexto tem que haver também aulas teóricas; mas quando elas acontecem depois de algum tempo de trabalho conjunto, elas também se tornam naturalmente mais interativas.

Catela (2011) refere que, para que se forme uma CA, três critérios são essenciais;

- um espaço (físico ou virtual) de partilha e construção de conhecimento que seja comum;
- a construção efetiva de conhecimento que acontece em um ambiente de partilha, de interação, de pertença, de apoio mútuo e de compartilhamento de experiências;
- a percepção de que a aprendizagem ocorre ao longo do tempo, como construção comum.

Assim a escola abre as portas, quebra os muros e se envolve com o meio de onde nasceu, com os cidadãos de carne e osso que encontra pelo caminho do ensino-aprendizagem e cumpre melhor a sua missão histórica. Desta forma os indivíduos serão melhor preparados “[...] para a sociedade do conhecimento e para a autoformação (saber conhecer, saber fazer, saber viver em comum e saber ser) ao longo da vida, no decurso da qual assumirão actividades profissionais diversas” (LIMA & CAPITÃO, 2003, p. 57).

Magdalena e Costa (2005) dizem, a respeito de Comunidades de Aprendizagem:

É interessante ressaltar que essas novas formas de aprender que estão surgindo, aproximam-se, cada vez mais, da maneira com que os seres humanos constroem naturalmente a sua inteligência. Por isso mesmo, talvez não sejam “novas formas” e sim um efetivo enriquecimento das formas naturais de aprender, uma vez que a inteligência se desenvolve sempre na e pela interação, fator não reconhecido ou considerado pelo ensino tradicional. (MAGDALENA E COSTA, 2005, p. 4).

Um fenômeno interessante é perceber os alunos “se apossando” das ideias e das ações, de maneira que, quando se envolvem desta forma e neste contexto, tudo passa a ser “nosso”. O Projeto “A Arte do Cuidar”, enquanto ideia original e primeiras ações, de há muito deixou de ser “meu”, e os alunos que saem do Projeto (eles querem ter outras experiências, em outras áreas da medicina ou chegam ao Internato, onde o tempo é muito curto) tomam um imenso cuidado em transmitir a quem vai substituí-los, a experiência acumulada.

Tornou-se tão preciosa para eles a história do Projeto “A Arte do Cuidar”, ao mesmo tempo em que um rico material se acumulava, que a Diretoria do Projeto sugeriu criar mais uma função: hoje temos um responsável pela coleta, organização e guarda desse material, além da divulgação do Projeto. Este aluno cuida da construção do site que a Diretoria julgou necessário que existisse (**Anexo 4**), da alimentação contínua do mesmo e do cuidado ao acervo acumulado ao longo destes três anos. Há muito tempo eles mesmos percebem as necessidades que se apresentam a cada momento e sugerem melhorias, tornando a minha intervenção menos necessária.

O quadro abaixo (**Quadro 6**) destaca a conformação de uma Comunidade de Aprendizagem, quando se observam as ações da Disciplina de TanCP em sala de aula ou durante as atividades extracurriculares.

Comunidade de Aprendizagem	Atividades do Projeto/Sala de Aula
Relação teoria/prática	Pesquisas para textos ou vídeos
	Discussões em classe
	Produção de manuais, vídeos, <u>teatros</u>
	Construção dos textos
	Aulas para a comunidade
Construção coletiva e colaborativa	Constituição das equipes
	Elaboração de material/aulas
	Construção de textos
Promoção de Aprendizagem	Produção de manuais e vídeos
	Aulas para a comunidade
	Sarau de Cuidados Paliativos
	"Panfletagem" nos eventos
	Organização de Cursos
Uso de <u>TICs</u>	Grupos <u>das classe no Facebook</u>
	Site do Projeto A Arte do Cuidar
	Produção de material <u>áudio-visual</u>

Quadro 6 – Constituição de uma Comunidade de Aprendizagem

Há intensa relação e interação entre teoria e prática, nas ações no Projeto ou em sala de aula. Nas pesquisas que fazem para a construção dos textos ou das aulas para os colegas, nos debates formais ou espontâneos que se estabelecem entre eles, na produção de material em vídeo ou em texto, a todo momento eles estabelecem conexões entre o conhecimento teórico e a prática deste saber adquirido, de tal forma que a resultante é algo pessoal e forjado no compartilhamento.

Como são alunos com bom poder aquisitivo, via de regra, acabam por incorporar material de viagens, estágios em hospitais às vezes até no exterior, com um grande enriquecimento do acervo a partir das suas contribuições.

Há poucos meses o assunto de uma aula era Ritos de Morte. Nesta classe de primeiro ano (2013) existem alguns alunos que moraram fora do país, um deles na Índia e outro no México. Eles se apresentaram, então, para dramatizar os ritos de morte dos dois países. Juntaram-se a mais alunos e “treinaram” os demais nas nuances das culturas que os dois alunos conheciam bem. Construíram roupas, objetos de culto, comidas, e tudo tinha uma fidelidade quase perfeita.

A construção conjunta e colaborativa é a regra. As equipes tendem a ser sempre constituídas por amigos, por colegas de república, etc. Entretanto, eles concordam comigo em diversificar os membros do grupo com frequência e a perceberem a

qualidade da colaboração que acontece com pessoas diferentes nos grupos. Com o tempo eles mesmos selecionam pessoas diferentes para cada objetivo proposto.

Às vezes são construídos textos comunitários, geralmente com extratos de cada texto individual, por exemplo. Alguns alunos ficam responsáveis por esta construção. Os textos assim montados, geralmente são publicados nos meios de divulgação disponíveis.

Um fato interessante e, para os jovens, intensamente motivador, é o uso de tecnologias de comunicação e informação (TICs) no ensino e no aprendizado. Eles produzem material audiovisual de ótima qualidade, constroem o site do Projeto, configuram o Dropbox onde guardamos o acervo digital, por exemplo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCAMINHAMENTOS

Chegou a hora.
Deixem que eu parta, sem pesares.
Enxuguem as lágrimas, sorriam...
Deixem que eu suba leve, feliz,
rumo à eternidade
onde não há dores nem medo.
Impulsionem-me com a certeza
da missão cumprida.
Dei-lhes todo o meu ser,
meus princípios, minha crença,
minhas vontades e meu amor.
Fui fagulha... mantenham a chama acesa.
Fui alicerce... continuem a construção.
Fui elo... fortifiquem a corrente.
Estarei assistindo.
Estarei amparando.
Estarei seguindo bem de perto.
Estarei amando-os, como sempre.
Eternamente.
Helena de Arruda

Poema lido no velório do Marco em 20.02.2013, no Auditório Albert Sabin da FMIIt.

Os capítulos anteriores nos levaram, desde o tempo dos mitos até hoje, a perceber a dificuldade que tem o homem de olhar a morte de frente. Por efeito do medo, talvez, hoje quem morre é rejeitado por muitos, até mesmo pela medicina. Esta prefere apostar apenas na cura do corpo porque a ciência, valor maior dos tempos modernos, a cada dia oferece mais e mais recursos para a manutenção da vida física.

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. Esta fantasia é preciosa porque nos parece um antídoto eficaz contra a nossa sensação de fragilidade. Poucos de nós se lembram 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).

Frente a uma sociedade que vem barganhando cada vez mais os seus antigos valores espirituais pelos científicos, prolongar a vida nos torna, qual um Prometeu que rouba o fogo dos deuses, quase invencíveis.

A Ciência, definitivamente, parece ao homem moderno mais sofisticada, concreta e confiável do que a Espiritualidade, com os seus valores impalpáveis e sujeitos aos humores da fé.

Entretanto, para que não haja perdas nessa transição, é possível que seja esta a forma de se manter, no inconsciente da humanidade, a semelhança do homem com os deuses, agora substituídos pelo Deus Ciência, mas que promete igualmente a vida eterna.

Entretanto, é cabível perguntar: de que vida se trata, essa que se prolonga indefinidamente nas UTIs sofisticadas dos hospitais modernos?

