

O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: uma Experiência Didática no Currículo de Medicina

The Study of Death and Palliative Care: a Teaching Experience in the Undergraduate Medicine Curriculum

Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo¹
Rita de Cássia M. T. Stano¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica;
- Currículo;
- Estudo da Morte;
- Tanatologia;
- Cuidados Paliativos.

KEYWORDS:

- Medical Education;
- Curriculum;
- Death Learning;
- Thanatology;
- Palliative Care.

RESUMO

O conhecimento dos médicos no Brasil vem, de um lado, se tornando progressivamente mais fragmentado, produto da especialização crescente da Medicina. Por outro lado, o progresso tecnológico dá aos médicos a sensação de poder crescente sobre a doença e a morte. O currículo das Escolas de Medicina reflete essa tendência, e o futuro médico se torna, ao fim da formação, excelente na ciência da cura, mas, quando a doença não cede à terapêutica indicada e o doente caminha para a morte, encontra o seu médico menos preparado para o seu acompanhamento e cuidado. A Faculdade de Medicina de Itajubá (MG) é uma das poucas no Brasil a ter no seu currículo a Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos, oferecida a alunos de primeiro, segundo e quarto anos, cujo aprendizado complementa o saber tradicional do médico moderno. O presente artigo pretende mostrar uma experiência bem-sucedida ao longo do processo de didatização da disciplina em uma turma de segundo ano, no primeiro semestre de 2012, por meio da descrição de uma aula de Cuidados Paliativos, que contou com a participação intensamente criativa de um grupo de 6 alunos.

ABSTRACT

The knowledge of physicians in Brazil is becoming progressively more fragmented, as a result of the growing specialization of medicine. On the other hand, technological progress gives physicians a growing feeling of power over disease and death. The curriculum at Medicine Schools reflects this trend, and by the end of their courses future physicians excel in the science of cure. But when the disease is not subdued by the indicated treatment, and the patient proceeds to death, his physician is less prepared to take care of him. The Medical School of Itajubá (MG) is one of a few in Brazil to include in its curriculum Thanatology and Palliative Care for first, second and fourth year students, complementing teachings of modern medicine. This article intends to show a successful experience in the teaching of the subject to second year student doctors. The two-hour class involved the creative participation of the 6 students.

Recebido em: 25/06/2012

Reencaminhado em: 03/01/2013

Aprovado em: 26/02/2013

INTRODUÇÃO

A formação atual do médico no Brasil vem se tornando cada vez mais técnica e fragmentada: o currículo da maioria das Escolas de Medicina do país privilegia a especialização e o uso intensivo da tecnologia em detrimento da medicina geral e das estratégias de diagnóstico que envolvem a escuta acurada das queixas do doente e a proximidade física médico-doente, que é necessária ao exame clínico e à construção das hipóteses diagnósticas¹.

Esse padrão não é próprio apenas da formação nacional em medicina. Em outros países também se ressentem os doentes do contato mais próximo com os seus médicos no decorrer do diagnóstico e do tratamento².

Acrescenta-se a esse quadro o fato de que, ao jovem em formação, nem sempre parece importante ensinar que a doença tem o seu curso natural, muitas vezes a despeito do melhor dos tratamentos oferecido ao doente. Assim, induz-se o jovem estudante a supor que a cura das doenças é a única razão pela qual vale a pena pelear e que tudo o mais, ou seja, a invalidez e a morte, representam o fracasso do seu saber³.

Por mais estranho que essa afirmação possa parecer, pouco se ensina ao futuro médico a cuidar do doente que não pode ser curado. Com a crescente especialização do saber médico, cada vez mais se aprende sobre órgãos e sistemas doentes e tende-se a perder progressivamente a visão sobre o todo, sobre o organismo vivo e inter-relacionado que alberga o órgão doente. Cada vez mais se valorizam o diagnóstico e a cura da doença e se relega a um segundo plano o cuidado com o ser humano que adoeceu.

É possível mesmo afirmar que o médico moderno é extremamente competente na tarefa de enfrentar e lutar arduamente contra a doença, mas nem sempre em cuidar do ser humano doente, a partir de uma postura de negação em relação à morte, comum, aliás, a toda a sociedade⁴.

