Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Fernanda Laporti Seredynskyj

Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde

Ribeirão Preto
2019

FERNANDA LAPORTI SEREDYNSKYJ

Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: O cuidar de adulto e idosos.

Orientadora: Profª. Drª. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Ribeirão Preto

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Seredynskyj, Fernanda Laporti

Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde. Ribeirão Preto, 2019.

168p.: il. ; 30 cm

Tese de doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

1. Enfermagem. 2. Cuidados paliativos.
3. Estudantes de ciências da saúde. 4. Educação. 5. Currículo.

SEREDYNSKYJ, Fernanda Laporti

Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____/ ____/ _____

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este estudo ao meu avô João Roberto Laporti (in memorian), que tanto me ensinou sobre honestidade e responsabilidade. Tenho certeza que estaria orgulhoso de mim se estivesse aqui, como sempre me diz a minha avó Josephina. Obrigada por toda forma correta de educar, que me fez estar onde estou.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** em primeiro lugar, por me dar o dom da vida, da inteligência e da capacidade para seguir em frente mesmo nos momentos mais difíceis, e a **Nossa Senhora,** por sempre estar ao meu lado, me guiando e me iluminando nos caminhos. Fortaleçam sempre a minha fé para que eu possa continuar.

Aos **meus pais, Iwan e Rosangela,** pelo amor protetor e incondicional sempre, e pelo incentivo diário a não desistir dos meus sonhos. Obrigada por tudo! Pai seu nome finalmente está no trabalho e mãe você é o maior presente que Deus poderia ter me dado. Amo muito vocês!

A **minha avó, Josephina,** por todo amor e dedicação todos esses anos, mesmo diante das preocupações e dos meus estresses diários. Te amo muito e perdoe a minha impaciência!

Ao **meu irmão, Iwan,** porque mesmo quando nervoso, ainda é a pessoa de melhor coração que eu conheço. Obrigada por sempre estar por perto e se preocupar... Por se magoar, mas perdoar... Por vibrar com cada conquista minha... Tenho muito orgulho de você e desejo que você realize todos os seus sonhos! Estarei aqui sempre, para o que precisar!

Aos **meus tios, tias, primos e primas,** que mesmo diante de todas as dificuldades, sempre estiveram ao meu lado.

A **você, Lucas,** que mesmo tão recente na minha vida, já fez tanto por mim. Obrigada por toda a compreensão nos piores momentos e por sempre estar ao meu lado para me ajudar em tudo que eu precisei. Agradeço a Deus por ter você ao meu lado.

A **senhora, Severina,** por estar tão presente na minha vida e ser um exemplo para mim de bondade e fé. Obrigada por todo o apoio sempre.

A **minha tia, Lúcia,** por toda oração e intercessão durante todos esses anos. Obrigada por todo amor e dedicação, e desculpe a minha ausência e impaciência. Amo muito a senhora!

Às **minhas amigas, Aline, Maria Paula, Marcinha, Marina, Jéssica, Marília, Larissa, Paola e Vanessa,** pela amizade e pela compreensão nos momentos mais difíceis. Obrigada por todo o apoio e por não terem desistido de mim, mesmo quando estive longe ou ausente.

A **você, Edma,** por toda a paciência, persistência e dedicação todos esses anos. Obrigada por tudo, por toda a ajuda e preocupação. Eu não saberia o que fazer se não fosse você! Estarei aqui sempre, para o que precisar!

Aos **Idosos, do Grupo Nova Idade,** por todo carinho durante todos esses anos. Vocês fazem parte da minha família e da minha vida! Amo a cada um de vocês!

À **Universidade de São Paulo**, em especial à **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, pelas oportunidades proporcionadas e por todo conhecimento adquirido.

A **minha orientadora, Profª Rosalina Ap. Partezani Rodrigues,** pela condução e orientação deste estudo. Por todo conhecimento compartilhado e pela paciência nos momentos mais difíceis. Obrigada por toda oportunidade de crescimento e formação.

Aos **meus amigos do grupo de pesquisa, Francine, Alexandre, Luipa, Suelen, Vanessa, Maria e Karen,** por toda ajuda e colaboração para que este trabalho fosse desenvolvido.

Aos **Alunos de Graduação, que colaboraram com o estudo,** por compartilharem suas experiências e contribuírem para o desenvolvimento da proposta.

Aos **Especialistas, que avaliaram a proposta**, por compartilharem seus conhecimentos e colaborarem para o desenvolvimento do estudo.

Aos **pacientes,** que diante de todo sofrimento, me impulsionaram a buscar mudanças para uma assistência e um cuidado mais humanizado.

“A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos"

(Fleck et al., 1999)

RESUMO

SEREDYNSKYJ, Fernanda Laporti. **Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde**. 2019. 168f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introdução: A necessidade de implementação dos cuidados paliativos é crescente em países de todo o mundo. Apesar disso, a maioria dos profissionais, apresenta pouco ou nenhum conhecimento teórico-prático em relação aos cuidados paliativos, o que torna evidente que a formação básica dos graduandos e a educação continuada dos profissionais de saúde se encontram, de alguma forma, deficientes nesta área. Nesse sentido, o estudo apresentou a seguinte questão de pesquisa: "Quais são os saberes essenciais para uma proposta educativa, sobre cuidados paliativos, e como estes podem contribuir na formação técnica e científica de alunos de graduação das ciências da saúde?" **Objetivo:** Desenvolver uma proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos, para contribuir na formação técnica e científica de alunos de graduação das ciências da saúde. **Método:** Estudo desenvolvido em duas fases, sendo: a primeira, denominada "preparatória", com a revisão integrativa da literatura, o trabalho de campo com os alunos de graduação e a avaliação de conteúdo da proposta, por especialistas da área; e a segunda fase, denominada "desenvolvimental", com a avaliação da validade de conteúdo da proposta, por especialistas da área, e o desenvolvimento final da proposta educativa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Resultados:** A revisão integrativa da literatura foi realizada a partir da seguinte questão de pesquisa: "Quais as evidências disponíveis na literatura sobre o ensino dos cuidados paliativos aos alunos de graduação das ciências da saúde?"A busca foi realizada sem restrição de datas, nos idiomas inglês, português e espanhol, nas bases de dados PubMed, LILACS e Embase. Um total de 1275 artigos foram identificados, sendo 28 artigos incluídos na revisão. Os artigos foram publicados entre os anos de 2001 a 2017, todos em língua inglesa. Todos os artigos apresentaram algum tipo de intervenção educativa, com pré e/ou pós teste e destes, apenas quatro estudos apresentaram análise exclusivamente qualitativa. Os resultados evidenciaram o ensino dos cuidados paliativos de forma esporádica e pontual durante os cursos de graduação, mas com a utilização das metodologias ativas, que possibilitaram a formação dos alunos nos níveis de conhecimento, competência, habilidade e atitude. No que diz respeito ao trabalho de campo desenvolvido com alunos, foi utilizado um questionário autoaplicável e a estratégia do método problematizador. O programa SPSS, versão 23.0, foi utilizado para a análise dos dados sociodemográficos e de formação acadêmica dos alunos, e o software ALCESTE e o método da análise temática, para a análise dos discursos. A população do estudo foi constituída por 12 alunos, 91,7% do sexo feminino, com idade entre 21 a 28 anos (média=22,8 anos), todos solteiros. Dos cursos de graduação, 50% eram alunos da enfermagem, 41,7% da fonoaudiologia e 8,3% da medicina. Quanto à formação acadêmica, 66,7% dos alunos referiram não terem cursado nenhuma disciplina sobre os cuidados paliativos durante a graduação, 91,7% referiram que não possuíam o conhecimento necessário para atuar em cuidados paliativos e 75% não se sentiam preparados para atuar na área, caso fosse necessário. Em relação à análise dos discursos, o *corpus* analisado apresentou 63% de aproveitamento e foi dividido em cinco classes, denominadas: 1) Formação acadêmica (14%); 2) Atuação profissional (43%); 3) Cuidado ao paciente e a família (8%); 4) Vivências do aluno no processo de cuidar (22%); 5) Interprofissionalidade e tomada de decisão (13%). A partir dos resultados obtidos com a revisão integrativa da literatura e com o trabalho de campo a proposta educativa foi desenvolvida. Os temas emergentes dos dois estudos foram agrupados, organizados e subdivididos em

unidades/módulos de aprendizagem. Os especialistas realizaram a avaliação de conteúdo da proposta com sugestões apresentadas ao longo do instrumento adotado. A proposta educativa foi alterada de acordo com as considerações e pertinência emanadas dos especialistas. Após, a avaliação da validade de conteúdo da proposta foi realizada com a utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O índice variou de 0,8 a 1, sendo que todos os itens apresentaram IVC-I $\geq$ 0,78 e o conjunto total dos itens apresentou IVC-S de 0,92, evidenciando uma adequada validade de conteúdo da proposta educativa. As considerações dos especialistas que foram pertinentes a esta versão da escala também foram realizadas. A proposta educativa final dos saberes essenciais em cuidados paliativos, para o processo de ensino-aprendizagem dos alunos de graduação das ciências da saúde, apresentou oito unidades/módulos de aprendizagem, denominadas: 1) Princípios dos cuidados paliativos; 2) Comunicação; 3) Avaliação clínica; 4) Manejo dos sintomas e do sofrimento; 5) Suporte bio-psico-social-espiritual; 6) Plano de cuidados e tomada de decisão; 7) Gestão do cuidado e dos serviços de saúde; 8) Assistência no fim da vida. **Conclusão:** As limitações da abordagem dos cuidados paliativos reforçam a necessidade da inclusão da temática nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação das ciências da saúde. O presente estudo apresentou uma proposta que ainda necessitará ser validada com os alunos de graduação, de forma a propor novas reflexões e diretrizes para o ensino da temática.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Estudantes de Ciências da Saúde. Educação. Currículo.