É lícito interrogar: a quem serve essa medicina tecnológica de hoje com os seus incríveis avanços, no momento em que a cura da doença não mais se afigura possível? Ao doente certamente que não; à sua família, aos seus amigos, à sociedade enfim, também não parece ser!

Urge indagar: e aos profissionais de saúde, em especial aos médicos, razão deste trabalho, servirá a eles a medicina moderna, se e quando quiserem confortar a quem morre?

São perguntas incômodas, são questões delicadas, mas é preciso questionar convicções.

“A sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, está criando, contraditoriamente, cada vez mais incomunicação e solidão entre as pessoas” (BOFF, 2011, p. 11).

O materialismo não tem trazido mais felicidade ao mundo; a educação popularizada não concedeu às pessoas maior possibilidade de escolha e nem mesmo melhores critérios éticos se impuseram.

O conhecimento científico crescente nos confere mais poder, é certo; “mas a serviço de que projeto de ser humano, de sociedade e de mundo utilizamos o poder da ciência e da técnica?” (BOFF, 2011, p. 22). Porque “[...] Ela (a humanidade) encurtou a realidade ao tamanho dos cinco sentidos, organizados pela razão analítica” (BOFF, 2011, p. 24) e com isso se empobreceu e deixou de cultivar valores que transcendem e conferem sentido à existência.

A UNESCO tem demonstrado preocupação com a crescente fragmentação do conhecimento e do ensino (universitários), e para propiciar a reflexão necessária criou a *Comissão Internacional sobre Educação para o séc. XXI*. Esta Comissão, coordenada por Jacques Delors, produziu o relatório *Educação: um tesouro a descobrir* que elabora recomendações estruturadas sobre os seguintes eixos: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto, aprender a ser (DELORS et al, 2001).

Entretanto, os sistemas educativos atuais mostram-se insuficientes e inadequados às necessidades dos jovens e da comunidade modernos, fazendo-se urgente a necessidade de revisão do modelo de hoje. Nada mais eficaz, então, que estas reflexões, as críticas e as reestruturações que advirão sejam construídas num modelo dialógico que englobe escolas, professores, alunos e sociedade (LAUAND & LUCCHI, 1999).

É necessário reconhecer a *crise civilizacional*, no dizer de Boff, (BOFF, 2011, p.18) para que então se possam buscar soluções criativas e estruturais com as quais se intente construir uma nova visão de sociedade e de homem, e se possa igualmente criar uma nova maneira de conviver entre os homens, e entre os homens e o meio ambiente.

É necessário, também, reconhecer a dificuldade da tarefa e admitir, humildemente, que cada um de nós contribuirá, se assim o desejar, apenas na medida do seu conhecimento e da sua prática. E será apenas do esforço conjunto que poderá nascer a nova ordem.

Introduzir no currículo de formação de futuros profissionais de saúde (este trabalho se limitou a observar a prática docente em um curso de medicina) o estudo da morte e dos cuidados que se pode prestar a um ser humano doente, e trabalhar com estes conceitos de tal forma que alunos e professores possam constituir uma Comunidade de Aprendizagem, podem se apresentar como um dos possíveis caminhos de mudança.

A construção de uma CA se apoia em 6 princípios básicos (ELBOJ et al, 2002), que podem ser identificados na experiência da Disciplina de TanCP na FMIt:

- as CA como projetos de transformação social e cultural – os alunos em contato com os temas da Disciplina são instigados à reflexão sobre o significado e o sentido da doença e da morte individuais, são submetidos a questionamentos a respeito do modelo tecnicista da medicina atual, são convidados a aceitar a morte como processo natural e não como derrota do saber médico;
- as CA como projetos de transformação da escola – a partir da percepção de que a escola de medicina necessita formar profissionais mais

responsivos às necessidades da população a quem vão servir, a Disciplina de TanCP oferece um modelo de prática médica menos técnico e mais humano;

- as CA como projetos do meio – a partir do momento em que os alunos saem do espaço da sala de aula e se dirigem à comunidade, tornam-se mais sensíveis aos anseios coletivos e, da mesma forma, “contaminam” a sociedade com o seu saber;
- as CA como agentes de integração da comunidade ao arsenal de conhecimentos disponível – os alunos interagem junto à sociedade externa à escola, oferecendo cursos de formação técnica a cuidadores familiares, população que raramente tem acesso à informação de qualidade, como uma das atividades extracurriculares;
- as CA como aprendizagem dialógica – o verdadeiro núcleo em torno do qual se desenvolvem todas as estratégias e metodologias utilizadas pela Disciplina de TanCP é o diálogo que se alicerça nas noções de igualdade, consenso e reflexão, proporcionando interações produtivas entre os envolvidos no processo educativo;
- as CA como educação participativa da comunidade – trata-se, nas ações da Disciplina, de converter o espaço de aprendizagem, tradicionalmente confinado aos limites físicos da sala de aula, num espaço no qual todas as pessoas podem ensinar e aprender. Esta noção pressupõe a participação de alunos, professores, familiares e de toda a comunidade em geral no processo educativo proporcionando uma educação de todos para todos.

A morte obriga a quem dela se aproxima, a um olhar mais ao longe e mais acima. As questões que ultrapassam e transcendem a realidade material e imediata se apresentam a quem vai morrer, e a quem da morte se aproxima com a disposição de vivenciá-la de forma a acompanhar o processo. Moribundos e os seus cuidadores sentem-se tocados pelos mistérios que cercam a morte e, se o cuidado amoroso estiver presente podem todos se beneficiar do toque sutil da sabedoria.

Boff (2011) nos lembra que “no cuidado se encontra o ethos fundamental do ser humano” (BOFF, 2011, p. 11). Quem cuida valoriza a empatia, o amor, a dedicação, a

sensibilidade, a generosidade; quem cuida confere sentido à própria existência através mesmo do ato de cuidar e amparar.

Quem cuida atualiza os valores éticos necessários à dignidade da vida na prática diária, mesmo que esta vida seja simples e humilde.

E, na prática médica, se aquele que cura é sublime, aquele que cuida, ainda que não cure, é bendito, porque ajuda a reconstruir o mundo original, o mundo onde corpo e espírito se respeitam e se completam. Asclépio, o deus da medicina ocidental mitológico, era um curador:

A eficácia de seus métodos era de tal ordem que, após a sua morte, [...] acabou sendo divinizado. Simultaneamente como homem e deus sinalizava que a cura seria completa se resultasse da intervenção humana e divina, se fosse corporal e espiritual. (BOFF, 2011, p. 146)

Até hoje os novos médicos fazem o Juramento de Hipócrates (460-377 AC)⁷, discípulo de Asclépio, antes de serem declarados formados.

Se os alunos forem convidados a desenvolver o conceito de cuidado na sua prática futura, eles poderão ser agentes ativos de transformação social rumo a uma nova ética; se eles igualmente desenvolverem as suas atividades de ensino-aprendizagem durante a graduação sob o formato de Comunidades de Aprendizagem, da mesma maneira poderão contribuir para transformar a ordem social.

As CA, assim como a Medicina Paliativa, trazem nos seus princípios o convite implícito à quebra da solidão, ao compartilhamento, à aceitação das diferenças, à amorosidade, à busca da totalidade, à prática dos valores humanos mais elevados, enfim.

⁷ O Juramento de Hipócrates é lido coletivamente por todos os alunos de Medicina que concluíram o aprendizado, por ocasião da cerimônia de formatura, conhecida como “colação de grau”. O texto foi escrito em grego jônico no século V A.C. por Hipócrates, considerado o patrono da Medicina, ou por um de seus discípulos. Em 1948 a Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, reunida em Genebra (Suíça), aprovou por todos os Estados-membros, inclusive o Brasil, um novo texto que substituiu o original por ser considerado mais aplicável à prática médica moderna (TOMANIK, 2009).