Dentro dessa perspectiva, pouco se valorizam os aspectos emocionais do indivíduo e a influência que os fatores psicológicos têm sobre o adoecimento. Menos ainda são validadas as crenças ou necessidades espirituais do doente, valorizando-se pouco a influência desses outros aspectos no enfrentamento da doença por parte do doente e da família. É importante atentar para o fato de que a necessidade de atenção a esses outros aspectos da constituição do indivíduo que adoece torna-se mais premente quando se trata de uma doença incurável, e mais ainda quando se aproxima o momento da morte.

O cuidado integral ao doente e à família, do adoecimento até após a morte do indivíduo (no acompanhamento ao luto), é a essência dos Cuidados Paliativos⁵, e as Escolas de Medicina beneficiariam sobremaneira a formação dos futuros médicos

se incorporassem aos seus currículos o ensino dessa disciplina. Os princípios e a prática dos Cuidados Paliativos, quando oferecidos aos médicos em formação, têm a possibilidade de complementar o aprendizado da medicina altamente resolutiva de hoje, propiciando aos jovens médicos os melhores recursos de cura, enquanto a cura for possível, e, igualmente, os melhores recursos de cuidado, quando a cura não se efetivar e a morte se fizer anunciar.

Tendo isso em mente, o presente artigo pretende compartilhar uma experiência bem-sucedida no ensino de Tanatologia e Cuidados Paliativos (TanCP) na Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt) para alunos do segundo ano de formação, refletindo sobre o seu processo de didatização no primeiro semestre de 2012.

TANATOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS NO CURRÍCULO DE MEDICINA

Define-se por currículo a tessitura de informações, práticas, 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 ultrapassa o seu valor como apenas transmissão de conteúdo⁶.

Assim, o conceito por trás da composição dos conteúdos do currículo não se dissocia dos conceitos e valores desejáveis pela sociedade à qual a escola pertence. Pode-se até dizer que toda escola se esforça por propiciar o mais próximo do "ideal de homem" que a sociedade elegeu na época considerada, sendo hoje notória a demanda pela formação de sujeitos de direitos, dignos e verdadeiramente incluídos na trama social⁷.

É importante ter em mente esses conceitos, para que possam fundamentar a discussão que se pode estabelecer a partir da experiência relatada neste artigo: a construção conjunta e ativa do conhecimento desejável, o papel do professor nesse contexto e a contribuição deste e da Instituição de Ensino para uma formação mais completa do profissional médico.

Essa formação, em grande parte das Escolas de Medicina no Brasil, segue um padrão bastante particular: informação em volume nunca antes visto e compartilhada rapidamente (antes que se torne obsoleta); curto tempo para elaboração do conhecimento; descartabilidade de teorias e conceitos; domínio da técnica na abordagem do doente; uso, nem sempre criterioso, de tecnologia sofisticada e cara para diagnósticos que muitas vezes prescindiram de uma história clínica colhida atentamente e de um exame físico acurado; crescente opção do formando pelas especialidades em detrimento da prática da medicina geral; distanciamento entre médico e família do doente, consi-

derada muitas vezes por ele como um estorvo e uma ameaça⁸. Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina, no art. 3 afirme que:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação **generalista, humanista**, 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 do ser humano. (grifos da autora)⁹

Percebe-se com alarme o crescente descontentamento da população com os seus médicos, que não a tratam com a atenção nem a resolutividade desejadas.

Além disso, a leitura atenta das diretrizes deixa enfatizado que o saber médico deve se voltar à prevenção e à cura das doenças, Nelas nada se diz a respeito da importância do cuidado ao doente que não será curado e que caminhará para a morte, e tampouco se oferecem recursos na graduação de medicina para instrumentalizar os futuros médicos a cuidar dos doentes que se encontrem nessa situação.

Durante a formação do jovem médico, em grande parte das Escolas Médicas, atividades teóricas são quase exclusivas durante os dois ou três primeiros anos de formação.

O primeiro ser humano que se oferece à vista do aluno é o cadáver das aulas de anatomia. É possível que se inicie já nesse momento o distanciamento reativo que, muitas vezes, se intensificará ao longo da formação entre médicos e doentes: primeiro o aluno foge da morte vista no cadáver, e depois continua se protegendo dela e do doente que a anuncia, pelo distanciamento que a tecnologia permite.

Os alunos se ressentem da falta do contato com o doente nos primeiros anos de formação; é comum que, ao se lhes pedir que sugiram mudanças no currículo, eles mesmos falem da necessidade de estar próximos do doente, vendo-o, ouvindo-o e tocando-o desde os primeiros dias da Faculdade.