ABSTRACT

SEREDYNSKYJ, Fernanda Laporti. **Palliative care in the education of undergraduate students in health field.** 2019. 168f. Thesis (Doctorate in Sciences) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introduction: The need for palliative care implementation is growing in countries around the world. Nevertheless, most professionals have little or no theoretical-practical knowledge regarding palliative care, which makes it evident that undergraduate basic education and continuing education of health professionals are somewhat deficient in this area. In this sense, the study presented the following research question: "What are the essential knowledge for an educational proposal, about palliative care, and how they can contribute to the technical and scientific formation of undergraduate students of health sciences?" **Objective:** To develop an educational proposal of essential knowledge in palliative care, to contribute to the technical and scientific training of undergraduate students in health sciences. **Method:** This is a two-phase study, the first of which is called "preparatory", with an integrative literature review, fieldwork with undergraduate students, and content evaluation by experts in the field; and the second phase, called "developmental", with the evaluation of the proposal's content validity by experts in the field and the final development of the educational proposal. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Ribeirão Preto College of Nursing. **Results:** The integrative literature review was conducted based on the following research question: "What are in the literature the available evidences about teaching palliative care to undergraduate students in health sciences?" The search was performed without date restriction, in English, Portuguese and Spanish, in PubMed, LILACS and Embase databases. A total of 1275 articles were identified, 28 articles included in the review. The articles were published from 2001 to 2017, all in English. All articles presented some kind of educational intervention, with pre- and/or post-test and of these, only four studies presented exclusively qualitative analysis. The results showed the teaching of palliative care sporadically and punctually during undergraduate courses, but with the use of active methodologies, which enabled the formation of students in the levels of knowledge, competence, skill and attitude. Regarding the fieldwork developed with students, a self-administered questionnaire and the strategy of the problematizing method were used. The SPSS software, version 23.0, was used for the analysis of students' sociodemographic and academic data, and the ALCESTE software and thematic analysis method for discourse analysis. The study population consisted of 12 students, 91.7% female, aged between 21 and 28 years (average = 22.8 years), all single. Of the undergraduate courses, 50% were nursing students, 41.7% from speech therapy and 8.3% from medicine. Regarding academic education, 66.7% of students reported not having attended any discipline on palliative care during graduation, 91.7% reported that they did not have the knowledge necessary to work in palliative care and 75% did not feel prepared to work in the area if needed. Regarding discourse analysis, the analyzed *corpus* presented 63% of achievement and was divided into five classes: 1) Academic formation (14%); 2) Professional performance (43%); 3) Patient and family care (8%); 4) Student experiences in the care process (22%); 5) Interprofessionality and decision making (13%). From the results obtained with the integrative literature review and fieldwork the educational proposal was developed. The emerging themes of the two studies were grouped, organized and subdivided into units / learning modules. The experts performed the content evaluation of the proposal with suggestions presented throughout the adopted instrument. The educational proposal was changed according to the considerations and pertinence suggested by the specialists. Subsequently, the evaluation of the proposal's content validity was performed using the

Content Validity Index (CVI). The index ranged from 0.8 to 1, and all items had IVC-I ≥ 0.78 and the total set of items had IVC-S of 0.92, showing an adequate content validity of the educational proposal. Expert considerations that were pertinent to this version of the scale were also made. The final educational proposal of essential knowledge in palliative care, for the teaching-learning process of undergraduate health sciences students, presented eight learning units / modules, called: 1) Principles of palliative care; 2) communication; 3) Clinical evaluation; 4) Management of symptoms and suffering; 5) Bio-psycho-social-spiritual support; 6) Care plan and decision making; 7) Management of care and health services; 8) End-of-life care. **Conclusion:** The limitations of the palliative care approach reinforce the need to include the theme in the pedagogical projects of undergraduate health sciences courses. This study presented a proposal that will still need to be validated with undergraduate students, in order to propose new reflections and guidelines for teaching the subject.

Keywords: Palliative Care. Students in Health Sciences. Education. Curriculum.

RESUMEN

SEREDYNSKYJ, Fernanda Laporti. **Cuidados paliativos en la formación de los estudiantes de pre-grado del área de la salud**. 2019. 169p. Tesis (Doctorado en Ciencias) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introducción: La necesidad de la implementación de los cuidados paliativos es creciente en los países en todo el mundo. A pesar de eso, la mayoría de los profesionales, tienen poco o ningún conocimiento teórico-práctico en relación a los cuidados paliativos, lo que hace evidente que la formación básica de los estudiantes de pre-grado y la educación continuada de los profesionales de la salud se encuentra, de alguna forma, deficiente en esta área. En este sentido, el estudio presento la siguiente pregunta de investigación: "Cuál es el conocimientos esenciales para una propuesta educativa sobre cuidados paliativos y como estas pueden contribuir en la formación técnica y científica de los estudiantes de pre-grado de ciencias de la salud?" **Objetivos**: Desarrollar una propuesta educativa sobre los conocimientos esenciales en cuidados paliativos, para contribuir en la formación técnica y científica de los estudiantes de pre-grado de ciencias de la salud. **Método**: Estudio desarrollado en dos fases, siendo: la primera, denominada "preparatoria", con la revisión integrativa de la literatura, el trabajo de campo con los estudiantes de pre-grado y la evaluación del contenido de la propuesta, por especialistas del área; y la segunda fase, denominada de "desarrollo", con la evaluación de la validad de contenido de la propuesta por especialistas del área y el desarrollo final de la propuesta educativa. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. **Resultados**: La revisión integrativa de la literatura fue realizada a partir de la siguiente pregunta de investigación: "Cuáles son las evidencias científicas disponibles en la literatura sobre la educación de los cuidados paliativos a estudiantes de pre-grado de ciencias de la salud?". Lá búsqueda fue realizada sin restricción de las fechas de publicación, en los idiomas inglés, portugués y español, en las bases de datos PubMed, LILACS y Embase. Un total de 1 275 artículos fueron identificados, siendo 28 artículos incluidos en la revisión. Los artículos presentaron algún tipo de intervención educativa, con pre y/o post test y de estos, apenas cuatro estudios presentaron análisis exclusivamente cualitativo. Los resultados evidenciaron que la enseñanza de los cuidados paliativos de forma esporádica y puntual durante los cursos de pre-grado con el uso de metodologías activas, que posibilitaron la formación de los estudiantes en los niveles de conocimiento, competencia, habilidad y actitud. En relación al trabajo de campo desarrollado con los alumnos, fue utilizado un cuestionario autoaplicado y la estrategia del método de la problematización. El programa SPSS, versión 23.0 fue utilizado para el análisis de los datos sociodemográficos y de la formación académica de los estudiantes, el software ALCESTE y el método de análisis temático, para el análisis de los discursos. La población del estudio fue constituida por 12 estudiantes, 91.7% del sexo femenino, con edad entre 21 a 28 años (promedio=22.8 años), todos solteros. De los cursos de pre-grado, 50% eran estudiantes de enfermería, 41.7% de fonoaudiología y 8.3% de medicina. En relación a la formación académica, 66.7% refirieron no haber cursado ningún curso sobre cuidados paliativos durante el pre-grado, 91.7% refirieron que no tenían conocimiento necesario para actuar en cuidados paliativos y 75% no se sentían preparados para actuar en el área, caso sea necesario. En relación al análisis de los discursos, el *corpus* analizado presento 63% de aprovechamiento y fue dividido en cinco clases, denominadas: 1) Formación académica (14%); 2) Actuación profesional (43%); 3) Cuidado al paciente y la familia (8%); 4) Vivencias del estudiante en el proceso del cuidado (22%); 5) Interprofesionalidad y toma de decisión (13%). A partir de los resultados obtenidos con la revisión integrativa de la literatura y con el trabajo de campo, la

propuesta educativa fue desarrollada. Los temas emergentes de los dos estudios fueron agrupados, organizados y subdivididos en unidades/módulos de aprendizaje. Los especialistas realizaron la evaluación del contenido de la propuesta con sugerencias presentadas en el transcurso del instrumento utilizado. La propuesta fue alterada de acuerdo con las consideraciones y pertinencia emitidas de los especialistas. Después, la evaluación de validad del contenido de la propuesta fue realizada con el uso del Índice de Validad del Contenido (IVC). El índice vario de 0.8 a 1 siendo que todos los ítems presentaron un IVC $\geq$ 0.78 y el conjunto total de los ítems presentó IVC-S de 0.92, evidenciando una adecuada validad del contenido de la propuesta educativa. Las consideraciones de los especialistas que fueron pertinentes a esta versión de la escala también fueron realizadas. La propuesta final de los conocimientos esenciales en cuidados paliativos, para el proceso de enseñanza-aprendizaje fueron denominadas: 1) Principios de los cuidados paliativos; 2) Comunicación; 3) Evaluación clínica; 4) Manejo de los síntomas y del sufrimiento; 5) Soporte biopsicosocial-espiritual; 6) Plan de cuidados y toma de decisión; 7) Gestión del cuidado y de los servicio de salud; 8) Asistencia en el final de la vida. **Conclusión**: Las limitaciones en el abordaje de los cuidados paliativos refuerza la necesidad de inclusión de la temática en los proyectos pedagógicos de los cursos de pre-grado de ciencias de la salud. El presente estudio presento una propuesta que aún necesita ser validada con los estudiantes de pre-grado con la necesidad de proponer nuevas reflexiones y directrices para la enseñanza de esta temática.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Estudiantes de Ciencias de la Salud; Educación; Currículo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégia de busca dos estudos nas bases de dados. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018. 38

Quadro 2 – Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura, de acordo com a área temática do periódico, nome do periódico e número de artigos por periódico. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018. 40

Quadro 3 – Proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos para alunos de graduação das ciências da saúde, de acordo com as unidades/módulos de aprendizagem, tópicos de aprendizagem e estratégias de ensino (1ª Versão). Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. 91

Quadro 4 – Distribuição das unidades/módulos de aprendizagem dos saberes essenciais em cuidados paliativos, conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, com base na 1ª Versão. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. 94

Quadro 5 – Proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos para alunos de graduação das ciências da saúde, de acordo com as unidades/módulos de aprendizagem, tópicos de aprendizagem e estratégias de ensino (2ª Versão). Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. 97

Quadro 6 – Distribuição das unidades/módulos de aprendizagem dos saberes essenciais em cuidados paliativos, conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, com base na 2ª Versão. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. 101

Quadro 7 – Distribuição dos valores atribuídos por cada especialista aos itens da proposta educativa e IVC-I calculado para cada item. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. 108

Quadro 8 – Modificação de itens da proposta educativa, conforme sugestão dos especialistas e parecer final das pesquisadoras. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. 109

Quadro 9 – Proposta educativa final dos saberes essenciais em cuidados paliativos para alunos de graduação das ciências da saúde, de acordo com as unidades/módulos de aprendizagem, tópicos de aprendizagem e estratégias de ensino (3ª Versão). Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. 116

Quadro 10 – Distribuição final das unidades/módulos de aprendizagem dos saberes essenciais em cuidados paliativos, conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, com base na 3ª Versão. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. 120

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fases e etapas do desenvolvimento da pesquisa, elaborado pela pesquisadora (2019). 34

Figura 2 – Fluxograma do desenvolvimento da pesquisa. Bordenave e Pereira (1989), adaptado pela pesquisadora (2018)..... 35

Figura 3 – Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos (Adaptação do modelo proposto por MOHER et al., 2018). 39

Figura 4 – Árvore máxima de palavras dos temas emergentes dos estudos da revisão integrativa da literatura. Fonte: Análise IRAMUTEQ, 2018. 42

Figura 5 – Dendograma de classificação hierárquica dependente das classes. Fonte: análise ALCESTE, 2018.. 74

Figura 6 – Análise fatorial de correspondência das classes. Fonte: Análise ALCESTE, 2018.. 75

Figura 7 – Etapas para o ensino e a formação dos alunos de graduação das ciências da saúde nos cuidados paliativos, elaborado pela pesquisadora (2018). 85

Figura 8 – Mapa conceitual dos saberes essenciais em cuidados paliativos, da proposta educativa para alunos de graduação das ciências da saúde, elaborado pela pesquisadora (2019). 115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da estratégia PICO para a construção da pesquisa. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018. 37

Tabela 2 – Síntese dos estudos qualitativos incluídos na revisão integrativa da literatura, de acordo com ano de publicação, país de origem, nome do periódico, título do estudo, tipo do estudo, amostra, objetivo/intervenção/estratégias de ensino, temas emergentes, resultados e conclusão, Ribeirão Preto, São Paulo, 2018. 43

Tabela 3 – Síntese dos estudos quantitativos incluídos na revisão integrativa da literatura, de acordo com ano de publicação, país de origem, nome do periódico, título do estudo, tipo do estudo, amostra, objetivo/intervenção/estratégias de ensino, temas emergentes, resultados e conclusão, Ribeirão Preto, São Paulo, 2018. 46

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AFC – Análise Fatorial de Correspondência

AIVD – Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária

ALCESTE – *Software de Análise Léxica por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto*