As CA induzem à formação de uma *terceira instância*, que não é nem professor nem aluno, dotada de potencial próprio de criação de conhecimento. À medida que se estabelece (no espaço formal da classe ou em qualquer espaço virtual de compartilhamento) a parceria entre professores e alunos movidos todos pela intenção e pelo desejo de construir conhecimento, perde-se o desenho fixo de papéis e se cria um *caos criativo* onde alunos ensinam professores enquanto aprendem destes. Com o tempo se cria um *terceiro elemento* que substitui os papéis tradicionais, que não são nem de professor nem de aluno enquanto figuras estáticas, mas uma síntese criativa de ambos, com o poder de construir conhecimento vivo e vivencial.

Este trabalho sugere que a introdução de uma disciplina que aproxime os alunos da vivência empática da morte e que os convide a construir conceitos e comportamentos a partir da interação criativa com os seus iguais e com o professor, como ocorre em uma CA, pode ser um dos caminhos para o questionamento construtivo dos valores da sociedade moderna e para a sua transformação, ao menos no que diz respeito à formação de médicos.

O uso criativo de Arte e Ciência (a Arte dizendo o que a Ciência nem sempre sabe dizer) pode ser estendido a qualquer outra das disciplinas que constituem o ensino de medicina, e talvez mesmo se possa fazê-lo igualmente em todas as áreas do conhecimento.

É preciso beber na arte e na ciência para aprender a estranhar o habitual, para enxergar no óbvio o inusitado. As grandes descobertas surgiram do espanto diante do óbvio. Galileu Galilei tira a Terra do lugar porque duvida de que é o Sol que anda, apesar da nítida sensação de que é ele que se move sobre nossas cabeças. Van Gogh também não se contentou com o óbvio e fez nascer girassóis de todos os amarelos, até aqueles que nunca veremos em plantação alguma. Girassóis que transbordam da tela de tão amarelos que são. Salve Van Gogh, que fez os girassóis pularem em nosso colo. Van Gogh que anoitece o céu de Galileu a qualquer hora do dia, que pode nos dar uma noite estrelada em pleno meio-dia. Van Gogh viu diferente. Galileu viu diferente. Que eles, juntos, nos inspirem a ver e fazer um mundo diferente. (LOPES, 2005, p. 417).

Bases para a nova época que se prenuncia são, mais do que apenas a razão, o intelecto e a lógica, o *pathos* (sentimento) e a emoção.

Sentimento e emoção são companheiros da arte, da intuição, da sensibilidade, do cuidado.

[...] fantasia e intelecto: antitéticas, mas não tão separadas e distintas a ponto de não ter ação recíproca. Tanto é que toda obra de ciência é ciência e arte, assim como toda obra de arte é arte e ciência. Assim como espontânea é a arte na ciência, assim espontânea é a ciência na arte. (PIRANDELLO, 1994, p. 23).

E, no dizer de Doyle (2010):

“Tanto arte como ciência. Tanto ciência como arte. Cuidado Paliativo poderá, no devido tempo, ser visto como a disciplina que demonstra que tal simbiose é simultaneamente criativa e poderosa” (DOYLE, 2010).

Este é o sentido estético do ato de educar, Esse sentido estético se reveste de atitudes de cuidado: cuidado com o próprio aprendizado, cuidado com a colaboração professor – aluno na construção do conhecimento, cuidado consigo mesmo e com o outro. Cuidado que é a base tanto das Comunidades de Aprendizado como de Cuidados Paliativos, cuidado que deve anteceder, acompanhar e complementar a busca pela cura, na medicina.

Dessa forma os muros da escola tradicional são quebrados, aprendentes se tornam ensinantes e os valores, em rede, via arte, expandem os modos de leitura de mundo e, compreendendo-o, se pode escolher por modificá-lo.

É preciso aprofundar essas questões, entretanto; é necessário acumular maior experiência, tanto no ensino de TanCP na graduação de medicina, quanto no uso desta modalidade por professores diferentes, assim como na avaliação da eficácia das CA para o ensino-aprendizagem desta disciplina.

Da mesma forma, é preciso que mais professores ganhem experiência na aplicação da modalidade CA ao ensino-aprendizagem de outras das áreas do conhecimento. Por rigorismo, não se pode deixar de considerar que talvez uma disciplina como TanCP possa ser particularmente adequada a essa modalidade de compartilhamento do conhecimento, pelas características próprias do seu objeto de estudo, o que nem sempre pode ocorrer com outros conteúdos.

Boff (2011) nos apresenta ao mito romano de Cuidado, atribuído a Gaius Julius Hygino (69 AC-10 DC): Cuidado tomou um dia um pouco de barro e lhe deu forma. Pediu então a Júpiter que lhe soprasse o espírito, e foi atendido. Júpiter desejou dar nome à criatura, ao que Gaia (a Terra) se opôs. Saturno, então, foi chamado a arbitrar, e conferiu-lhe o nome de Homem (húmus); decidiu também que Júpiter receberia o espírito da criatura quando esta morresse e a Terra o seu corpo, devolvendo assim aos criadores, a sua criatura. Por fim, Cuidado foi escolhido para tomar conta do Homem, enquanto este vivesse (BOFF, 2011).

Este mito poderia encontrar apelo na consciência do homem moderno e se fazer de novo vivo e atual, agora anunciando o tempo futuro: o homem cuidando de si

mesmo, do Outro (animado ou inanimado) e do Universo, numa delicada e harmoniosa dança de vida. A Medicina, enquanto ferramenta de alívio do sofrimento humano, igualmente poderia se propor ao resgate do valor do cuidado ao ser humano doente, mais do que apenas à cura das doenças.

Que este trabalho possa ser efetivamente conhecido pelos educadores de médicos, que seja capaz de provocar curiosidade entre eles e assim se constituir em mais uma ferramenta de questionamento e reconstrução da formação médica atual.

REFERÊNCIAS

ABREU, J.R.P. **Contexto atual do ensino médico**: metodologias tradicionais e ativas – Necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas. 2009. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Rio Grande do Sul; 2009.

AGUIAR, A.C; RIBEIRO, E.C.O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 371-378, 2010.

AHMEDZAI, S. Palliative and terminal care. In: CAVALLI, F.; HANSEN, H.; KAYE, S.B. (ed.) **Textbook of medical oncology**. Londres: Martin Dunitz, 1997. p.429-441.

AISI - **História da Associação de Integração Social de Itajubá**: Faculdade de Medicina de Itajubá foi a quinta de Minas Gerais. 2013. Disponível em: <<http://www.aisi.edu.br/aisi/index.asp?p=artigos&codigo=727>>. Acesso em: 12 Jun. 2013.

ALMEIDA, M.J. Educação médica e saúde: possibilidade de mudança. **Interface**, v.2 n.2, 214-215, 1998.

ALVES, R. A morte como conselheira. In: CASSORLA, Roosevelt M.S. (Coord). **Da morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991. p. 11-15.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p.637-651, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Terms and conditions of use**. 2013. Disponível em: < <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>. Acesso em: [10 Jul 2013](#).

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

_____. **História da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977b.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Aprovados na prova de certificado de área de atuação em Medicina Paliativa**. 2012.

<<http://www.amb.org.br/Site/Home/NOTÍCIAS/Aprovados-na-prova-de-certificado-de-área-de-atuação-em-Medicina-Paliativa%2036644.cnt.>>. Acesso em: 10 Jul. 2013.

BECKERK, F. Modelos pedagógicos e modelos epistemológicos. In: ALVES, E.L.; et al. (Org). **Metodologia**: construção de uma proposta científica. Curitiba: Camões, 2008.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2005.

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

BORGES, D.R. **Registros de memória em imagens**: usos e funções da fotografia mortuária em contexto familiar na cidade de Bela Vista de Goiás (1920-1960). 2008. Dissertação (Mestrado). Goiás: Faculdade de Artes Visuais da Universidade Federal de Goiás, 2008.