É igualmente muito traumático para esses jovens enfrentar pela primeira vez a morte de um doente com o qual tenham entrado em contato, mesmo que fugaz. Muitas vezes os alunos procuram professores com quem tenham uma relação de confiança e mostram a dor de uma experiência assim intensa, para a qual frequentemente ninguém os prepara.

Mas esse quadro não é exclusivo da formação médica; outras áreas da saúde também se ressentem das mesmas circunstâncias¹⁰.

Um questionário de sondagem (Anexo 1) que a autora aplica aos alunos de primeiro ano no primeiro dia de aula da Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos (TanCP), pergunta aos jovens se eles já presenciaram a morte de alguém. Alguns deles (a idade mínima dos alunos é de 16 anos, e a maioria tem em torno dos 18 anos de idade) sequer viram alguém morrer, exceto pela televisão. Às vezes a única experiência de morte pela qual passaram foi a perda de algum animal de estimação. Quando, no decorrer dessa primeira aula, a autora pergunta como eles supõem que possam se preparar para lidar com a morte dos seus futuros doentes, a grande maioria responde: "*Não vou 'perder' doentes*" (como se a posse do doente lhes fosse outorgada), ou "*Escolhi a medicina para salvá-los!*".

Essa resistência ao enfrentamento da morte se intensifica com o passar dos anos de formação: despreparado de início para tal, há pouco tempo e espaço para que o aluno entre em contato com as suas próprias dores, com os medos que a visão da morte provoca no interior de cada um, com o desconforto e a perplexidade que causam os conflitos éticos que ele vivencia diariamente.

Cabe aqui ressaltar um fato que pode agravar essa exigência: mais do que a metade dos estudantes de medicina hoje no Brasil é constituída por mulheres, a quem é mais difícil pedir pelo privilégio da racionalidade sobre a emoção¹¹.

Assim, o estudante de medicina progride na formação da sua personalidade profissional ladeado por dois tutores que pouco lhe facilitam a construção de um perfil mais humano: os seus próprios sentimentos não validados e a personalidade defensiva dos seus professores, eles próprios vítimas da mesma formação tecnicista, numa sequência repetitiva¹².

É fácil compreender, nesse cenário, a insatisfação de médicos, doentes e familiares com uma medicina cada vez mais assertiva, mas, em contrapartida, cada vez mais fria e impessoal¹³.

Contudo, dentro dessa perspectiva, nos anos 1960, se inicia na Inglaterra uma reação a esse quadro: Dame Cicely Saunders cria as bases do que se convencionou chamar Movimento *Hospice* ou Cuidados Paliativos (CP); e essa filosofia se espalha pelo mundo, respondendo a um anseio da sociedade por mais dignidade no trato da doença e da morte. No Brasil, as primeiras ações clínicas com base nos princípios do Movimento *Hospice* se deveram à Dra. Mirian Marteleite, a partir de 1983, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁵.

Dessa época até hoje, vários serviços de cuidados paliativos se formaram no Brasil, cursos de formação para profissionais se multiplicam, congressos nacionais e internacionais acontecem nas diversas regiões do país e literatura nacional de qualidade começa a ser produzida.

É claro que instrumentar profissionais para atuarem em CP é necessário e urgente: a população vive mais tempo e as doenças crônicas têm um incremento proporcional evidente e cursam por longo tempo com considerável sofrimento para o doente e a família. Além disso, a medicina paliativa tornou-se área de atuação de seis especialidades médicas (geriatria, pediatria, oncologia, clínica médica, anestesiologia, medicina da família) a partir de 1º de agosto de 2011¹⁴, por conta da Resolução CFM nº 1.973/2011.

Vale a pena, nesse ponto, questionar se o caminho de tornar a medicina paliativa, no futuro, em mais uma das inúmeras especialidades que fatiam o doente em partes que pouco se relacionam entre si é o mais adequado à necessidade crescente da população por cuidados integrais aos doentes crônicos.

O Dr. Derek Doyle, eminente autoridade internacional em Cuidados Paliativos, em recente comunicação pessoal à autora, afirma que a Inglaterra, país que primeiro optou por transformar a medicina paliativa em especialidade médica, 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 essa decisão (afirmação registrada em vídeo de posse da autora).

Talvez se deva pensar que seja igualmente importante preparar o futuro médico 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 diante das grandes questões existenciais que a doença e a morte envolvem¹.