BDI – Inventário de Depressão de Beck

BPS – *Behavioural Pain Scale*

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COREQ – *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research*

DeCs – Descritores em Ciência e Saúde

EAPC – *European Association for Palliative Care*

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

EFS – Escala de Fragilidade de Edmonton

EMBASE – *Excerpta Medica Database*

EORTC-QLQ-C15-PAL – *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnarie Core 15 PAL*

ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

EVA – Escala Visual Analógica

FACIT-Sp – *Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being*

GDS – *Global Deterioration Scale*

GO – Grupos de Observação

GV – Grupos de Verbalização

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IBD – Inventário Breve da Dor

IRAMUTEQ – *Software Interface de R pour les Analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires*

ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

IVC-I – Índice de Validade de Conteúdo para o Item

IVC-S – Índice de Validade de Conteúdo da Escala Total

KPS – *Escala de Performance Status de Karnofsky*

LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MEEM – Mini-Exame do Estado Mental

MeSH – *Medical Subject Headings*

MIF – Medida de Independência Funcional

PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PaP Score – *Palliative Prognostic Score*

OMS – Organização Mundial da Saúde

POS – *Palliative Outcome Scale*

PPI – Índice Prognóstico Paliativo

PPS – Escala de Performance Paliativa

PS-ECOG – *Escala Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group*

PubMed – *US National Library of Medicine National Institutes of Health*

QCRI – *Qatar Computing Research Institute*

SF-36 – Inventário de Qualidade de Vida

SPSS – *Programa de software Statistical Package for Social Science*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

U.C.E. – Unidades de Contexto Elementar

U.C.I. – Unidades de Contexto Inicial

WHA – *World Health Assembly*

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL – Escala de Qualidade de Vida

WPCA – *Worldwide Palliative Care Alliance*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 22
1.1 Histórico e conceitos em cuidados paliativos 23
1.2 Estimativas em cuidados paliativos 25
1.3 Abordagem dos cuidados paliativos na formação acadêmica 26

2 JUSTIFICATIVA 29

3 OBJETIVOS 31
3.1 Objetivo geral 32
3.2 Objetivos específicos 32

4 ETAPAS DO ESTUDO 33

5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 36
5.1 Método 37
5.2 Resultados 39
5.3 Discussão 59

6 TRABALHO DE CAMPO COM ALUNOS 64
6.1 Método 65
6.1.1 Tipo de estudo 65
6.1.2 População e local do estudo 65
6.1.3 Seleção dos participantes 65
6.1.4 Coleta de dados 66
6.1.5 Análise dos dados 71
6.1.6 Aspectos éticos 72
6.2 Resultados 73
6.2.1 Caracterização dos alunos 73
6.2.2 Categorias de análise 74
6.3 Discussão 82

7 AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DA PROPOSTA EDUCATIVA POR ESPECIALISTAS DA ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS 86
7.1 Método 87
7.1.1 Desenho do estudo 87

7.1.2 Desenvolvimento da proposta educativa 87
7.1.3 Seleção dos participantes 87
7.1.4 Coleta de dados 88
7.1.5 Analise dos dados 88
7.1.6 Aspectos éticos 89
7.2 Resultados 89
7.2.1 Caracterização dos especialistas 89
7.2.2 Proposta educativa 89
7.2.3 Avaliação de conteúdo da proposta educativa 95

8 AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DA PROPOSTA EDUCATIVA POR ESPECIALISTAS DA ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS 102
8.1 Método 103
8.1.1 Desenho do estudo 103
8.1.2 Seleção dos participantes 103
8.1.3 Coleta de dados 103
8.1.4 Analise dos dados 104
8.1.5 Aspectos éticos 105
8.2 Resultados 105
8.2.1 Caracterização dos especialistas 105
8.2.2 Validação da proposta educativa 106

9 DESENVOLVIMENTO FINAL DA PROPOSTA EDUCATIVA 110
9.1 Limitações do estudo 122
9.2 Contribuições para a área da saúde 122

10 CONCLUSÃO 123

REFERÊNCIAS 126

APÊNDICES 137
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (1ª fase: diagnóstica) 138
APÊNDICE B – Termo de autorização do uso de imagem (alunos de graduação) 140
APÊNDICE C – Questionário autoaplicável 141
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (especialistas – 1ª fase) 143
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (especialistas – 2ª fase) 144
APÊNDICE F – Carta convite para validação de conteúdo 145

APÊNDICE G – Formulário autoaplicável 146
APÊNDICE H – Instrumento para avaliação da validade de conteúdo da proposta educativa 147

ANEXOS 161
ANEXO A – 1º Formulário de autorização da pesquisa (EERP) 162
ANEXO B – 2º Formulário de autorização da pesquisa (EERP) 163
ANEXO C – 1º Formulário de autorização da pesquisa (FMRP) 164
ANEXO D – 2º Formulário de autorização da pesquisa (FMRP) 165
ANEXO E – Parecer de aprovação da pesquisa pelo Comite de Ética em Pesquisa da EERP-USP 166
ANEXO F – Parecer de aprovação de emendas do Comite de Ética em Pesquisa da EERP-USP 167
ANEXO G – Parecer de aprovação de emendas do Comite de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP 168

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico e conceitos em cuidados paliativos

O termo dos cuidados paliativos perpassou o início da era cristã, iniciando com o termo "Hospice" que denominava abrigos que eram destinados a cuidar de peregrinos e viajantes pela Europa (MACIEL, 2008). Muitas instituições de caridade surgiram no século XVII abrigando órfãos, pobres e doentes e no século XIX passaram a ter características de hospitais.

Em 1967, a assistente social, enfermeira e médica Cicely Saunders fundou o "St. Christopher's Hospice", onde havia assistência a doentes e o desenvolvimento de ensino e pesquisa, atraia a atenção de profissionais de todo o mundo (PESSINI, 2005), principalmente dos Estados Unidos e Canadá e começaram a disseminar os ensinamentos europeus.

Em 1982 o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer, e que pudessem ser aplicados em todos os países. Assim, o termo cuidados paliativos, inicialmente utilizado no Canadá, foi adotado pela OMS por dificuldades para a tradução adequada do termo Hospice em alguns idiomas (MACIEL, 2008).

Os cuidados paliativos necessitam de conhecimento técnico especializado junto ao conhecimento sobre o curso de adoecer e morrer do paciente. É importante valorizar a história natural da doença, a história do paciente e os efeitos adversos ao tratamento. Aliado a isso, é necessário o controle de sintomas e promover o bem-estar ao doente e do meio onde ele está inserido. Os familiares também devem ser inseridos no contexto e compreender a evolução da doença e os acontecimentos que levará ao evento final (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Nessa evolução do conceito, em 2002, a World Health Organization (WHO) elaborou a definição de cuidados paliativos ou cuidados ao final da vida:

> "abordagem terapêutica que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares em face de problemas associados a doenças que põe em risco a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, mediante a identificação precoce e a avaliação absolutamente precisa e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais".

Ainda segundo a World Health Organization (2002) o cuidado paliativo:

> "proporciona alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirma a vida, e a morte como um processo natural; não tem a intenção de acelerar ou adiar a morte; integra os

> aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem tão ativamente quanto possível até à morte. Oferece um sistema de apoio para ajudar a família durante a doença e os pacientes em seu próprio luto; usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado; melhora a qualidade de vida e pode ter influencia positiva no curso da doença; é aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias, que se destinam a prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou a radioterapia, e inclui as investigações necessárias para melhor compreender e tratar as complicações clínicas angustiantes".

Nesse sentido também foram determinados alguns princípios em cuidados paliativos, que segundo a World Health Organization (2002), envolvem:

- "Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis": utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas a fim de promover melhora dos sintomas físicos e de outros aspectos psico-social-espiritual (CARVALHO; PARSONS, 2012).
- "Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal": a morte apresentada como um evento natural, que deveria ser compreendido para que medidas desnecessárias fossem evitadas (CARVALHO; PARSONS, 2012).
- "Não acelerar nem adiar a morte": realização de acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso diante do percurso da doença, integrando o paciente, a família e a equipe no cuidado, na tentativa de minimizar o sofrimento e evitar medidas desnecessárias (CARVALHO; PARSONS, 2012).
- "Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente": diante da doença ou do processo de terminalidade, o paciente apresenta inúmeras perdas relacionadas a sua autonomia, independência, autoimagem, posicionamento social, dentre outras, que podem acarretar sentimentos de angústia, tristeza e depressão. As abordagens psicológica e espiritual podem auxiliar no manejo dessas e de outras situações, por oferecerem apoio e recursos para que os pacientes possam lidar com estes processos (CARVALHO; PARSONS, 2012).
- "Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte": inclui o manejo da equipe multiprofissional para a resolução de problemas e o atendimento as necessidades do paciente (CARVALHO; PARSONS, 2012).

- "Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto": a família e os amigos como núcleo de suporte e cuidado ao paciente, mas como membro a ser cuidado, visto intenso sofrimento experienciado com a doença e a perda da pessoa próxima (CARVALHO; PARSONS, 2012).
- "Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto": atendimento multiprofissional da equipe, visando o cuidado integral as necessidades do paciente e dos membros da sua rede de suporte (CARVALHO; PARSONS, 2012).
- "Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença": integração do cuidado ao paciente como ferramenta de atenção da equipe no manejo das necessidades e dificuldades vivenciadas (CARVALHO; PARSONS, 2012).
- "Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes": o cuidado paliativo como abordagem a ser realizada no momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, para atendimento precoce as necessidades do paciente, prevenção de agravos, controle de sintomas e manejo na evolução da doença (CARVALHO; PARSONS, 2012).

1.2 Estimativas em cuidados paliativos

No que diz respeito às estimativas, WPCA e WHO (2014) referem que provavelmente 20,4 milhões de pessoas necessitem dos cuidados paliativos e que em 2011, mais de 29 milhões de pessoas tenham morrido com essa necessidade, já que os cuidados paliativos ainda não são uma realidade em países de todo o mundo.

Dessa forma, embora esteja ocorrendo um considerável aumento na expectativa de vida da população, principalmente em decorrência dos avanços nas áreas da saúde, educação e tecnologia, ainda não está evidente como as pessoas têm experimentado esses anos adicionais de vida, já que a presença das comorbidades e perdas funcionais tem sido tão propensas e tem levado cada vez mais às necessidades dos cuidados em saúde (CRIMMINS; BELTRÁN-SÁNCHEZ, 2011).

Assim, segundo um Índice de Qualidade de Morte (THE ECONOMIST, 2015), desenvolvido com 80 países, estima-se que menos de 10% das pessoas que necessitam de

cuidados paliativos realmente o recebem e que, mesmo os países que apresentaram um bom índice, não tem conseguido atender a todas as necessidades dessa população. Torna-se evidente que em todo o mundo o acesso aos cuidados paliativos de boa qualidade ou é uma raridade ou é inexistente (WPCA; WHO, 2014; THE ECONOMIST, 2015).

No que diz respeito à classificação do Brasil neste índice, o país tem o 42º lugar em qualidade de morte, o 49º lugar em acessibilidade do cuidado e o 51º lugar em qualidade do cuidado, o que reforça a necessidade de políticas públicas para subsidiar os investimentos, a educação e a qualificação profissional nos cuidados paliativos (WPCA; WHO, 2014; THE ECONOMIST, 2015).