_____.; BORGES, M.E. Considerações sobre as representações da morte individualizada: imagens do morto, da boa à bela morte. In: 16º ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISADORES DE ARTES PLÁSTICAS. DINÂMICAS EPISTEMOLÓGICAS EM ARTES VISUAIS, 24 a 28 de setembro de 2007, Florianópolis. **Encontro...** Florianópolis, 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução de número 1973/2011**. Diário Oficial da União de 01.08.2011.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

_____. Ministério da Saúde, Promed. Lançado programa para mudar currículo de medicina. **Informe Saúde**, v.6, n. 158, 2002. Disponível em <bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf>. Acesso em: 23 Jul. 2013.

CARDOSO, M.A. **O ensino de história nas séries iniciais do ensino de primeiro grau na escola estadual Maria Constança Barros Machado – 1977-2002**. 2006. Dissertação (Mestrado). Mato Grosso do Sul: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006.

CATELA, H. Comunidades de aprendizagem: em torno de um conceito. **Revista de Educação**, v. 18, n 2, p. 31-45. 2011.

CHERVEL, A. História das disciplinas escolares: reflexões sobre um campo de pesquisa. **Teoria & Educação**, Porto Alegre, v. 2, p. 177-229, 1990.

CHEVALLARD, Y. **La transposition didactique: du savoir au savoir enseigné**. Paris: La Pensé Sauvage, 1985.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Formandos de medicina terão prova obrigatória em São Paulo**. 2012. Cremesp na Mídia, 2012. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CremespMidia&id=645>>. Acesso em: 04 jul 2013.

COUTO, R.C. **História indiscreta da ditadura e da abertura**: Brasil 1964-1988. Rio de Janeiro: Record, 1988.

CUTOLO, L.R. **Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. 2001. Dissertação (Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

Da ROS, M.A. **Estilos de pensamento em saúde pública**: um estudo da FSP-USP e ENSP-Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. Tese (Doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

DELORS, J.; et al. **Educação**: um tesouro a descobrir. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DÈSCARTES, R. **O Discurso do método**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

DEWEY, J. **A escola e a sociedade e a criança e o currículo**. Lisboa: Relógio d'Água, 2002.

DIAS SOBRINHO, J. Democratização, qualidade e crise da educação superior: faces da exclusão e limites da inclusão. **Educação Social**, Campinas, v. 31, n. 113, p. 1223-1245, 2010.

DOYLE, D. **Bilhete de plataforma-vivências em cuidados paliativos**. São Caetano do Sul: Difusão, 2009.

_____. Palliative Care for the World. **Revista Ciência em Saúde**, v.1, n.1, p.4-14, 2010.

DUBE, W.; LECLERC, G. The divine Triptych. **Advanced 3d Studio**. 2013. Disponível em: <<http://gabrielleclerc.com/cart434/?p=256>>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

DURHAM, E. Educação superior, pública e privada (1808-2000) In: BROCK, C.; Economist Intelligence Unit (EIU). **A report from the Economist Intelligence Unit The quality of death Ranking end-of-life care across the world Commissioned by Lien Foundation**. 2010. Disponível em: <http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf>. Acesso em: 10 Jul. 2013.

ELBOJ, C.; et al. **Comunidades de aprendizagem**: transformar la educación. Barcelona: Graó, 2002.

FACCHINI, L.A; PICCINI, R.X; SANTOS, R.C. (Orgs.). **CINAEM** - Preparando a transformação da educação médica brasileira. Projeto CINAEM, III Fase. Pelotas: UFPel, 1999-2000.

FACEBOOK. **Fotos da linha do tempo**: Elisabeth Kübler-Ross . 2013. Disponível em: <<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10151408965008226&set=a.10150312773908226.348839.27638423225&type=1&theater>>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso da mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FIGUEIREDO, A.D. In: **Seminário “Redes de Aprendizagem, Redes de Conhecimento”**, Lisboa: Conselho Nacional de Educação, 2001.

FIGUEIREDO, M.G.M.C.A. Temas em psico-oncologia. In:_____. **Cuidados Paliativos**. São Paulo: Summus, 2008. p. 382-387.

_____. Medicina Paliativa. **Revista Ciências em Saúde**, v.1, n.3, p.2-3, 2010.

_____.; STANO, R. O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: ausências no Currículo de Medicina. **Revista Ciências em Saúde**, v.3, n.3, p.74-86, 2013a.

_____. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.37, n.2, p. 298-307, 2013b.

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

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910. (Bulletin, 4)

FNAC. A morte de Ivan Ilitch - Leon Tolstoi. [s.d.] Disponível em: <http://www.fnac.com.br/a-morte-de-ivan-ilitch/p/118098>>. Acesso em: 20 Jul 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra: 2011.

G1 – Mato Grosso do Sul. Paciente de transplante de coração em MS recupera-se bem de cirurgia. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2013/02/paciente-de-transplante-de-coracao-em-ms-recupera-se-bem-de-cirurgia.html>>. Acesso em: 20 Out 2013.

GARNICA, A.V.M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface**, v.1 n.1, p. 109-122, 1997.

GERIBELLO, W. **Arquivo fotográfico pessoal**, 2012.

GÓMEZ BATISTE, X.; et al. Catalonia WHO Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: Results in 1995. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 12, n. 2, p. 73-78, 1996.

GORER, G. **Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain**. Nova Iorque Doubleday, 1965.

GUNARATNAM, Y. **Transnational dying and pain** – Can stories help? EAPC, 2013. Disponível em: <<http://eapcnet.wordpress.com/2013/04/04/transnational-dying-and-pain-can-stories-help/>>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

HENNEZEL, M. **Nós não nos despedimos**. Lisboa, Editorial Notícias, 2001.

HIATT, MD. Around the continent in 180 days: The controversial journey of Abraham Flexner. **Pharos of Alpha Omega Alpha Honor Medical Society**, v. 62, n. 1, p.18-24, 1999.

ILLICH, I. **Nemesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinaes**. Brasília: Ministério da Educação; 2006. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/superior/sinaes>>. Acesso em: 11 Jul. 2013.

ITAJUBÁ GUIA VIRTUAL. Vestígios do nosso passado. **MultSoluções Design**, 2007. Disponível em: <<http://www.oguiadeitajuba.com.br/historiaitajuba.html>>. Acesso em: 04 Out 2013.

JUNG, C.G. **Psicologia e alquimia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

KENNEDY, H. **The Court of the Caliphs: The Rise and Fall of Islam's Greatest Dynasty**. London: Weidehfeld and Nicolson, 2004.

KILPATRICK, S.; BARRETT, M.; JONES, T. **Defining learning communities**. 2003. Disponível em: <<http://www.aare.edu.au/03pap/jon03441.pdf>> Acesso em: 03 Jul 2013.

KOVÁCS, M.J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003b.

_____. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003a.

_____. Profissionais de saúde diante da morte. In: _____. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2011.

LAUAND, J.; LUCCI, E.A. **Entrevista a César Coll**: a reforma curricular brasileira. 1999. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/harvard1/coll.htm>>. Acesso em: 04 jul 2013.

LIMA, J.R.; CAPITÃO, Z. **E-learning e e-conteúdos**. Lisboa: Centro Atlântico, 2003.

LOPES, T. Luz, arte, ciência... ação! **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12 (suplemento), p. 401-18, 2005.

LUCZAK, J. Palliative care in eastern europe. In: Clark, D.; Hockley, J.; Ahmedzai, S. (eds.). **New themes in palliative care**. Buckingham: Open University Press, 1997. p.170-194.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986.

LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Série Estudos em Saúde Coletiva, 62. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social – UERJ, 1993.

MACIEL, G.; MOTA, G.; PIMENTEL, S. **Tempo de Amor**: A essência da vida na proximidade da morte. São Caetano do Sul: Difusão, 2007. 64p.

MAGDALENA, B.C.; COSTA, I.E.T. Novas formas de aprender: comunidades de aprendizagem. In: **Salto para o futuro / TV Escola** . 2005. Disponível em: <<http://www.redebrasil.tv.br/salto/boletins2005/nfa/meio.htm>>. Acesso em: 04 Jul. 2013.