A autora participou recentemente (nos dias 16 e 17 de novembro de 2012) do I Encontro Latino-Americano de Docentes de Cuidados Paliativos em Buenos Aires, promovido pela *Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos* (ALCP). O evento foi organizado com o patrocínio da *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), para divulgar entre os países da América Latina a orientação sugerida pela IAHPC, baseada na experiência europeia dos últimos anos. Percebeu-se na Europa, após anos de educação em CP em cursos de pós-graduação (considerava-se mais rápido investir em profissionais já formados), a necessidade de iniciar a sensibilização dos profissionais ainda no decorrer da graduação. Desta forma, considerava-se que a construção de atitudes e

comportamentos adequados à prática dos CP seria facilitada. A IAHPC recomenda então que, no mundo inteiro, se procure sensibilizar os governos, as instituições de ensino e as associações de classe para que a educação em CP se inicie no primeiro ano da graduação das várias profissões da saúde¹⁵.

Se nos dispusermos a tomar esse caminho no Brasil – o de propiciar a todos os médicos o contato com a medicina paliativa e não apenas titular alguns poucos como especialistas por sociedades que se auto-organizam para tal –, talvez pudéssemos manter a esperança de responder à crescente necessidade de cuidados integrais ao paciente crônico e à sua família¹⁶.

A Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) foi a primeira escola médica a disponibilizar, através do Prof. Marco Tullio de Assis Figueiredo, cursos de CP em caráter eletivo a alunos de graduação em medicina, enfermagem e fisioterapia, de 1994 a 2008. A partir de 2007 passou a existir também o curso de tanatologia, coordenado pela autora e que se estendeu de 2007 a 2009.

O Prof. Marco Tullio é considerado o pioneiro em educação em CP no Brasil e permanece sendo ainda um dos poucos a enfatizar a importância do ensino curricular de CP nas Faculdades de Medicina. No ano de 2003 foi convidado a se envolver com a criação da disciplina de CP e do Serviço de CP na Faculdade de Caxias do Sul – RS que se iniciaram em 2004 e funcionam até hoje.

É difícil conseguir que as mais de 180 Escolas de Medicina no país respondam a questionários investigativos. A autora acompanhou recentemente o esforço de um doutorando da Universidade Federal de Minas Gerais, que tentava investigar quantas Faculdades de Medicina do país falam de Cuidados Paliativos aos seus alunos. Ele foi obrigado a reduzir a sua amostra apenas às Faculdades de Minas Gerais. Pôde, então, constatar que no estado de Minas, apenas a Faculdade de Medicina de Itajubá oferece, em caráter curricular, o estudo de Tanatologia e Cuidados Paliativos, e que na Unifenas (método ABP) no 4º período, ele próprio ministra uma Disciplina de Estratégia de Prática Médica na Comunidade, com foco em Terminalidade e Cuidados Paliativos, com duração de um semestre (comunicação pessoal à autora).

Na FMIt, a disciplina de TanCP é oferecida aos alunos de primeiro, segundo e quarto anos da graduação pela autora (professora assistente), e coordenada pelo Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo (professor titular).

No primeiro e segundo anos, a disciplina oferece 36h e no quarto ano, 18h, a grupos de 40 alunos a cada 15 dias. Isso significa que cada aluno de primeiro e segundo anos tem 18h e os de quarto ano, 9h apenas de contato com o assunto da disciplina:

QUADRO

Carga horária quinzenal da disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina de Itajubá.

	PRIMEIRA SÉRIE	SEGUNDA SÉRIE	TERCEIRA SÉRIE
DISCIPLINAS	AB CD	AB CD	AB CD
TanCPI	18h 18h	X	X
TanCPII	X	18h 18h	X
TanCPIII	X	X	09h 09h

Nota: As siglas AB e CD se referem à divisão de turmas em cada série (cerca de 20 alunos em cada uma das quatro turmas).

Alguns cenários, dentre outros, tornam espinhosa a tarefa de sensibilizar os alunos para a disciplina de TanCP:

- as turmas são grandes (40 alunos em cada aula) e a carga horária é exígua;
- isso torna pouco viável ao aluno a prática junto ao doente, o que é recomendável a cursos como o de medicina;
- 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.

É comum que os alunos apresentem sinais visíveis de evitação do assunto da aula: dormem por alguns períodos, leem outra matéria “mais importante”, conversam, jogam jogos eletrônicos no celular ou acessam as redes sociais. Alguns se aproximam, conversam a respeito dos seus temores e se sensibilizam verdadeiramente com a constatação de que é melhor aprender a lidar com mais naturalidade com esses assuntos espinhosos, que serão a sua rotina quando profissionais. Al-

guns outros, mesmo desconfortáveis, acabam por participar das discussões e das atividades e terminam por mostrar interesse em se envolver com o assunto.