Ainda em relação aos cuidados paliativos no Brasil, temos outra classificação realizada pela WPCA e WHO (2014), na qual o Brasil se encontra no "grupo dos países 3a", que se refere aos países que apresentam prestação de cuidados paliativos de forma isolada e/ou desigual, além da limitada disponibilidade de serviços e medicações a população.

Dessa forma, muitas são as barreiras para o desenvolvimento dos cuidados paliativos e muitas ainda são as dificuldades para uma assistência adequada e de boa qualidade. É primordial que políticas públicas sejam implantadas, para que os cuidados paliativos alcancem seu propósito assistencial e para que os profissionais de saúde estejam capacitados, para atender as necessidades e demandas desta população (WPCA; WHO, 2014). Essa capacitação deve-se iniciar na formação do aluno, no ensino de graduação e perpassar a sua vida profissional.

1.3 Abordagem dos cuidados paliativos na formação acadêmica

No que diz respeito à formação acadêmica, observa-se que a maioria dos profissionais em todo o mundo, apresenta pouco ou nenhum conhecimento teórico-prático em relação aos cuidados paliativos, dados que tornam evidente que a formação básica dos graduandos e a educação continuada dos profissionais de saúde se encontram, de alguma forma, deficientes nesta área (WPCA; WHO, 2014).

Neste contexto, WPCA e WHO (2014) vem reforçar a necessidade de implementação dos três níveis de educação em cuidados paliativos, que incluem: capacitação básica para todos os profissionais de saúde; capacitação intermediária para os que trabalham rotineiramente com pacientes em cuidados paliativos; e capacitação para especialistas, para que as necessidades de cada paciente sejam melhor gerenciadas.

Para a construção e desenvolvimento de um currículo educacional em cuidados paliativos, as seguintes etapas devem ser seguidas: identificação das necessidades e problemas gerais; identificação das necessidades específicas; definição das metas e objetivos; estratégias educacionais; implementação e avaliação. Além disso, os autores ainda sugerem que para a base da formação em cuidados paliativos, os seguintes temas sejam trabalhados: fundamentos de cuidados paliativos; dor e manejo de sintomas; aspectos psicossociais e espirituais; questões éticas e legais; comunicação; trabalho em equipe e autorreflexão (CENTENO et al., 2013).

Em suma, nota-se que há um aumento da demanda para os cuidados paliativos, que tem trazido consigo a dificuldade do acesso da população a esse tipo de assistência e a crescente preocupação com a capacitação profissional daqueles que estarão à frente dos atendimentos. Assim, serão necessárias iniciativas, para que os alunos passem a ter conhecimentos que contemplem a temática e para que os poucos serviços de saúde disponíveis hoje, estejam adequadamente preparados.

De Assis Figueiredo (2001, p.33), médico pioneiro nos cuidados paliativos no Brasil, expressou o alicerce fundamental da formação acadêmica:

> "Ora, todo preconceito nasce da ignorância, e o antídoto da ignorância chama-se educação. Portanto, a solução para esta atitude preconceituosa, que a bem da verdade é universal e não só brasileira, comporta necessariamente a realização de um programa educativo a nível de graduação universitária. Dada a natureza trídua do homem (corpo, mente e espírito) o programa tem de ser abrangente, estendendo-se às outras faculdades e não só as de medicina. E mais, como sofrimento e morte são inerentes a todo ser humano, o programa também deve ser estendido a toda a comunidade".

Em relatório da Assembleia Mundial da Saúde (2014), foi reconhecido a necessidade da formação em cuidados paliativos integrados a toda graduação profissional em medicina e enfermagem, bem como na formação de cuidadores. Além disso, a capacitação na área deve ser oferecida a todos os profissionais de saúde, que trabalham com pacientes em condições graves ou em cuidados paliativos (WHA, 2014).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em recente Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, determina a inclusão dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), integrado a toda rede de atenção à saúde do país. Assim, identificar como a formação dos profissionais de saúde estão sendo preparados para a inserção no mercado de trabalho é

importante para a elaboração de novas propostas para adequação curricular dos cursos das ciências da saúde.

A respeito dos grupos brasileiros em Cuidados Paliativos cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Nickel et al. (2016), identificou apenas 16 grupos, entre os anos de 1994 a 2014, sendo em sua maioria, localizados na região Sudeste e Nordeste, o que reforça também a necessidade do desenvolvimento de redes de atenção a saúde que visem ampliar o ensino e a pesquisa em contextos complexos e de cuidados holísticos, como os dos cuidados paliativos.

Em análise realizada a respeito da oferta da educação em cuidados paliativos no país, evidenciou que a capacitação de graduandos e profissionais das áreas da saúde, ainda não tem sido suficientemente implementada (ANCP, 2018). Segundo a análise, de 302 cursos de graduação em medicina oferecidos no Brasil, apenas 42 cursos apresentam uma disciplina de cuidados paliativos e destes, apenas 18 com a disciplina inserida na graduação de maneira obrigatória (ANCP, 2018).

Outro levantamento também evidenciou que o país apresenta apenas 19 ligas acadêmicas cadastradas com a temática dos cuidados paliativos, com dados referentes a oferta desse ensino nas graduações de enfermagem, psicologia e fisioterapia ainda indisponíveis, sendo a medicina a única área que apresenta os cuidados paliativos como uma área de atuação especifica (ANCP, 2018).

Além disso, no Brasil o cuidado paliativo inda não está contemplado na grade do Ministério da Educação e Cultura (MEC), existindo um número crescente de cursos de pós-graduação e especialização na área, porém muitas vezes sem a regulamentação necessária e sem as diretrizes necessárias para a orientação do ensino da temática, com base nas competências e nos saberes para a capacitação (ANCP, 2018).

Assim, a necessidade da formação básica sobre cuidados paliativos, pelas instituições de ensino, e da educação continuada para os profissionais em atuação, nas instituições de saúde, tem sido fortemente recomendada, de modo que possam vir a contribuir para a tão almejada capacitação e adequação profissional (WPCA; WHO, 2014).

Para tanto, a presente proposta vem responder a essa necessidade de detectar o estado da arte da formação dos alunos de graduação das ciências da saúde e como esses alunos respondem a essa necessidade de aprendizagem, para indicação de uma proposta de inserção desses saberes essenciais nos projetos pedagógicos. Entende-se por saberes essenciais, os conteúdos necessários para a aprendizagem do aluno, relacionado ao tema, isto é, o que é considerado o *core* dos cuidados paliativos.

2 JUSTIFICATIVA

Os cuidados paliativos surgem para atender as necessidades dos pacientes e suas famílias, de modo a oferecer cuidados que favoreçam uma melhor condição de vida, mesmo diante da incurabilidade e progressão das doenças. Os cuidados paliativos ainda são incipientes em nosso país, o que nos leva a desenvolver políticas de educação e de cuidado a essa população para que sejam implementadas estratégias de formação, tanto para o sistema educacional, quanto assistenciais de saúde.

Constata-se pela literatura que na formação acadêmica das diversas áreas de conhecimento, os cursos de graduação não trazem no currículo o tema dos cuidados paliativos. Fato este, que reforça ainda mais a necessidade da formação acadêmica destes profissionais na área, a fim de contribuir com o conhecimento técnico e científico necessário para a atuação profissional.

Nessa perspectiva, o presente estudo atende a necessidade de desenvolver propostas de formação acadêmica, com o uso de estratégias educacionais eficazes e possíveis de serem utilizadas, com a proposta de complementar a formação acadêmica dos alunos de graduação das ciências da saúde para os cuidados paliativos.

Assim, o presente estudo apresenta a seguinte questão de pesquisa: "Quais são os saberes essenciais para uma proposta educativa, sobre cuidados paliativos, e como estes podem contribuir na formação técnica e científica de alunos de graduação das ciências da saúde?"

Para responder a essa questão, buscou-se na literatura o estado da arte de formação dos alunos e a seguir, o trabalho de campo com esse grupo, para o encaminhamento da proposta educativa e avaliação por especialistas. Os resultados desse estudo poderão contribuir para o debate acadêmico e científico, uma vez que um dos papéis da universidade é o de atender a demanda da sociedade. Esse tema urge para a formação dos alunos com vistas ao acolhimento e cuidado do paciente em cuidado paliativo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Desenvolver uma proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos, para contribuir na formação técnica e científica de alunos de graduação das ciências da saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar o conhecimento produzido e disponível na literatura sobre a formação acadêmica dos alunos de graduação das ciências da saúde sobre os cuidados paliativos.
- Identificar o conhecimento do aluno de graduação das ciências da saúde acerca dos cuidados paliativos, utilizando o método problematizador.
- Desenvolver uma proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos a partir da revisão integrativa da literatura e do conhecimento dos alunos de graduação das ciências da saúde.
- Avaliar a proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos, junto a especialistas da área.
- Avaliar a validade de conteúdo da proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos, por especialistas da área, e propor os saberes essenciais para a formação dos alunos de graduação das ciências da saúde.

4 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em duas fases, sendo a primeira denominada “preparatória” e a segunda denominada “desenvolvimental” (Figura 1).

A primeira fase denominada “preparatória” abordou: as evidências científicas divulgadas na literatura, por meio da revisão integrativa da literatura; o trabalho de campo, com o levantamento das necessidades elencadas pelos alunos de graduação, a respeito da temática dos cuidados paliativos; e a avaliação de conteúdo da proposta educativa inicial, por especialistas da área.

A segunda fase denominada “desenvolvimental” compôs: a avaliação da validade de conteúdo da proposta educativa, por especialistas da área, e o desenvolvimento da proposta educativa final. A proposta educativa foi descrita de acordo com os saberes essências em cuidados paliativos, para a inserção da temática nos cursos de graduação das ciências da saúde.

As fases e suas respectivas etapas foram descritas a seguir.

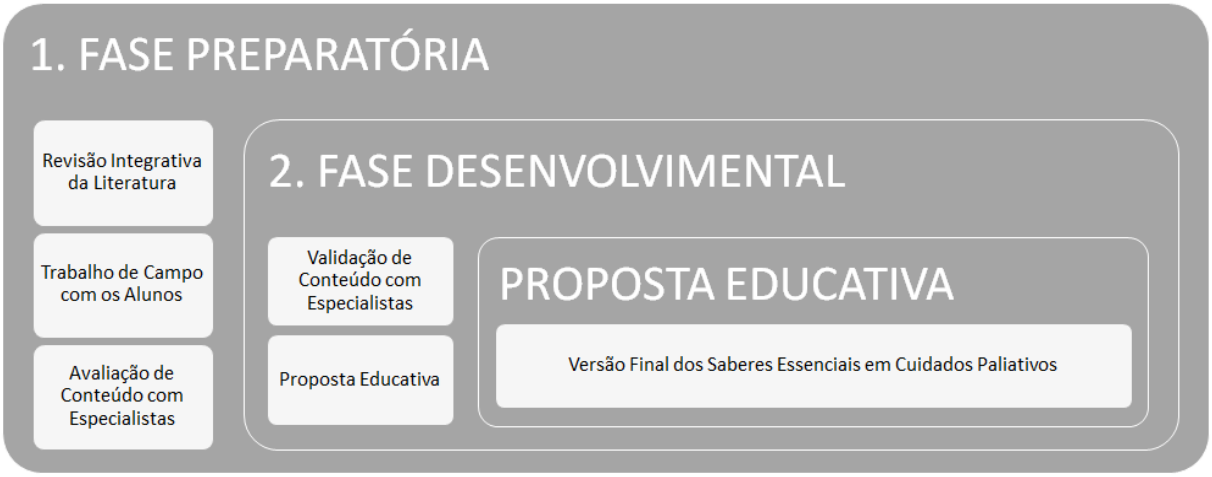


Figura 1 – Fases e etapas do desenvolvimento da pesquisa, elaborado pela pesquisadora (2019).