MAGNO, J. USA Hospice Care in the 1990s. **Palliative Medicine**, v.6, n.2, p.158-65, 1992.

MATTOS, C.V. A pintura de paisagem entre arte e ciência: Goethe, Hackert, Humboldt. Terceira Margem. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Literatura**, v.8, n. 10, p. 152-169, 2004.

[MERCADO LIVRE](#). **Oscar e a senhora rosa de Eric Emmanuel Schmitt**. 2013. Disponível em: <<http://produto.mercadolivre.com.br/MLB-478206025-oscar-e-senhora-rosa-eric-emmanuel-schmitt- JM>>. Acesso em: 20 Jul 2013.

MILLS, D., **Sydenham**: Dame Cicely - A Revolutionary Woman. 2013. Disponível em: <http://www.newshopper.co.uk/news/features/4998520.SYDENHAM__Dame_Cicely___a_revolutionary_woman/>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

MONTON, C. La eutanasia en Holanda lleva a descuidar la Medicina Paliativa. **Aceprensa**, n.171, 1996. Disponível em: <<http://www.aceprensa.com/articles/la-eutanasia-en-holanda-lleva-a-descuidar-la-medic/>>. Acesso em: 04 Jul. 2013.

MOREIRA, D.A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MORIN, E. **L'Homme et la morte**. Paris: Seuil, 1970.

NASCIMENTO, C.A.D.; et al. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.7, n.1, p. 52-60, 2006.

NASSIF, A.C.N. **Escolas médicas do Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>>. Acesso em: 11 Jul. 2013.

NUNES, E.D. (org.). **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

OLIVEIRA, C.L. Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. **Travessias**, v.4, 1982.

ORTIZ, J.S. Historia de los Cuidados Paliativos. **SECPAL**. 2013. <<http://www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia>>. Acesso em: 23 Jul. 2013.

PARASKEVA, J.M.; Michael W. Apple e os estudos [curriculares] críticos. **Currículo sem Fronteiras**, v.2, n.1, p.106-120, 2002.

PARKES, C.M.; Laungani, P, Young Bill (Eds). **Death and bereavement across the cultures**. London: Routledge, 1997.

PASTRANA, T.; et al. **Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica**. Houston: IAHPC Press, 2012. 351 p. Disponível em: <<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20de%20Latinoamerica.pdf>>. Acesso em: 10 Jul. 2013.

PAZIN FILHO, A. Morte, considerações para a prática médica. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 38, n.1, p.20-25, 2005.

PERDICARIS, A.A.M. A semiótica da morte e do morrer: um desafio à comunicação institucional. In: REZENDE, V.L.; (Org.). **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas: UNICAMP; 2000. p.107-17.

PERRENOUD, P. **Construir competências é virar as costas aos saberes?** Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. 2000. Disponível em: <http://www.patiopaulista.sp.gov.br/downloads/36/construircompetencias_perrenoud.doc>. Acesso em: 05 Jun. 2013.

PICCELLI, A.V.H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.44, n. 1, p.21-7, 1998.

PIRANDELLO, L. **Arte e scienza**. Milão: Mondadori, 1994.

POLIMENO, M.C.A.M. **Construindo o currículo no cotidiano de um curso de graduação em medicina**. 2010. Tese (Doutorado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010.

PONTES, A.L.; REGO, S.; SILVA JUNIOR, A.G. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n.2, p. 66 -75, 2006.

PROJETO A ARTE DO CUIDAR – **Arquivos da Disciplina de TanCP da FMI**, 2013.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; LIMA, M.C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface – Comunicação, Saúde, e Educação**, v.6, n.11, p.107-16, 2002.

RIBEIRO, D. **A nova lei da educação nacional: falas, reflexões, memórias**. Brasília: Gabinete do Senador Darcy Ribeiro, 1996.

ROCHA, H. **Viajando nas palavras: Rembrandt van Rijn, 400 anos**. 2006. Disponível em: <<http://aleph.helderdarocha.com.br/2006/07/rembrandt-van-rijn-400-anos.html>>. Acesso em: 20 Jul 2013.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. Lisboa: Moraes, 1984.

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

SANZ ORTIZ, J., BARCELÓ, J.R. Rendimientos de una Unidad de Cuidados Paliativos en un Hospital Universitario. **Oncología**, v.12, n.10, p.504-508, 1989.

SAUNDERS, C.M. Hospice care. **American Journal of Medicine**, v. 65, n. 726, 1978.

_____. La filosofía del cuidado terminal. In: SAUNDERS, C.M. (eds.). **Cuidados de la enfermedad maligna terminal**. Barcelona: Salvat, 1980. p.259-272.

SCHMITT, E.E. **Oscar e a senhora rosa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

SILVA, E.M. **Vida e morte: o homem no labirinto da eternidade**. 1993. Tese (Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

SILVA, T.T. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

STAKE, R.E. Case studies. In: DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S.; (eds). **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 2000. 436p.

STANO, Rita de Cássia. Um projeto de experiência pedagógica com Engenheiros Professores. In: II International Conference on Engineering and Computer Education – ICECE'2000. **Anais...** São Paulo: ICECE, 2000.

STARZEWSKI JUNIOR, A; ROLIM, L.C.; MORRONE, L.C. **O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte**. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.51, n.1, p. 11-16, 2005.

STELLA, R.C.R.; CAMPOS, J.J. B. Histórico da construção das diretrizes curriculares nacionais na graduação em Medicina no Brasil. **Cadernos ABEM**, v.2, p. 73-77, 2006.

THOMAS, P. Homeopathy in the USA. **The British Homeopathic Journal**, v.90, n.2, p.99-103, 2001.

TOLSTOI, L. **A morte de Ivan Ilitch**. Porto Alegre: L&PM Pockt, 2008.

TOMANIK, J.P. Juramento de Hipócrates. Suplemento APM, n. 198, p.1-4, 2009.

TOMEY, A.V. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. **Revista Cubana de Educação Médica Superior**, v.16, n.2, p. 156-63, 2002.

U.S. CANCER PAIN RELIEF. Status on Cancer Pain and Palliative Care around the world. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.12, n.2, 1996.

UCHOA, B.T. Este quarto. **Quintanaeterno.blogspot**, 2012. Disponível em: <<http://quintanaeterno.blogspot.com.br/2009/03/esta-e-talvez-uma-das-ultimas-fotos-de.html>>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

VILAR, L. A Comédia de Dante. **Seguindopassoshistoria.blogspot**, 2010. Disponível em: <<http://seguindopassoshistoria.blogspot.com.br/2010/05/comedia-de-dante.html>>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

VYGOTSKY, L. **Mind in society: the development of higher mental processes**. Londres: Englewood, 1978.

WAHOO ART. **A morte de Elizabeth I, rainha da Inglaterra (3)**. [s.d.]. Disponível em: <[http://pt.wahooart.com/@@/8Y38YW-Paul-Delaroche-\(Hippolyte-Delaroche\)-A-morte-de-Elizabeth-I,-rainha-da-Inglaterra-\(3\)](http://pt.wahooart.com/@@/8Y38YW-Paul-Delaroche-(Hippolyte-Delaroche)-A-morte-de-Elizabeth-I,-rainha-da-Inglaterra-(3))>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

_____. **Enterro de St Martin (cena 10) (2)**. [s.d.]. <[http://pt.wahooart.com/@@/8Y3HQW-Simone-Martini-Burial-of-St-Martin-\(scene-10\)-\(2\)](http://pt.wahooart.com/@@/8Y3HQW-Simone-Martini-Burial-of-St-Martin-(scene-10)-(2))>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

_____. **Lord Byron em seu leito de morte**. [s.d.]. Disponível em: <<http://pt.wahooart.com/@@/8XZSM6-Joseph-Denis-Odevaere-Lord-Byron-em-seu-leito-de-morte>>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

_____. **Morte della Vergine (3)**. [s.d.]. Disponível em: <[http://it.wahooart.com/@@/8Y3PHC-Duccio-Di-Buoninsegna-Morte-della-Vergine-\(3\)](http://it.wahooart.com/@@/8Y3PHC-Duccio-Di-Buoninsegna-Morte-della-Vergine-(3))> Acesso em: 20 Jul. 2013.