DIDATIZAÇÃO DA DISCIPLINA DE TANATOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS NO CURRÍCULO DE MEDICINA

A disciplina de TanCP existe na grade curricular da FMIIt desde fevereiro de 2010. A sua criação se deveu ao grande interesse pelo assunto que tinham o presidente da Entidade Mantenedora da FMIIt (AISI), Dr. Kleber Lincoln Gomes, e a vice-diretora da Faculdade, Dra. Christina Grieger (falecida em janeiro de 2010, pouco antes da primeira aula). Eles tinham entrado em contato com CP através de um hospital em São Paulo, dirigido por um ex-aluno da FMIIt que implantara as práticas de CP com a assessoria do Prof. Dr. Marco Tullio.

A disciplina teve que se ajustar à carga horária disponível, e não à necessidade real de tempo para a adequada transmissão e para a prática dos conceitos.

De acordo com a teoria da transposição didática desenvolvida por Chevallard (1985), o conteúdo a ser ensinado deve passar por um conjunto de transformações adaptativas, a fim de se constituir em um saber a ser ensinado, assimilável pelo aprendiz e constituinte de um currículo formal (noosfera). Há, pois, um saber externo, definido formalmente pelo currículo, que advém de produção científica (no caso em questão) e que deve ser devidamente adaptado às situações exequíveis ao cenário acadêmico e curricular que compõe o currículo a ser vivido. De um conteúdo estabelecido para um conteúdo a ser ensinado (transposição didática externa), parte-se para um processo de seleção interna, não apenas compatível com a lógica do próprio saber, mas de acordo com o próprio projeto de formação de médicos¹⁷. Tal é o espaço em que a criação didática se faz presente no sentido de tornar o conteúdo passível de assimilação por parte dos aprendizes, como conteúdo ensinável. Sua didatização supõe a transformação do conteúdo ensinado em conteúdo efetivamente aprendido, exigindo uma postura acerca do aluno como sujeito coautor do próprio processo de ensino, e definindo momentos que deveriam ser reservados para uma produção reflexiva individual e coletiva sobre o conteúdo em sala de aula.

Confirmando Chevallard, desde logo se percebeu que era necessário provocar o interesse dos alunos em aceitar aulas menos ortodoxas e convidá-los a participar da construção quase artesanal do conhecimento que, inclusive, poderia ser disponibilizado para outras escolas que o desejassem. Sempre foi enfatizada aos alunos a oportunidade única de auxiliarem a outros na obtenção do conhecimento em si e do “conheci-

mento de como conhecer” sobre CP. Uma disciplina assim tão nova no currículo de medicina certamente se beneficiaria da contribuição dos alunos em ensinarem eles mesmos a outros sobre como um aluno aprende e incorpora conhecimentos e atitudes novos.

Com esse objetivo a disciplina criou, em início de 2011, um projeto extracurricular chamado “A Arte do Cuidar”, que tem como missão principal elaborar material didático de qualidade produzido por alunos e destinado a ensinar outros (experiência até agora inédita no país, ao que se saiba).

Até o momento o projeto já elaborou 4 cursos de CP, coordenou estágios de observação em CP para cerca de 120 alunos em serviços parceiros nas cidades de São Paulo, Barretos e Rio de Janeiro. Organizou dois saraus de CP em outubro de 2011 e outubro de 2012 e publicou dois manuais de CP e três vídeos educativos. Essas ações fora da sala de aula acabaram por “contaminar” mais alunos que, agora dentro do espaço e do tempo formais de aula, se dispõem a criar material didático para a transmissão dos conceitos de CP, que constam do Plano de Aulas anual. Foi se tornando evidente a disposição de um número crescente de alunos em superar uns aos outros na construção de estratégias menos formais para a transmissão de conhecimentos. É combinado com eles que as melhores criações (eleitas por eles mesmos em função de itens, como: clareza, transmissão de conceitos, interesse dos colegas, criatividade na elaboração do método, por exemplo) servirão como “aulas” aos alunos de séries anteriores. Os próprios criadores da estratégia a apresentam em outras classes e recebem um certificado de palestrantes, o que é bastante apreciado por eles pelo valor que essas atividades conferem ao currículo. Vezes há, também, que um texto construído por eles se transforma em um pequeno artigo, que é apresentado no Congresso de Iniciação Científica da FMIIt ou é publicado em uma das colunas que a autora assina em dois jornais locais.