O Método da Problematização proposto por Maguerez e divulgado por Bordenave e Pereira (1989), inspirado no método de Freire (1987), foi o eixo norteador para o presente estudo e envolveu as seguintes etapas (Figura 2):

- **Observação da Realidade:** fase preparatória, na qual o problema foi evidenciado. Neste estudo compôs a revisão integrativa da literatura, com a identificação das evidências científicas divulgadas, e o trabalho de campo, com a identificação do

conhecimento dos alunos de graduação dos cursos das ciências da saúde, a respeito dos cuidados paliativos.

- **Pontos Chave:** fase em que foram discutidos e pactuados os temas para a elaboração da proposta educativa. Foi realizada a síntese dos conteúdos e escolha dos temas mais relevantes que, posteriormente, foram abordados nos saberes essenciais da proposta educativa. Os dados emergiram da revisão integrativa da literatura e do trabalho de campo com os alunos de graduação dos cursos das ciências da saúde.
- **Teorização:** fase em que o pesquisador se apropriou e se fundamentou cientificamente dos temas a serem trabalhados na proposta educativa. Nesta etapa foram descritos os saberes essenciais para o direcionamento e construção da proposta educativa.
- **Hipótese de Solução:** fase de desenvolvimento da proposta educativa, bem como de sua avaliação por especialistas. Foram realizadas duas etapas de avaliação por especialistas, sendo a primeira, na fase preparatória, com a avaliação de conteúdo da proposta educativa, e a segunda, na fase desenvolvimental, com a avaliação da validade de conteúdo da proposta educativa.
- **Aplicação à Realidade:** fase em que os saberes essências em cuidados paliativos foram descritos como uma proposta educativa para a inserção da temática nos cursos de graduação das ciências da saúde.

Figura 2 – Fluxograma do desenvolvimento da pesquisa. Bordenave e Pereira (1989), adaptado pela pesquisadora (2018).

5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

5.1 Método

A revisão integrativa da literatura é um método utilizado para analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre um determinado assunto, de forma a agregar informações e contribuir com a área de interesse (JACKSON, 1980).

Para sua construção, foram utilizadas as seguintes etapas descritas por Ganong (1987): 1) Finalidade da investigação e desenvolvimento da pergunta de pesquisa; 2) Critérios de inclusão; 3) Busca na literatura e seleção dos estudos; 4) Questionário para extração dos dados; 5) Regras para análise; 6) Revisão dos critérios de inclusão; 7) Extração dos dados; 8) Avaliação metodológica; 9) Discussão e interpretação dos resultados; 10) Apresentação da revisão.

Para a construção da pergunta de pesquisa foi utilizada a estratégia PICO, elaborada por Richardson (1995), que auxilia no desenvolvimento de questões de pesquisa e, consequentemente, nas estratégias de busca, com a utilização dos seguintes acrônimos e seus respectivos significados: P – Paciente/População/Problema; I – Intervenção; C – Comparação; O – Desfecho/Resultado.

Assim, foi formulada a seguinte questão de estudo: "Quais as evidências disponíveis na literatura sobre o ensino dos cuidados paliativos aos alunos de graduação das ciências da saúde?". A descrição de cada acrônimo deste estudo foi apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição da estratégia PICO para a construção da pesquisa. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Alunos de graduação das ciências da saúde
I	Intervenção	Cuidados paliativos
C	Comparação	Não se aplica
O	Desfecho	Ensino

Em relação aos critérios de inclusão, estabeleceu-se: estudos primários, quantitativos e/ou qualitativos, disponíveis na íntegra, de livre acesso, nos idiomas português, inglês e espanhol, realizados com alunos de graduação das ciências da saúde. Foram excluídas teses, dissertações, capítulos de livros, relatórios técnicos, cartas do editor e revisões da literatura.

A busca foi realizada sem delimitação de tempo ou quaisquer outros filtros, no dia 25 de agosto de 2018, nas bases de dados US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Excerpta Medica Database (EMBASE).

Os descritores controlados, utilizados para indexação de estudos nas bases de dados, e os não controlados, representados por seus sinônimos ou variações de grafia (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007) foram obtidos pela busca nas bases *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciência e Saúde (DeCs).

No cruzamento dos descritores, foram utilizados os operadores booleanos AND e OR, que permitiram realizar combinações entre os descritores, sendo restritiva com o uso de AND e aditiva com o uso de OR (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). A estratégia de busca utilizada foi descrita no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégia de busca dos estudos nas bases de dados. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

PubMed	((Students, Health Occupations OR “Health Occupations Students” OR “Health Occupations Student” OR “Occupations Student, Health” OR “Occupations Students, Health” OR “Student, Health Occupations” OR undergraduate OR student*) AND (Palliative Care OR “Care, Palliative” OR “Palliative Treatment” OR “Palliative Treatments” OR “Treatment, Palliative” OR “Treatments, Palliative” OR “Therapy, Palliative” OR “Palliative Therapy” OR “Palliative Surgery” OR “Surgery, Palliative”) AND (Education OR “Teaching” OR “Curriculum” OR "Learning"))
LILACS	“Students, Health Occupations [Palavras] and Palliative Care [Palavras] and Education [Palavras]”; “Students, Health Occupations [Palavras] and Palliative Care [Palavras]”; “Palliative Care [Palavras] and Education [Palavras]”
EMBASE	('Health Student'/Exp OR 'Health Care Student' OR 'Health Occupation Student' OR 'Health Occupations Student' OR 'Health Student' OR 'Healthcare Student' OR 'Students, Health Occupations') AND ('Palliative Therapy'/Exp OR 'Palliation' OR 'Palliative Care' OR 'Palliative Medicine' OR 'Palliative Therapy' OR 'Palliative Treatment') AND ('Education'/Exp OR 'Baccalaureate Education' OR 'Education' OR 'Education Service' OR 'Education, Distance' OR 'Education, Pharmacy' OR 'Education, Pharmacy, Continuing' OR 'Education, Pharmacy, Graduate' OR 'Education, Special' OR 'Educational Measurement' OR 'Internship, Nonmedical' OR 'Perceptorship' OR 'Pharmacy Residencies' OR 'Preceptorship' OR 'Self-Evaluation Programmes' OR 'Self-Evaluation Programs' OR 'Training Support')

No processo de busca e seleção dos estudos utilizou-se a plataforma Rayyan, desenvolvido pelo QCRI (Qatar Computing Research Institute), que auxilia na sistematização do processo de leitura e escolha dos artigos (OUZZANI et al., 2016).

Assim, foi realizada a busca nas bases de dados e, posteriormente, a leitura do título e do resumo dos artigos, de forma independente, por três revisores, sendo incluídos somente os estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade. Após essa etapa, foi realizada a leitura

na íntegra dos estudos selecionados e, novamente, os critérios de elegibilidade foram aplicados (OUZZANI et al., 2016). O processo de busca e seleção dos artigos foi orientado pela proposta do fluxograma PRISMA, conforme Figura 3 (MOHER et al., 2009).

Os artigos incluídos no estudo percorreram a fase de extração de dados, com o uso do instrumento validado por Ursi (2005). A extração de dados foi realizada por dois pesquisadores de forma independente e, nos casos de discordância com os resultados encontrados, um terceiro pesquisador foi incluído para a determinação da versão final. No final, os dados extraídos foram sintetizados e apresentados por meio da síntese descritiva.

5.2 Resultados

A busca nas bases de dados possibilitou a identificação de 1275 estudos, dos quais 351 foram excluídos por estarem duplicados e 924 selecionados para leitura de título e resumo. Após essa etapa, outros 597 estudos foram excluídos e 327 foram considerados elegíveis para leitura na íntegra. A amostra final para a revisão integrativa da literatura foi constituida por 28 estudos (Figura 3).

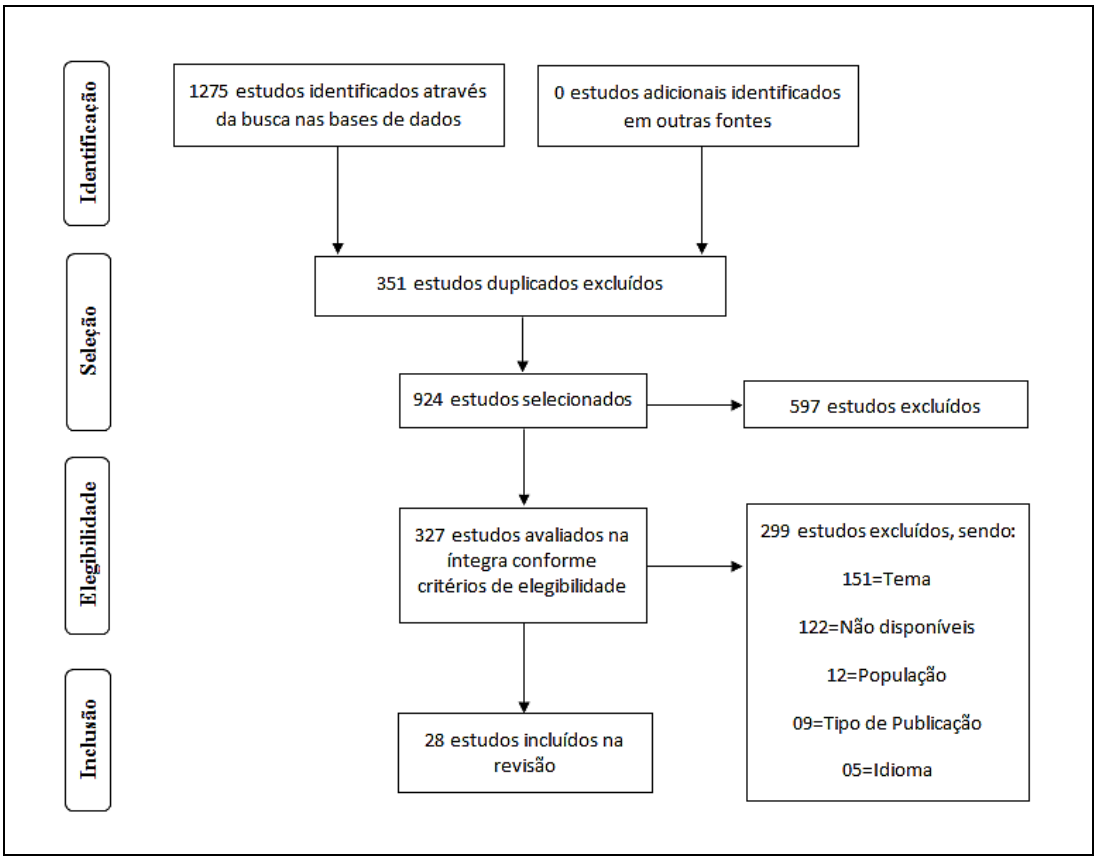


Figura 3 – Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos (Adaptação do modelo proposto por MOHER et al., 2018).