WIKIPAINTGS. **A família enferma**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.wikipaintings.org/en/lasar-segall/a-fam-lia-enferma-1920>>. Acesso em: 20 Jul 2013.

WIKIPEDIA. **Hypnos**. 2013. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hipnos>>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

DAVIES, E.; HIGGINSON, I.J (Edts). **Better palliative care for older people**. Geneva: WHO, 2004. 43p.

WRIGHT, M.; et al. **Mapping levels of palliative care development: a global view**. IOELC International Observatory on End of Life Care. Lancaster: Lancaster University, 2006.

YIN, R.K. **Case study research: design and methods**. London: Sage, 1984.

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário Inicial TanCP I FMIIt



Faculdade de Medicina de Itajubá

Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos I

Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo

Profa. Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo

Nome:

Sexo:

Idade:

Data:

1. O que você pensa sobre a morte?
2. E sobre o que acontece depois da morte?
3. Você já viu morrer alguém (um familiar, um amigo, um doente, alguém na rua, um animal...)? Conte como foi e o que você sentiu.
4. Alguma vez você já pensou na sua própria morte? O que você sentiu? Como você gostaria que ela fosse?
5. Você já teve alguma experiência de quase morte? Conte como foi e o que você sentiu. Alguém que você conheça já teve uma experiência deste tipo e lhe contou?
6. Você tem alguma prática espiritual e/ou religiosa? Qual? Por que?
7. Você e o seu grupo familiar e social praticam algum ritual quando ocorre a morte de algum membro do grupo?
8. Você se sente preparado para lidar com a morte na sua vida diária?
9. Como você acha que pode se preparar para lidar com a doença e a morte durante a sua formação profissional?
10. Você e o seu grupo familiar e social praticam algum ritual quando ocorre a morte de algum membro do grupo?
11. Você se sente preparado para lidar com a morte na sua vida diária?
12. Como você acha que pode se preparar para lidar com a doença e a morte durante a sua formação profissional?

Anexo 2.1 - Plano de Ensino TanCP I



FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ

PLANO DE ENSINO – 2013

CURSO:	Medicina		
Disciplina:	Docente(s)		
Tanatologia e Cuidados Paliativos I	Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo		
Ano:	2013	Série:	1 ^a
		Carga Horária:	36 h
EMENTA			
Reflexão sobre a morte, evento constante na futura prática profissional.			
METODOLOGIA	(x) Exposição (x) Trabalho de grupo (x) Discussão	(x) Estudo de Caso (x) Seminário (x) Outros: visitas ao Hospital Escola, a Cemitérios, atividades de sensibilização.	
RECURSOS AUXILIARES:	(x) Computador (x) Vídeos (x) Data show (x) Slides () Manequins () Retroprojeter	() Atividades Clínicas (x) Lousa (x) Internet () Laboratório () Vídeo Conferência (x) Outros: atividades externas.	
AVALIAÇÃO	() Discursiva () Múltipla Escolha (x) Oral	() Prática (x) Trabalho de pesquisa (x) Outros: auto-avaliação como parte da avaliação final.	
OBJETIVOS GERAIS			
<p>Reconhecer a morte nas diferentes culturas como processo natural.</p> <p>Respeitá-la na sua vida pessoal e profissional, percebendo-a como ocorrência cíclica e equilibradora, ligada a aspectos espirituais transcendentes.</p> <p>Conhecer os diversos tipos de morte e reconhecer o sofrimento familiar.</p> <p>Desconstruir criticamente o paradigma vigente na sociedade brasileira de que a morte do paciente é derrota da medicina e do saber do médico.</p>			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
<p>Conhecer as matizes culturais do desenvolvimento humano ao longo do tempo, e o que elas conferem de particular à visão da morte, respeitando estas particularidades.</p> <p>Relacionar-se com a sua própria morte como fato natural e inexorável.</p>			

Reconhecer a morte do Outro ao seu cuidado como sendo um evento único, que precisa ser abordado com empatia e amorosidade, conferindo-lhe assim dignidade.

Reconhecer a Espiritualidade como impulso profundo e integrador do Ser Humano, independente da vertente religiosa.

Demonstrar atitudes de valorização e respeito ao ser humano que esteja ao seu cuidado, dispondo-se a acompanhá-lo até o momento da morte.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

A morte no Oriente e no Ocidente: oposição ou complementariedade?

Como a Humanidade lida com os seus mortos.

Rituais de morte nas diversas culturas.

O sofrimento da morte e o luto.

Espiritualidade e morte.

As EQM.

As etapas físicas da morte.

As vivências psíquicas frente à doença e à morte.

As várias formas de morrer.

A constatação da morte.

A morte no hospital e a morte no domicílio.

METODOLOGIA

ATIVIDADES TEÓRICAS:

Exposição oral dos temas intercalada por discussões de situações cotidianas, com participação dos alunos; debates em classe; mesas redondas; seminários; atividades de sensibilização; atividades construídas pelos alunos.

AVALIAÇÕES

As avaliações serão feitas a cada atividade, cumulativa e continuamente, além de uma prova bimestral. A cada fim de bimestre serão somadas as notas das avaliações contínuas e a da prova, compondo para cada aluno a nota bimestral.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

Doyle D. Bilhete de plataforma: vivências em cuidados paliativos - tradução Figueiredo MTA, Figueiredo MGMCA. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.

Fischer JMK. Manual de tanatologia. Curitiba: Unificado; 2007. Disponível em: <http://www.crppr.org.br/download/159.pdf>

Incontri D. Arte de morrer: visoes plurais. Bragança Paulista: Comenius; 2007.

Kovács MJ. Educação para a morte, desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

Kubler-Ross E. Roda da vida. 2ª ed. Rio Janeiro: GMT; 1998.

Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Oliveira JBA. Cuidados Paliativos: cuidar quando curar não e possível. Rio Janeiro: CBJE; 2007.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Bowlby J. Apego, perda e separação. São Paulo: Martins Fontes; 1985.

Cassorla RMS. Suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1991.

Franco MHP. Estudos avançados sobre o luto. Campinas: Livro Pleno; 2002.

Kovács MJ. Perdas e o processo de luto. In: Incontri D, org. A arte de morrer; visões plurais. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p.217-38.

Maciel MGS, Figueiredo MGMCA, Pimentel S. Tempo de amor: a essência da vida na proximidade da morte. São Caetano do Sul: Difusão; 2007.

Parkes CM, Markus A, (eds). Coping with loss. Londres: BMJ Books; 1998.

Parkes CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus; 1998.

Rinpoche S. O Livro Tibetano do viver e do morrer. São Paulo: Palas Athena; 1999.

Shaker A. A travessia buddhista da vida e da morte. Rio de Janeiro: Gryphus; 2003.