Sem que se apercebam completamente disso num primeiro momento, os alunos se tornam, enquanto aprendem, simultaneamente sujeitos e veículos de transmissão do conhecimento a outros colegas. É interessante perceber que o fazer do ponto de vista das formas de aprendizado de indivíduos muito semelhantes a eles próprios, mais semelhantes do que o são da professora. Dessa forma, atingem os colegas e derrubam barreiras mais rápida e eficazmente do que se o fizesse apenas a professora¹⁸.

É claro que o processo pede pela presença constante e atenta da professora orientando, fornecendo fontes confiáveis de consulta, esclarecendo dúvidas. Para isso é preciso que o respeito pelo caminhar do aluno seja a base da relação entre a professora e o aprendizado. 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, etc.⁶. Todos esses procedimentos têm sido bastante estimulantes para incrementar o interesse por parte dos alunos e para a fixação de conceitos que, dessa forma, dependem em menor grau da carga horária pequena.

DETALHAMENTO DA EXPERIÊNCIA EM QUESTÃO

Em um dia de aula típico, pediu-se a uma das turmas (CD) do segundo ano que lesse um texto denominado “O paciente terminal, o médico e o medo da morte” (Anexo 2), fornecido pela professora, e que se formasse um grupo de seis alunos que transmitisse aos demais a sua interpretação do texto. À apresentação dos seis alunos se seguiria uma discussão em que seriam enfatizados os principais pontos que se desejava fixar.

No dia combinado, os seis alunos chegaram à sala de aula com um grande volume nas mãos, o que provocou intensa curiosidade entre os demais (a autora aí incluída, porque dessa vez os alunos não haviam solicitado nenhum auxílio).

Com seriedade, eles dividiram a classe em grupos de quatro pessoas, cada um em volta de uma pequena mesa; em cada mesa um dos organizadores da dinâmica depositou uma grande folha de papel com a face escrita voltada para baixo, um dado, quatro fichas pequenas de plástico, de cores diferentes, e várias cartelas escritas de um dos lados, enquanto que do outro algumas delas mostravam a figura de um ponto de interrogação e outras a de um triângulo com um ponto de exclamação no seu interior.

Depois que todos os alunos se acalmaram, um dos organizadores disse:

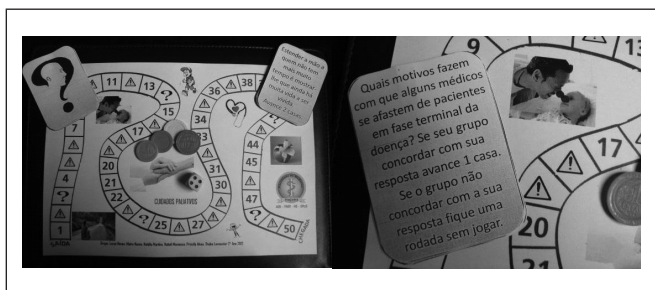
“Nós todos lemos o texto que mostra o quanto o médico está despreparado para lidar com a morte do seu doente. E nós concordamos com o texto. Nós sabemos que não será possível passar a vida profissional inteira sem ‘perder’ (essa expressão, embora inadequada por denotar posse de uma pessoa sobre outra, é corrente entre médicos e os alunos a copiam) nenhum paciente. Precisamos aprender a lidar com a morte do doente, que nos lembra da nossa própria morte, e a não abandoná-lo e à sua família, à própria sorte. Este jogo vai nos ensinar um pouco sobre isso”.

Percebe-se claramente aí uma reinterpretação própria, criativa e lúdica do texto inicial, oferecido para leitura. O aluno não repete mecanicamente o conceito obtido do texto, mas depois de degustá-lo e refletir sobre ele, compartilha com os demais a sua própria versão elaborada e criativa das ideias do autor.