Os 28 estudos incluídos na revisão integrativa foram publicados em 22 periódicos distintos. Em relação à área temática dos periódicos, houve predomínio na área da enfermagem (n=8) e dos cuidados paliativos (n=6), sendo o maior número de publicações do Journal of palliative medicine (n=5), seguido dos periódicos BMJ supportive & palliative care (n=2) e Journal of the Formosan Medical Association (n=2). Os demais periódicos apresentaram apenas uma publicação cada (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura, de acordo com a área temática do periódico, nome do periódico e número de artigos por periódico. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

Área Temática	**Periódico**	Nº
Cuidado Paliativo	Journal of palliative medicine	5
	BMJ supportive & palliative care	2
	American Journal of Hospice and Palliative Medicine	1
	BMC Palliative Care	1
	Palliative Medicine	1
	American Journal of Hospice and Palliative Medicine	1
Geriatria	Journal of the American Geriatrics Society	1
	Gerontology & Geriatrics Education	1
Oncologia	Journal of Cancer Education	1
Medicina	Journal of the Formosan Medical Association	2
	BMC Medical Education	1
	Teaching and learning in medicine	1
Enfermagem	International Journal of Nursing Education Scholarship	1
	International Journal of Palliative Nursing	1
	Journal of Professional Nursing.	1
	Nurse Education Today	1
	Nursing Education Perspective	1
	Nurse education in practice	1
	Nurse Educator	1
	Collegian	1
Farmácia	Journal of Pharmacy Practice	1
Interprofissional	Journal of Interprofessional Care	1

Em relação ao ano de publicação dos estudos, cinco foram publicados em 2017, cinco em 2014, quatro em 2008, três em 2016, três em 2015, dois em 2013, dois em 2011, um em 2012, um em 2009, um em 2003 e um em 2001. No que diz respeito ao idioma, todos foram publicados em inglês, sendo os EUA o país com maior número de publicações (n=11), seguido da Alemanha (n=3).

No que se refere aos tipos de estudo, os 28 estudos envolveram algum tipo de intervenção educativa como aulas formais, leitura de textos, palestras, cursos, módulos, workshop, rotação clínica, filmes, simulação, estudos de caso e discussão em grupo em cuidados paliativos, com a utilização de pré e/ou pós-testes para a avaliação dos alunos. Apenas quatro estudos abordaram a avaliação da intervenção educativa exclusivamente pela metodologia qualitativa. As amostras dos estudos foram constituídas principalmente por alunos da medicina (n=15), seguidos dos alunos da enfermagem (n=9), medicina e enfermagem (n=2), medicina, enfermagem e capelania (n=1) e farmácia (n=1).

Uma análise dos principais temas emergentes nos estudos foi realizada com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires* (IRAMUTEQ), que realiza dentre as suas análises a estatística de similitude sobre *corpus* textuais, opção esta deste estudo com o objetivo de estabelecer relações de proximidades entre as palavras (RATINAUD; MARCHAND, 2012).

Verifica-se, na Figura 4 que as palavras família, morte, cuidado, paciente, comunicação, dor, sintoma e cuidados paliativos se encontram em destaque e refletem os temas centrais dos 28 estudos.

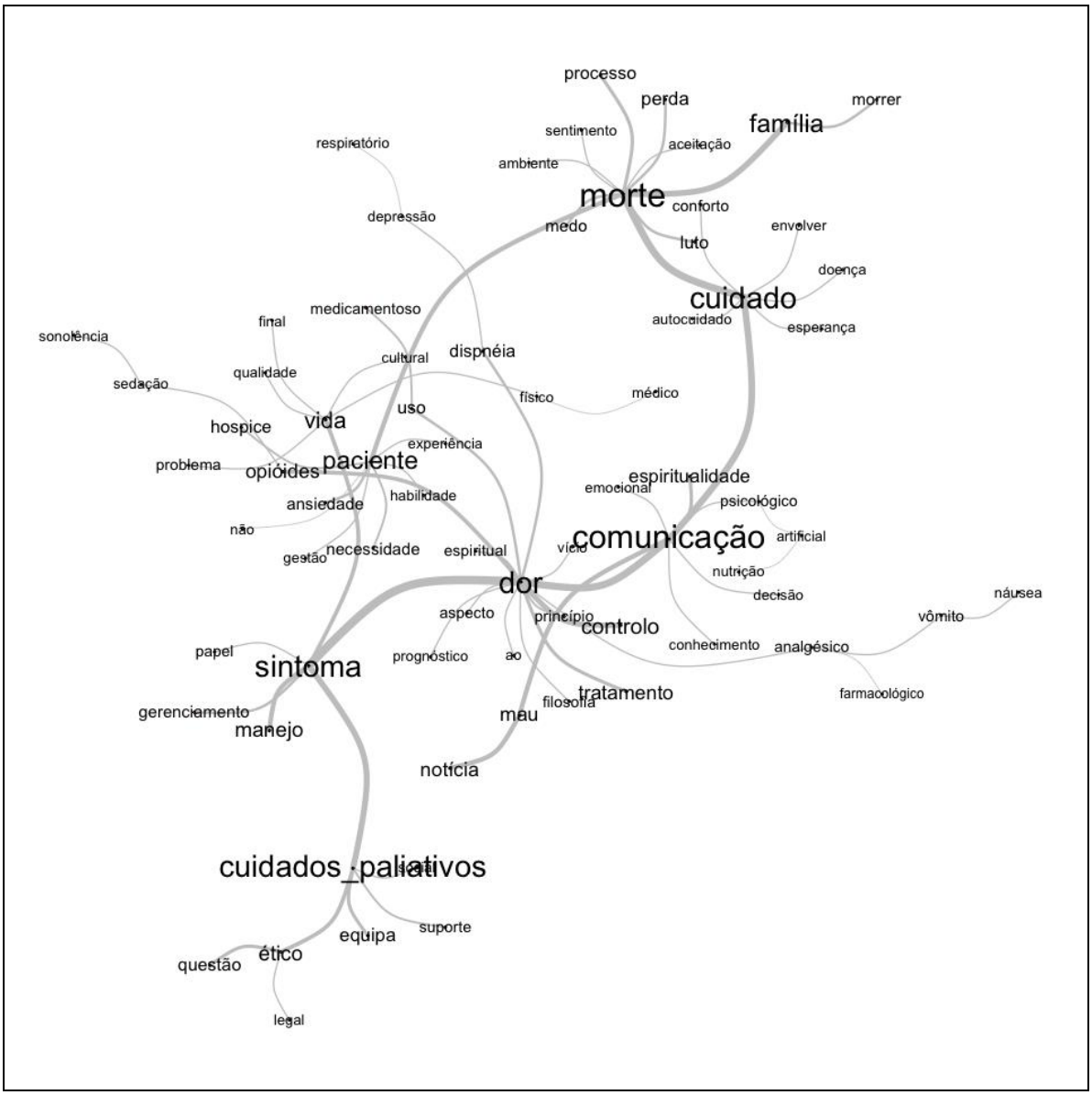


Figura 4 – Árvore máxima de palavras dos temas emergentes dos estudos da revisão integrativa da literatura. Fonte: Análise IRAMUTEQ, 2018.

A síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura foi elaborada e separada entre estudos qualitativos (Tabela 2) e estudos quantitativos (Tabela 3), conforme o ano de publicação dos estudos, país de origem, nome do periódico, título do estudo, tipo do estudo, amostra, objetivo/intervenção/estratégias de ensino, temas emergentes, resultados e conclusão.

Tabela 2 – Síntese dos estudos qualitativos incluídos na revisão integrativa da literatura, de acordo com ano de publicação, país de origem, nome do periódico, título do estudo, tipo do estudo, amostra, objetivo/intervenção/estratégias de ensino, temas emergentes, resultados e conclusão, Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

Ano/Autor	País	Periódico	Título	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo/Intervenção/ Estratégias de ensino	Temas	Resultados	Conclusão
Head et al., 2012.	EUA	Journal of palliative medicine	"I will never forget": what we learned from medical student reflections on a palliative care experience	Qualitativo	155 alunos de medicina 40 ensaios	Utilizar a escrita reflexiva para avaliar uma experiência em cuidados paliativos. Os alunos completaram uma semana de rotação clínica obrigatória em cuidados paliativos e após, foram instruídos a resumir uma experiência, descrevendo a história sem interpretação, e posteriormente explorando os possíveis significados do evento. No final deveriam descrever como o conhecimento adquirido com o encontro poderia ser usado no futuro profissional. Os autores então realizaram as análises de alguns dos escritos reflexivos.	Controle da dor; A importância e o poder da família; Metas de cuidado; Família envolvida no cuidado e autocuidado tanto para o paciente quanto para a família; Conforto; Comunicação das más notícias; Falsa esperança; Tratar o paciente, não a doença; Empatia; Conhecimento; Importância da família; Singularidade de cada paciente; Experiência da morte.	Duas categorias temáticas foram identificadas: O que os alunos aprenderam; O que os alunos vivenciaram. Os escritos dos alunos revelaram aprendizado sobre cuidados paliativos (manejo da dor, reuniões familiares, metas de cuidados, cuidado centrado no paciente e na família, tempo de cuidados paliativos e entrega de más notícias); ser médico (conhecimento, comunicação, presença, empatia, não dar falsas esperanças e cuidados focalizados na pessoa); o paciente (importância da família, a experiência de morrer e a singularidade de cada paciente); e eles mesmos (precisam ser não-julgadores, capacidade de fazer cuidados paliativos, autolimitações, tornar-se um médico melhor e lidar com a morte).	A análise da escrita reflexiva fornece dados sobre as experiências de aprendizagem dos alunos, de forma a auxiliar na modificação de currículos.
Corcoran et al., 2013.	EUA	Gerontology & Geriatrics Education	Geriatric palliative care: do medical students' narrative reflections after a hospice clinical experience link to geriatric competencies?	Qualitativo	120 alunos de medicina	Examinar as reflexões dos alunos de medicina após uma experiência clínica pré-preparada pela equipe (serviço social, enfermagem e capelania) do Hospice, e verificar se estas reflexões se relacionam com as competências geriátricas em cuidados paliativos. Os alunos participaram de um dia obrigatório de experiência no Hospice, onde cada aluno foi combinado com um membro da equipe interdisciplinar e tiveram a	Abordagem de equipe em cuidados paliativos; Comunicação da equipe; Limitações do Hospice; Discussão sobre quem é elegível para cuidados paliativos; Barreiras e limitações dos serviços; Suporte social; Cuidadores e sobrecarga; Relacionamento equipe/equipe e equipe/paciente/família; História da família e experiência pessoal;	Seis temas foram identificados a partir da análise das narrativas dos alunos: Demonstrando um conhecimento novo ou ampliado o de cuidados paliativos (79%); Desenvolvendo novos insights sobre o eu e os outros (74%); Mudando as atitudes em relação aos cuidados paliativos (63%); Ligando as necessidades do paciente com os membros da equipe (43%); Compreendendo os objetivos/metas de cuidar dos pacientes (43%); Discutindo cuidados paliativos como uma opção de tratamento (27%).	A experiência clínica é um modelo eficaz para inspirar os alunos refletirem sobre os cuidados paliativos geriátricos. Os alunos refletiram e adquiriram conhecimentos sobre o papel dos membros da equipe de cuidados paliativos e de como o cuidados paliativos pode ser uma opção de tratamento, devendo-se pensar em construir esse tipo de experiência de aprendizado aos alunos.