Anexo 2.2 - Plano de Ensino TanCP II



FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ

PLANO DE ENSINO – 2013

CURSO:		Medicina			
Disciplina:		Docente(s)			
Tanatologia e Cuidados Paliativos II		Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo			
Ano:	2013	Série:	2ª	Carga Horária:	36 h
EMENTA					
<p>Conceito e Princípios dos Cuidados Paliativos (CP).</p> <p>Particularidades da oferta de CP nas diversas doenças crônicas.</p> <p>Atuação do médico junto à Equipe Multiprofissional de CP.</p> <p>Papel do médico junto ao paciente e à família por todo o curso da doença.</p> <p>Importância do acompanhamento do luto.</p> <p>Atenção quanto ao stress do cuidador familiar e do cuidador profissional.</p>					
METODOLOGIA		<input checked="" type="checkbox"/> Exposição <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de grupo <input checked="" type="checkbox"/> Discussão		<input checked="" type="checkbox"/> Estudo de Caso <input checked="" type="checkbox"/> Seminário <input checked="" type="checkbox"/> Outros: pesquisa e apresentação de temas pelos próprios alunos.	
RECURSOS AUXILIARES:		<input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Vídeos <input checked="" type="checkbox"/> Data show <input checked="" type="checkbox"/> Slides <input type="checkbox"/> Manequins <input type="checkbox"/> Retroprojektor		<input checked="" type="checkbox"/> Atividades Clínicas <input checked="" type="checkbox"/> Lousa <input checked="" type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Vídeo Conferência <input checked="" type="checkbox"/> Outros: trabalhos de campo	
AVALIAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> Discursiva <input type="checkbox"/> Múltipla Escolha <input checked="" type="checkbox"/> Oral		<input checked="" type="checkbox"/> Prática <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de pesquisa <input checked="" type="checkbox"/> Outros: auto-avaliação como parte da avaliação final.	
OBJETIVOS GERAIS					
<p>Identificar o ser humano como uma totalidade físico-psico-sócio-espiritual, individual e única na sua história.</p> <p>Aceitar a morte do doente como evento natural e tão importante quanto a cura da doença.</p> <p>Agir de forma competente, respeitosa e amorosa, acompanhando o doente e a sua família ao longo de toda</p>					

a doença, e depois da morte amparando a família.

Aprender a ser membro de equipes multiprofissionais, comportando-se como parceiro respeitoso e colaborador.

Estar atento ao stress do cuidador, colaborando para a sua minimização.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Questionar o paradigma cientificista que considera a doença como mais importante do que o doente;

Reverter a noção arraigada em nossa cultura, de que a morte do doente é a derrota do saber do médico;

Ter claro que a busca da cura das doenças é tão importante quanto o cuidado integral ao doente e à família;

Conhecer e valorizar a importância da relação médico-paciente-família numa época em que a tecnologia e a comercialização na medicina atropelam os princípios básicos da ética interpessoal;

Demonstrar atitudes de valorização e respeito ao ser humano doente e à sua família;

Agir e comportar-se, no exercer da sua atividade profissional, como membro horizontal e respeitoso de uma equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos que se dedica a minorar o sofrimento do ser humano, ferido em seus múltiplos aspectos (físico, psíquico, social, espiritual), onde uns não são mais importantes do que outros;

Identificar os fatores de stress profissional e preveni-los, em si e nos demais cuidadores.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Situação das doenças crônicas no Brasil e no mundo.

Qualidade de morte no Brasil e no mundo.

Cuidados Paliativos: história, conceito. Os pioneiros no mundo e no Brasil.

Fases físicas e psíquicas da morte.

Espiritualidade em CP.

Equipe multiprofissional em CP: interação e sinergia.

Comunicação em Cuidados Paliativos.

Eutanásia, Distanásia, Ortotanásia.

Ética em CP.

Identificação dos principais sintomas da Terminalidade.

Cuidando do Cuidador.

Luto da família e da Equipe Multiprofissional.

Luto e luto complicado.

METODOLOGIA

ATIVIDADES TEÓRICAS:

Exposição oral dos temas, intercalada por discussões de casos, com intensa participação dos alunos; conferências; mesas redondas; seminários; atividades de sensibilização.

ATIVIDADES PRÁTICAS (Carga Horária Residual):

Não há.

AVALIAÇÕES

As avaliações serão feitas a cada atividade, cumulativa e continuamente, além de uma prova bimestral. A cada fim de bimestre serão somadas as notas das avaliações contínuas à da prova, compondo para cada aluno a nota bimestral.

BIBLIOGRAFIA**BIBLIOGRAFIA BÁSICA**

Oliveira RA (org). Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008. Disponível em:

http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: ANCP; 2009. Disponível em:

<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

Manual de Cuidados Paliativos. Projeto “A Arte do Cuidar”, Itajubá: FMIIt. 2010.

Carvalho VA, Franco MHP, Kovacs MJ. Temas em psicooncologia. São Paulo: Summus; 2008.

Doyle D. Bilhete de plataforma: vivências em cuidados paliativos. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.

Incontri D, Santos FS, (org). A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista (SP): Comenius; 2007.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Callanan M, Kelley P. Gestos finais. São Paulo: Nobel; 2003.

Frankl VE. Em busca do sentido. Petrópolis: Vozes; 2005.

Maciel MGS, Figueiredo MGMCA, Pimentel S. Tempo de amor: a essência da vida na proximidade da morte. São Caetano do Sul: Difusão; 2007.

Menezes RA. Em busca da boa morte – Antropologia dos Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Oxford University. Oxford textbook of palliative medicine. 3ª ed. New York: Oxford University; 2005.

Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006.

Anexo 2.3 - Planos de Ensino TanCP III



FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ

PLANO DE ENSINO – 2013

CURSO:		Medicina			
Disciplina:		Docente(s)			
Tanatologia e Cuidados Paliativos III		Profa. Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo			
Ano:	2013	Série:	4ª	Carga Horária:	18 h
EMENTA					
<p>Tratamento da dor e dos demais sintomas da terminalidade.</p> <p>Atuação do médico junto ao paciente e à família.</p> <p>Comunicação de más notícias.</p> <p>Relacionamento do médico com as equipes multiprofissionais de cuidados paliativos.</p> <p>Decisões éticas na terminalidade.</p>					
METODOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> Exposição <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de grupo <input checked="" type="checkbox"/> Discussão		<input checked="" type="checkbox"/> Estudo de Caso <input checked="" type="checkbox"/> Seminário <input checked="" type="checkbox"/> Outros: visitas domiciliares e acompanhamento de doentes no HE.		
RECURSOS AUXILIARES:	<input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Vídeos <input checked="" type="checkbox"/> Data show <input checked="" type="checkbox"/> Slides <input type="checkbox"/> Manequins <input type="checkbox"/> Retroprojektor		<input checked="" type="checkbox"/> Atividades Clínicas <input checked="" type="checkbox"/> Lousa <input checked="" type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Vídeo Conferência <input checked="" type="checkbox"/> Outros: leitura de livros.		
AVALIAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Discursiva <input type="checkbox"/> Múltipla Escolha <input checked="" type="checkbox"/> Oral		<input checked="" type="checkbox"/> Prática <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de pesquisa <input checked="" type="checkbox"/> Outros: auto-avaliação como parte da avaliação final.		
OBJETIVOS GERAIS					
<p>Tratar impecavelmente os sintomas físicos da terminalidade, buscando o melhor alívio para o sofrimento do doente;</p> <p>Reconhecer a importância dos componentes psíquicos, sociais e espirituais que contribuem para este sofrimento e compor-se como membro de uma equipe multiprofissional de cuidados;</p> <p>Compreender que o cuidado integral ao paciente e à família é tão importante quanto o tratamento dos sintomas;</p> <p>Acompanhar o doente até a morte e a família durante todo o tempo do luto, buscando propiciar o melhor</p>					

alívio a ambos, em conjunto com os demais membros da equipe de cuidados paliativos.

Prevenir o stress do cuidador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Saber tratar impecavelmente os sintomas da terminalidade;

Fazer uso eficaz da medicação anti-álgica, em especial de opióides;

Conhecer a indicação de sedação paliativa nas suas diversas modalidades;

Enfrentar os dilemas éticos da terminalidade, respeitando a autonomia do doente;

Conhecer os limites da sua atuação profissional e acolher a ação dos demais profissionais da equipe com respeito e consideração;

Identificar a possível ocorrência do luto complicado e atuar preventivamente;

Cuidar do stress do cuidador familiar e do profissional, incluindo a si mesmo.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Tratamento da dor e dos sintomas não dor .

Sedação paliativa.

Decisões éticas ao fim da vida.

Atenção ao luto.

METODOLOGIA

ATIVIDADES TEÓRICAS:

Exposição oral dos temas, intercalada por discussões de casos, com intensa participação dos alunos; conferências; mesas redondas; seminários; atividades de sensibilização.