Em seguida, ele pediu aos grupos que virassem a folha, que mostrava uma cartela com uma “estrada” sinuosa dividida em várias pequenas casas formadas por linhas transversais. Algumas casas eram vazias e outras tinham ora um triângulo com um ponto de exclamação no seu interior ou um ponto de interrogação. Cada jogador, em sequência, jogava o dado e caminhava com uma das fichas coloridas pelo número de casas correspondente ao número que o dado indicara. Se o jogador parasse com a sua ficha em uma casa com a exclamação, ele escolhia uma carta (previamente disponibilizada) e lia o enunciado dessa carta (esse enunciado era retirado de algum dos textos disponíveis como bibliografia), que reforçava conceitos de CP. Em seguida ele andava mais uma casa. Caso ele parasse, depois de jogar o dado, em uma das casas com o ponto de interrogação, era convidado a escolher uma carta de outro monte, que continha uma pergunta sobre CP. Se ele respondesse adequadamente (os outros jogadores julgavam o acerto da resposta) ele andava mais duas casas; caso errasse, voltava uma casa.

FIGURA

Detalhes do jogo, mostrando a cartela, as fichas, os dados e textos dos dois tipos de cartas.



O jogo continuava até que o primeiro jogador alcançasse a casa de número 50, marcada como chegada.

A classe reagiu alegremente a essa proposta, e não houve nenhum grupo que não tenha terminado o jogo. Os ganhadores se cumprimentavam, e brincadeiras, como: “*só pode ter roubado*”, “*eu sabia...*”, “*professora, ele colou...*”, “*quero desforra*”, “*mais uma, agora eu ganho*”, eram ouvidas por toda a classe, e mesmo os alunos mais apáticos em outras situações participaram ativamente.

Em seguida a professora fez perguntas sobre os principais conceitos de CP, e não houve hesitação nas respostas, nem dificuldade de se conseguir participação dos alunos, mesmo dos mais tímidos ou dos habitualmente mais relutantes. Nenhuma resposta pôde ser considerada errada (à altura dessa atividade

os alunos já haviam recebido as noções básicas sobre os princípios dos Cuidados Paliativos; além disso, o próprio formato da dinâmica propiciava que alunos que sabiam mais ajudassem os que sabiam menos, desde que a participação de todos era necessária para a continuação do jogo).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção conjunta professor-aluno dos procedimentos didáticos em sala de aula pode não ser sempre possível, pode não ser de fácil execução, mas é de extrema valia sempre que acontece, porque “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”¹⁸.

Ou o aluno se torna artífice da construção do próprio saber em conjunto com o professor, ou estaremos diante da famosa “educação bancária” de Paulo Freire, em que o aprendiz não passa de mero objeto passivo de depósito do saber de quem transmite conceitos¹⁸.

O papel do professor na escola atual pode crescer significativamente em importância, mas apenas e tão-somente se ele se comprometer a respeitar o aluno à sua frente na individualidade pessoal e única de cada um, a valorizar o universo cultural que cada aprendiz traz consigo, à espera apenas da validação do professor para florescer no ambiente da escola.

Desse ponto de vista, e centrados ambos na relação ética do respeito mútuo, é que as descobertas e o conhecimento acontecem e se solidificam para alunos e professores, porque ambos são sujeito e objeto da aprendizagem, como em uma dança elegante e leve que continuamente se renova.

Melhor palavra para isso do que a “boniteza” de Freire, não me parece haver¹⁸.

Não há uniformidade no grupo de alunos diante de um professor, os estilos de aprendizagem são variados, os interesses também, e sempre se tem que considerar aqueles alunos para quem nada além da falta do professor à aula pode interessar.

Soma-se a essa complexidade o fato de que o interesse da maioria dos alunos está longe da sala de aula, considerada por muitos quadrada, chata, retrógrada e inútil. Se acompanharmos os alunos nas suas redes sociais, leremos os seus comentários a respeito da escola, dos professores, das provas, e das segundas-feiras em tom bem pouco elogioso, via de regra.

O professor, então, adquire importância crucial nesse cenário de desinteresse: a sua postura ética, a disponibilidade às dúvidas e dificuldades do aluno dentro e fora da sala de aula, inclusive a escuta empática de problemas pessoais, a autoridade que demonstra, a competência no seu campo de ação,

o entusiasmo pela sua área de conhecimento, a sua abertura a questionamentos e ao aprendizado do novo, todas essas características contribuem para que o aprendizado tenha apelo para o aluno.

É claro que o professor, assim atento, não transmitirá apenas conteúdo pronto, mas se esforçará por montar, em conjunto com os alunos, as melhores formas de interessá-los pela construção do conhecimento.