					oportunidade de experienciar os CP por meio de visitas aos pacientes/familiares. Após, os alunos elaboraram reflexões narrativas, que foram submetidas a análises.	CP não hospitalares, Hospice, ambiente hospitalar, ambulatorial; Pensamentos e sentimentos sobre a morte; Necessidades psicossociais do paciente/família; Papel dos membros da equipe de cuidados paliativos interdisciplinares; Papel do capelão e necessidades espirituais; Plano de cuidados com base no estágio da doença; Manejo/tratamento dos sintomas e da dor; Conforto; CP como opção de tratamento.		
Ballesteros; Centeno; Arantzamendi, 2014.	Espanha	Nurse Education Today	A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning	Estudo qualitativo exploratório	236 alunos de enfermagem	Explorar a contribuição do ensino em cuidados paliativos para a formação de alunos de graduação em enfermagem, após um curso opcional, que não incluía qualquer prática clínica, apenas palestras formais, discussões em pequenos grupos e recursos audiovisuais.	Princípios dos Cuidados Paliativos e sua evolução; Trabalho em equipe; Avaliação das necessidades do paciente; Controle da dor e outros sintomas; Suporte psicológico, social e espiritual	Quatro temas identificados: O curso forneceu aos alunos uma visão abrangente da enfermagem. O curso ajudou os alunos a saberem como interagir, se comunicar e melhor entender os pacientes. O curso contribuiu para o crescimento pessoal dos alunos. O curso foi considerado de grande importância no currículo de enfermagem.	Os alunos consideraram que o curso de cuidados paliativos foi de grande importância no currículo de enfermagem e essencial para sua formação e seu desenvolvimento pessoal e profissional.
Centeno et al., 2016.	Espanha	BMJ supportive & palliative care	Does palliative care education matter to medical students? The experience of attending an undergraduate course in palliative care	Estudo qualitativo exploratório	316 alunos de medicina	Explorar as reações dos alunos de um curso opcional de PC usando seus comentários reflexivos, a respeito de suas experiências e percepções de como o curso contribuiu para a sua educação. Utilizada a Análise temática qualitativa. O curso foi compreendido por 45h de ensino, transmitido por diferentes profissionais de uma equipe de PC. Os	História, evolução e princípios dos CP; Tratamento da dor e outros sintomas; Gerenciamento de opióides; Problemas digestivos, geniturinários, respiratórios, neurológicos e emocionais; Espiritualidade; Trabalho em equipe; Comunicação; Últimas horas de vida; Aspectos éticos.	Cinco temas foram identificados: o curso ajudou os alunos a se tornarem e agirem como médicos; benefícios para ter uma visão holística do paciente, levando a família em consideração; CP abre um novo campo de conhecimento para os alunos; o curso faz com que os alunos pensem e reflitam sobre o desenvolvimento pessoal e os incentivem a se aprofundarem nos aspectos humanistas de sua prática; e o aspecto prático	O CP acaba sendo muito importante para os alunos, que em sua maioria avaliou a experiência positivamente e destacou os benefícios de se frequentar o curso de CP. Os participantes recomendam o curso para todos alunos de graduação como um componente central para os currículos.

		alunos foram avaliados de acordo com um exame de múltipla escolha, um caso clínico e 2 dias de prática clínica.	é essencial no aprendizado dos CP. Além disso, os alunos usaram expressões positivas ao escrever sobre suas experiências. Os alunos relataram ser especialmente surpreendidos pelas características humanas e holísticas do curso, e terem descoberto que o que eles aprenderam no curso é aplicável a todos os pacientes e os preparam para trabalhar melhor como médicos.	

Tabela 3 – Síntese dos estudos quantitativos incluídos na revisão integrativa da literatura, de acordo com ano de publicação, país de origem, nome do periódico, título do estudo, tipo do estudo, amostra, objetivo/intervenção/estratégias de ensino, temas emergentes, resultados e conclusão, Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

Ano/Autor	País	Periódico	Título	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo/Intervenção/ Estratégias de ensino	Temas	Resultados	Conclusão
Arber, 2001.	Inglaterra	International Journal of Palliative Nursing	Student nurses' knowledge of palliative care: evaluating an education module	Quasi experimental	33 alunos de enfermagem	Avaliar o conhecimento dos alunos antes e após um módulo de cuidados paliativos, utilizando o teste de conhecimento PCQN, e identificar mudanças significativas no conhecimento dos alunos ao final do módulo.	Filosofia e os princípios do CP; Manejo da dor e outros sintomas; Cuidado psicossocial e espiritual dos indivíduos e famílias; Fármacos opióides; Comunicação; Aspectos éticos e legais; Processo de morte.	Existe um aumento estatisticamente significativo no conhecimento dos alunos a respeito dos princípios e filosofia dos cuidados paliativos ao final do módulo. Os resultados demonstram que os alunos aumentaram significativamente sua compreensão sobre os aspectos de controle da dor e de outros sintomas. Em particular, tornaram-se conhecedores de terapias adjuvantes e uso de opióides. Déficits no conhecimento incluíram os efeitos colaterais da codeína, uso de sedação e uso de placebos.	Os resultados reforçam a necessidade de desenvolver um módulo obrigatório em cuidados paliativos, de modo a garantir de forma sistemática o ensino dos cuidados paliativos nos currículos de graduação.
Mallory, 2003.	EUA	Journal of Professional Nursing.	The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students	Quasi experimental, longitudinal, com pré-teste, intervenção e duplo teste no pós-teste.	Alunos de enfermagem 104 pré-teste 95 pós-teste 36 no 2ºpós-teste	Avaliar o impacto de um componente educacional de cuidados paliativos sobre as atitudes de alunos de duas escolas de enfermagem para o cuidado a pacientes terminais. Houve um grupo de intervenção e um grupo controle, com ambos completando o instrumento FATCOD, que mede as atitudes dos enfermeiros em relação à prestação de cuidados. O grupo de intervenção participou de um componente de educação do ELNEC, que consistiu em experiências didáticas, palestras, discussões em grupo, dramatização, seminários, visita a um laboratório de anatomia,	Ansiedade da Morte; Medo da morte; Processo de aceitação; Cuidados na terminalidade; Morte e morrer; Controle da dor; Cuidados pós-morte e enterro; Serviços de luto; Hospice; Interdisciplinaridade.	Foi encontrada uma diferença significativa entre as medidas de atitude em relação ao cuidado no grupo de intervenção. Os alunos de controle não apresentaram uma mudança significativa nas atitudes. Não houve diferença significativa entre as atitudes dos alunos em relação aos cuidados quatro semanas após o componente de educação.	A educação pode ter um efeito positivo nas atitudes dos alunos para o cuidado aos pacientes terminais.

						visita a uma funerária e uma experiência clínica em cuidados paliativos. O grupo controle não recebeu nenhuma intervenção. No final, ambos os grupos foram retestados com instrumento FATCOD. Um segundo pós-teste do grupo de intervenção ocorreu quatro semanas após o pós-teste.			
Auret; Starmer, 2008.	Austrália	Journal of Cancer Education	Using Structured Clinical Instruction Modules (SCIM) in teaching palliative care to undergraduate medical students	Quasi-experimental, longitudinal, com pré-pós-teste	91 alunos de medicina 30 alunos no acompanhamento	Desenvolvido e implementado um workshop de 2 horas de Módulo de Instrução Clínica Estruturada (SCIM), projetado para instrução, através da capacitação prática em estações/cenários definidos, de modo a avaliar a percepção do aluno a respeito das habilidades e conhecimentos relacionados aos cuidados paliativos. Os alunos foram estimulados ao raciocínio e tomada de decisão, com feedback imediato apresentado pelos tutores. A oficina consistiu em nove estações (Dispnéia; Delirium; Perda de peso; Infusões Subcutâneas; Prescrição de Morfina Oral; Obstrução Maligna Intestinal; Dor óssea; Náusea e vômito; Médico Paliativista) de 15 minutos cada. Em cada estação foram fornecidos materiais didáticos que permitiram os alunos se aprofundarem no tema. Um questionário foi utilizado e compreendeu 17 questões que sobre a	Dispnéia; Delirium; Perda de peso; Infusões Subcutâneas; Prescrição de Morfina Oral; Obstrução Maligna Intestinal; Dor óssea; Náusea e vômito; Médico Paliativista; Comunicação; Confiança; Manejo dos sintomas.	Questionários pré e pós oficina mostraram um aumento acentuado na autoavaliação de competência e sugere que essa melhoria foi diretamente atribuída ao workshop. Uma pesquisa de acompanhamento de um pequeno número de alunos demonstrou que esse aumento foi sustentado ao longo de até 8 meses.	A introdução de um workshop de cuidados paliativos resultou em um aumento na confiança autorreferida, nos conhecimentos e nas habilidades entre os alunos, além de ter abordado uma ampla relação de tópicos de fim de vida, com um baixo custo e com número mínimo de pessoas.

						autoavaliação das competências adquiridas e conhecimentos associados aos objetivos das estações descritas. Os questionários foram preenchidos antes e após as oficinas. Uma Web versão do questionário foi usada em uma pesquisa de acompanhamento no final do ano letivo.			
Barrere; Durkin; Lacoursiere, 2008.	EUA	International Journal of Nursing Education Scholarship	The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students	Quasi-experimental, longitudinal, com pré-pós-teste	103 alunos de enfermagem 61 currículo tradicional 42 currículo acelerado	Avaliar a influência da integração do conteúdo educacional do ELNEC, nas atitudes dos alunos em cuidar de pacientes que estão morrendo, através da Escala de Atitudes de Frommelt (FATCOD). A escala foi administrada antes e após a integração do conteúdo do ELNEC aos programas "tradicional" ou "acelerado" da enfermagem.	Cuidados de enfermagem nos CP; Gerenciamento de sintomas; Intervenções de suporte de vida; Intervenções; Medidas de conforto; Questões éticas e legais; Qualidade dos cuidados; Fim de Vida.	Houve uma mudança de atitude global significativa desde o início do programa até o final. Houve também uma mudança significativa de atitude em alunos sem experiência de morte no programa tradicional. Não ter experiência anterior com o doente terminal foi o mais forte preditor de uma mudança na atitude do começo ao fim do programa. O próximo maior preditor foi uma idade mais jovem, com aqueles na idade de 22-25 anos com uma mudança de atitude mais forte. Nesta amostra, sexo, grau, educação prévia sobre morte e tipo de programa não foram significativa na mudança de atitude.	A integração do ELNEC ao longo de um programa de enfermagem afeta positivamente as atitudes dos alunos em relação ao atendimento de pacientes que estão morrendo.
Mason; Ellershaw, 2008.	Inglaterra	Palliative Medicine	Preparing for palliative medicine; evaluation of an education programme for fourth year medical undergraduates	Quantitativo e qualitativo	139 alunos de medicina 5 alunos de medicina	Examinar se um programa curto de educação em uma unidade especializada de cuidados paliativos tem efeito significativo sobre a eficácia percebida em cuidar do paciente em CP e os resultados percebidos em cuidar do paciente terminal. Um teste pré e pós programa de educação foi preenchido utilizando o questionário de	Gestão do cuidado; Trabalho em equipe multidisciplinar; Tanatofobia; Sentimentos/emoções em lidar com pacientes na terminalidade; Dialogar sobre a morte; Filosofia dos CP; Habilidades de comunicação; Gestão dos sintomas e manejo	Um total de 139 pré e pós questionários foram concluídos. Análise identificaram melhorias significativas na eficácia percebida e na redução da tanatofobia. O estudo demonstrou que a educação melhora significativamente a crença dos alunos na sua capacidade de praticar medicina paliativa e melhorar sua atitude em relação aos cuidados. Na análise	Os resultados indicam que o projeto educacional foi significativamente bem sucedido, havendo melhoria na percepção dos alunos sobre sua capacidade de fornecer cuidados paliativos e melhorar as atitudes em relação a esse cuidados.