ATIVIDADES PRÁTICAS:

Não há

AVALIAÇÕES

As avaliações serão feitas a cada atividade, cumulativa e continuamente, além de uma prova bimestral. A cada fim de bimestre, serão somadas as notas das avaliações contínuas e a da prova, compondo para cada aluno a nota bimestral.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

Oliveira RA (org). Cuidado paliativo. CREMESP: São Paulo; 2008. Disponível em:

http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: ANCP; 2009. Disponível em:

<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em casa, a segurança do hospital no conforto do seu lar – Caderno de

atenção domiciliar, v. 2. Brasília: MS: 2012. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_6_vol_2_cuidados_paliativos_final.pdf

Doyle D. Bilhete de Plataforma: vivências em cuidados paliativos. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Callahan M, Kelley P. Gestos finais. São Paulo: Nobel; 1994.

Carvalho VA, Franco MHP, Kovacs MJ. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008.

De Carlo MMRP, Queiroz MEG. Dor e cuidados paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca; 2008.

Figueiredo MGMCA. Tempo de amor: a essência da vida na proximidade da morte. São Caetano do Sul: Difusão; 2007.

Frankl VE. Em busca do sentido. Petrópolis: Vozes; 2005.

Manual de cuidados paliativos para pacientes com HIV/AIDS. São Paulo: Instituto de Infectologia Emílio Ribas; 2007.

Menezes RA. Em busca da boa morte – antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Oxford University. Oxford textbook of palliative medicine. 3ª ed. New York: Oxford University; 2005.

Revista Brasileira de Cuidados Paliativos: Disponível em:
http://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/Revista_site.pdf

Anexo 3.1 – Disciplinas e Carga Horária do Primeiro Ano

Período	Disciplina	CH Teórica	CH Prática	CH Total
1	ANATOMIA E NEUROANATOMIA	72	252	324
1	ATIVIDADES COMPLEMENTARES	50	0	50
1	BIOESTATÍSTICA I	18	0	18
1	BIOQUÍMICA E LABORATÓRIO CLÍNICO	144	72	216
1	BIOSSEGURANÇA	36	0	36
1	COMUNICAÇÃO E LÍNGUAS - INGLÊS	18	0	18
1	COMUNICAÇÃO E LÍNGUAS - PORTUGUÊS	18	0	18
1	ÉTICA E BIOÉTICA I	18	0	18
1	ÉTICA E EXPERIMENTAÇÃO ANIMAL	0	54	54
1	FUNDAMENTOS HUMANÍSTICOS I	18	0	18
1	HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA	108	72	180
1	INTRODUÇÃO À IMAGENOLOGIA	36	0	36
1	MEDICINA COMUNITÁRIA I - SAÚDE DA FAMÍLIA I	20	16	36
1	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	36	0	36
1	PRÁTICA DESPORTIVA I	0	72	72
1	TANATOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS I	36	0	36
Total		574	412	1094

Anexo 3.2 – Disciplinas e Carga Horária do Segundo Ano

Período	Disciplina	CH Teórica	CH Prática	CH Total
2	ATIVIDADES COMPLEMENTARES	50	0	50
2	BIOESTATÍSTICA II	36	18	54
2	ÉTICA E BIOÉTICA II	18	0	18
2	FARMACOLOGIA I	72	0	72
2	FISIOLOGIA HUMANA	250	50	300
2	FUNDAMENTOS HUMANÍSTICOS II	18	0	18
2	MEDICINA COMUNITÁRIA II - OASS	12	42	54
2	MICROBIOLOGIA	72	18	90
2	PARASITOLOGIA	36	0	36
2	PATOLOGIA I	72	72	144
2	PRÁTICA DESPORTIVA II	0	72	72
2	PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM	18	12	30
2	TANATOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS II	36	0	36
2	TÉCNICA OPERATÓRIA E CIRURGIA EXPERIMENTAL	132	48	180
Total		768	260	1082

Anexo 3.3 – Disciplinas e Carga Horária do Terceiro Ano

Período	Disciplina	CH Teórica	CH Prática	CH Total
3	ATIVIDADES COMPLEMENTARES	50	0	50
3	CIRURGIA AMBULATORIAL	27	27	54
3	DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	36	27	63
3	FARMACOLOGIA II	108	0	108
3	GENÉTICA CLÍNICA	18	12	30
3	IMUNOLOGIA BÁSICA	54	0	54
3	MEDICINA COMUNITÁRIA II-SAÚDE DA FAMÍLIA II	20	16	36
3	MEDICINA COMUNITÁRIA III-EPIDEMIOLOGIA	36	27	63
3	PATOLOGIA	72	72	144
3	SAÚDE MENTAL I-PSICOLOGIA MÉDICA	36	36	72
3	SAÚDE MENTAL I-PSIQUIATRIA I	36	12	48
3	SEMIOLOGIA MÉDICA	72	216	288
Total		565	445	1010

Anexo 3.4 – Disciplinas e Carga Horária do Quarto Ano

Período	Disciplina	CH Teórica	CH Prática	CH Total
4	ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA	36	27	63
4	ATIVIDADES COMPLEMENTARES	50		50
4	CLÍNICA CIRÚRGICA	72	81	153
4	CLÍNICA MÉDICA	72	135	207
4	DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS			72
4	ÉTICA E BIOÉTICA III	18	0	18
4	HISTÓRIA DA MEDICINA	36	0	36
4	MEDICINA COMUNITÁRIA IV - MEDICINA OCUPACIONAL	18	18	36
4	MEDICINA COMUNITÁRIA V - SAÚDE DA FAMÍLIA III			36
4	MEDICINA LEGAL	36	4	40
4	OBSTETRÍCIA	54	27	81
4	PATOLOGIA CLÍNICA E MEDICINA LABORATORIAL			36
4	PEDIATRIA I	27	27	54
4	SAÚDE MENTAL II - PSIQUIATRIA II	36	27	63
4	TANATOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS III	18	0	18
Total		473	346	963

Anexo 3.5 – Disciplinas e Carga Horária do Quinto Ano (Internato I)

Período	Disciplina	CH Teórica	CH Prática	CH Total
5	ANESTESIOLOGIA	14	14	28
5	CARDIOLOGIA	49	42	91
5	CIRURGIA GERAL	42	28	70
5	CIRURGIA PLÁSTICA	14	14	28
5	CIRURGIA TORÁCICA	14	21	35
5	CIRURGIA VASCULAR	28	28	56
5	DERMATOLOGIA	28	28	56
5	ENDOCRINOLOGIA	28	28	56
5	GASTROENTEROLOGIA	36	42	78
5	GINECOLOGIA	56	70	126
5	HEMATOLOGIA	14	42	56
5	NEFROLOGIA	35	28	63
5	NEUROCIRURGIA	28	28	56
5	NEUROLOGIA	42	28	70
5	OFTALMOLOGIA	28	28	56
5	ONCOLOGIA	28	14	42
5	ORTOPEDIA	28	35	63
5	OTORRINOLARINGOLOGIA	28	28	56
5	PEDIATRIA II	84	70	154
5	PNEUMOLOGIA	21	14	35
5	REUMATOLOGIA	28	35	63
5	UROLOGIA	42	36	78
Total		715	701	1416

Anexo 3.6 – Disciplinas e Carga Horária do Sexto Ano (Internato II)

Período	Disciplina	CH Teórica	CH Prática	CH Total
6	CLÍNICA CIRÚRGICA / SAÚDE COLETIVA	0	350	350
6	CLINICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	0	350	350
6	CLINICA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA	0	350	350
6	CLÍNICA MÉDICA	0	350	350
6	CLÍNICA PEDIÁTRICA	0	350	350
Total		0	1750	1750

Anexo 4

Endereços de Facebook das turmas de 2013:

1^o ano: <http://www.facebook.com/groups/367082630068442/>

2^o ano: <http://www.facebook.com/groups/527700480622114/>

4^o ano: <https://www.facebook.com/groups/481186668641313/>

Site do Projeto “A Arte do Cuidar”:

www.artedocuidar.org