O professor será sensível à reflexão conjunta constante e ao diálogo franco com os alunos, estimulando as relações entre eles, dentro e fora do tempo e do espaço de aula. O professor se orgulhará verdadeiramente dos progressos dos seus alunos, e apontará os seus erros apenas para que estes se transformem em indagações que geram mais buscas e mais indagações. O professor refletirá essas atitudes para os alunos, e isso os ajudará a que confiem mais em si mesmos e em seus próprios juízos e se sintam artífices ativos da construção dos seus saberes vida afora.

No caso especial de uma disciplina como Tanatologia e Cuidados Paliativos, desconhecida da grande maioria dos alunos, mais ainda é preciso construir em conjunto e com profundo respeito às dificuldades dos aprendizes. A delicadeza e a sensibilidade são ferramentas obrigatórias para essa caminhada, porque se trata de reflexões e de tarefas que aproximam os envolvidos aos mistérios insondáveis da vida e da morte.

A experiência da disciplina de TanCP da FMIIt pode servir de ponto de reflexão e de partida para novos e melhores procedimentos didáticos para professores de Tanatologia e Cuidados Paliativos, quando houver mais deles pelo Brasil.

E, como se trata de procedimento, pode ser ajustada a qualquer conteúdo e a qualquer tipo de formação.

Ainda, em se considerando a formação médica, através da inserção dessa disciplina no currículo e do uso de estratégias didáticas diferenciadas, talvez se caminhe com mais firmeza e determinação em direção ao desejado: ao lado de uma formação técnica irrepreensível, a construção de valores igualmente importantes a quem se dedicará, como tarefa maior, à busca do alívio do sofrimento do outro.

Esse sempre foi o objetivo da Dame Cicely Saunders e do Movimento *Hospice*: unir-se e somar esforços à medicina tradicional para que os médicos nunca deixem de cumprir a sua missão maior: “curar sempre que possível e cuidar quando a cura não acontece”.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo MTA. Educação em Cuidados Paliativos: uma experiência brasileira. *Rev Mundo Saude*. 2003;27(1):65-70.
2. Lown B. A arte perdida de curar. São Paulo: JSN; 1997.
3. Perdicaris AAM. A semiótica da morte e do morrer: um desafio à comunicação institucional. In: Rezende VL, org. Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: UNICAMP; 2000. p.107-17.
4. Ariès P. O homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1981. 2v.
5. Figueiredo MGMCA. Cuidados Paliativos. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira RC, Veit MT, et al, orgs. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008. p. 382-7.
6. Sacristan JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
7. Candau VM, org. Reinventar a escola. Petrópolis: Vozes; 2002. Direitos humanos, violência e cotidiano escolar. p.137-65.
8. Pazin Filho A. Morte, considerações para a prática médica. *Med Ribeirão Preto*. 2005;38(1):20-5.
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
10. Sakagushi DS. A percepção dos discentes e docentes de um curso de graduação em enfermagem a respeito do ensino da morte e do processo de morrer. São Paulo; 2008. Graduação [Trabalho de Conclusão de curso] — Universidade Federal de São Paulo.
11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Mulheres são mais da metade dos médicos recém-formados no Brasil [online]. CREMESP On-line [acesso 2012 maio 26]. 2011 [acesso em 26 maio 2012]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Imprensa&acao=crm_midia&id=632
12. Buffon VR. O estudante de medicina diante da finitude do homem. *Prat Hosp*. 2006;8(45):159-61.
13. Carvalho MVB. O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer. São Paulo; 2003. Doutorado [Tese] — Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem.
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1.973/2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1 de agosto de 2011, Seção I, p. 144-7.
15. Educación en Cuidado Paliativo en Latinoamérica: Desarrollo de Nuevas Estrategias. 2012 novembro 16 a 17. Buenos Aires, Argentina: Universidad Austral; 2012.

16. Figueiredo MGMCA. Medicina Paliativa. Rev Cienc Saude. 2001;1(3):2-3.
17. Chevallard Y. La transposicion didactique: du savoir savant au savoir enseigné. Grenoble: La Pensée Sauvage; 1985.
18. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

ANEXO: Os instrumentos utilizados estão disponíveis para consulta em <http://www.educacaomedica.org.br/anexos>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo contribuiu na concepção e desenho do estudo, condução da aula que deu

origem ao estudo, análise e interpretação dos dados e redação do texto. Rita de Cássia M. T. Stano contribuiu na revisão bibliográfica e revisão da versão final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo
Av. Renó Júnior, 368
São Vicente — Itajubá
CEP. 37502-138 MG
E-mail: mottacruz@terra.com.br