						Autoeficácia, a Escala de Cuidados Paliativos (SEPC) e Escala de Tanatofobia. O programa de educação consistiu em uma indução formal de conteúdo e após, de um estágio de duas semanas em centro especializado em CP. Além disso, um grupo focal também foi conduzido para informações qualitativas sobre a experiência educacional.	da dor; Questões éticas.	qualitativa três temas principais foram evidenciados: O primeiro diz respeito da falta de compreensão sobre paliativo cuidado antes da participação; o segundo tema focado nas mudanças e articulações na prática da medicina paliativa; o terceiro relacionado às dificuldades na comunicação com os pacientes.	
Tsai et al., 2008.	China	Journal of the Formosan Medical Association	Effects of a multimodule curriculum of palliative care on medical students.	Estudo transversal	259 alunos de medicina	Investigar os efeitos da intervenção educacional sobre os cuidados paliativos e explorar fatores significativos nas crenças para a tomada de decisão ética. O curso incluiu uma hora de aula, uma hora de visita e contato com o paciente, uma hora de leitura da literatura e uma hora de discussão. Um questionário foi aplicado antes e depois do curso para avaliar melhorias no conhecimento em relação aos princípios dos CP e gestão clínica, e para avaliar as crenças sobre a tomada de decisão ética em cuidados paliativos.	Princípios dos CP; Tratamento agressivo; Sensação de perda; Sobrecarga do cuidador; Morte como "algo natural"; Uso de analgésicos e opióides; Sedação; Manejo dos sintomas (sonolência, náuseas e vômitos, dor, dispnéia); planejamento da alta e o cuidado domiciliar; Questões éticas; Hidratação artificial e nutrição; Espiritualidade; Comunicação de más notícias.	Os alunos mostraram melhorias significativas após o curso em seu conhecimento dos princípios dos cuidados paliativos e manejo clínico. A melhoria no conhecimento de princípios ou gestão clínica não melhorou significativamente as crenças sobre a tomada de decisão ética.	Um currículo com um módulo de cuidados paliativos pode melhorar significativamente o conhecimentos dos alunos, sobre os princípios dos CP, de gestão clínica e crenças sobre a tomada de decisão ética. Quanto às mudanças nas crenças sobre a tomada de decisão ética em CP, é necessário maior capacitação.
Chang et al., 2009.	China	Journal of the Formosan Medical Association	Reflections on an end-of-life care course for preclinical medical students	Estudo quasi experimental	118 alunos de medicina	Avaliar o efeito de um programa de ensino de uma semana, no conhecimento dos alunos sobre os cuidados paliativos, e suas crenças relativas à tomada de decisões éticas. O formato de ensino incluiu palestras didáticas com a participação de profissionais dos CP (médico, enfermeira, psicólogo, assistente	Boa morte; Planejamento de alta e cuidado domiciliar; Nutrição artificial e hidratação; Sedação; Uso da morfina e da codeína, outros analgésicos e opióides; Terapias adjuvantes; Controle da dor e outros sintomas; Últimos dias de vida; Sonolência;	Os alunos mostraram melhora (pontuação de 9,97 pré-teste vs. 12,73 pós-teste; p <0,001) nos 18 itens do questionário de conhecimento, após a intervenção educativa. Entre os quatro dilemas éticos avaliados, a crença de dizer a verdade e o local de atendimento foram significativamente melhorados. A regressão logística mostrou que a melhora nas crenças sobre a	A intervenção educativa pode melhorar o conhecimento e algumas crenças sobre a tomada de decisões éticas no gerenciamento de pacientes terminais.

						social e capelão), atendimento ao paciente à beira do leito e discussões interativas. Um questionário estruturado foi aplicado para avaliar os efeitos da educação/intervenção em termos de conhecimento em CP e crenças sobre dilemas éticos.	Desequilíbrio eletrolítico; Vício em drogas; Depressão respiratória e dispnéia; Náusea e vômito; Constipação; Indisposição e mal-estar; Perdas; Terapias farmacológicas e não farmacológicas; Escada analgésica; Filosofia dos CP; Suporte no luto; Questões éticas.	tomada de decisões éticas não foi significativamente influenciada pela melhoria do conhecimento em cuidados paliativos.	
Goldberg; Gliatto; Karani, 2011.	EUA	Journal of the American Geriatrics Society	Effect of a 1-Week Clinical Rotation in Palliative Medicine on Medical School Graduates' Knowledge of and Preparedness in Caring for Seriously Ill Patients	Ensaio de controle histórico.	117 alunos de medicina	Avaliar o efeito de uma semana de rotação clínica em medicina paliativa, nos consultórios de medicina interna e geriatria na graduação médica. MS08 foi a primeira turma a completar a rotação clínica necessária em medicina paliativa. MS07 serviu como controle histórico, tendo recebido apenas a didática em cuidados paliativos, mas sem rotação clínica. No começo da semana, os alunos respondem a um pré-teste de 30 perguntas, para orientar a sua aprendizagem ao longo da semana de rotação. Ambas as classes foram convidadas a concluir uma pesquisa on-line com 30 perguntas a respeito do conhecimento, das experiências e da preparação para cuidar de pacientes em condições graves.	Comunicação de más notícias; Controle da dor e de outros sintomas; Componentes afetivos De cuidado, compaixão empatia e paciência; Autocuidado; Reconhecimento do papel dos CP e configurações de internações (Hospice).	Alunos do MS08 avaliaram seu nível de habilidade em comunicação e manejo da dor, de forma mais favorável do que alunos do MS07. Média dos escores de conhecimento não foram significativamente diferentes entre As duas classes. No questionário anual de graduação da AAMC Medical School, a classe de 2008 demonstrou uma porcentagem significativamente maior de alunos classificando como apropriado o nível de instrução em cuidados paliativos e controle da dor (91,4% vs 70,7%) e cuidados no final da vida (90.7% vs 69.7%), do que a turma de 2007. Significativamente maior número de alunos da classe de 2008 classificaram o nível de instrução como apropriado em cuidados paliativos e controle da dor (91,4% vs 77,1%) e cuidados no final da vida (90.7% vs 78.7%), do que todas as escolas.	Alunos que tiveram uma semana de rotação clínica em medicina paliativa tiveram maior habilidade autoavaliadas no manejo da dor e comunicação do que alunos que não receberam exposição clínica. A experiência clínica em cuidados paliativos deve ser considerada para integração no currículo de todas as escolas médicas.
Weber; Braun; Schildmann, 2011.	Alemanha	Journal of palliative medicine	Effects of a ninety-minute teaching module for fourth-year medical students on a palliative care ward	Quantitativo e qualitativo	163 alunos de medicina	Investigar os efeitos de um módulo obrigatório de 90 minutos de intervenção em uma enfermaria de cuidados paliativos. O modulo contou com 30	Medicina paliativa; Conhecimento em CP; Rotina diária nas enfermarias; Opções de tratamento; Tratamento	163 participantes completaram o questionário, com 47,2% dos alunos relatando nunca tendo ouvido falar sobre tópicos de cuidados paliativos em cursos. A maioria dos	Um módulo que oferece o contato aluno-pacientes tem efeitos significativos sobre a autopercepção dos alunos sobre seus

			with student–patient encounter			minutos de introdução ao tema, seguido de um encontro com um paciente em CP e de uma sessão de reflexões decorrentes da exposição a pacientes terminais. O conhecimento autopercebido, a confiança e as atitudes dos alunos foram investigadas por meio de um questionário desenvolvido pelos autores.	psicológico; Contato com pacientes; Diálogo e comunicação; Supervisão; Abordagem teórica; Conceito global de CP; Falta de tempo; Compreensão e sensibilidade; Manejo do cuidado.	participantes revelou um grande interesse em cuidados paliativos, e a maioria dos alunos atribuiu o trabalho em uma enfermaria de CP como satisfatória. Também ouve um aumento significativo na confiança do aluno e no interesse por CP após o módulo. A análise qualitativa dos comentários revelou que esta pequena unidade educacional aumentou o conhecimento dos alunos e teve forte impacto em suas atitudes em relação à relevância dos CP.	conhecimentos, confiança, atitudes e interesse.
Schulz et al., 2013.	Alemanha	BMC Medical Education	Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention	Estudo prospectivo, controlado, quase-experimental, pré, pré-retrospectivo, pós-estudo.	37 alunos de medicina	Avaliar o efeito do currículo de Educação em Cuidados Paliativos na Graduação (UPCE), como uma intervenção, e investigar a mudança na auto-percepção dos alunos para lidar com pacientes em cuidados paliativos e suas famílias. Foi utilizado grupo intervenção e grupo controle, e aplicado escalas de avaliação.	Autoestima; Comunicação e Interação; Conhecimento, atitudes e Habilidades nos CP; Atitude em relação à morte, a morte dos outros e à morte de si mesmo; Avaliação e gestão do paciente; Interprofissionalismo.	Três constructos mostraram diferenças estatisticamente significativas comparando o grupo de intervenção antes e após a aplicação do currículo. A vontade de acompanhar um paciente na terminalidade aumentou de 21,40 para 37,30 ($p < 0{,}001$). A autoestima de competência em comunicação com pacientes e seus familiares aumentou de 12,00 para 23,60 ($p = 0{,}001$). A autoestima de conhecimentos e habilidades em Cuidados Paliativos aumentou de 8,30 para 13,20 ($p = 0{,}001$).	Estudo sistemático para o desenvolvimento curricular em cuidados paliativos.
Fabro; Schaffer; Scharton, 2014.	EUA	Nursing Education Perspective	The development, implementation, and evaluation of an end-of-Life simulation experience for baccalaureate nursing students	Quantitativo e qualitativo	1º ano: 25 alunos de enfermagem 2º ano: 33 alunos de enfermagem	Desenvolver, implementar e avaliar uma simulação de fim de vida de alta fidelidade para alunos de enfermagem. Dois cenários sobre a temática foram desenvolvidos. Após a participação na simulação, os alunos avaliaram as práticas educativas e sua satisfação e confiança na aprendizagem. Tanto abordagens quantitativas como qualitativas foram utilizadas para avaliar a aprendizagem dos alunos.	Princípios dos cuidados paliativos; Prestação de cuidados; Espiritualidade; Habilidades de comunicação; Significado da morte; relação com o paciente e a família.	Os resultados indicaram que os alunos ficaram satisfeitos com a sua experiência de aprendizagem, adquiriram novos conhecimentos e acreditavam estar mais bem preparados, confiantes e mais confortáveis para se comunicar, fornecer cuidados e cuidar dos pacientes e suas famílias.	A simulação é uma estratégia eficaz para dar a todos os alunos a possibilidade de experiências de aprendizagem, criando uma oportunidade para os alunos adquirirem conhecimento e confiança para fornecer cuidados.

Mutto et al., 2014.	Argentina	Journal of palliative medicine	Medical students' palliative care education in a Latin American university: a three-year experience at Austral University in Buenos Aires, Argentina	Quantitativo / descritivo	146 alunos de medicina	Analisar a experiência e os resultados após três anos de ensino em cuidados paliativos e comparar os alunos que escolheram cuidados paliativos como disciplina eletiva (Grupo PC) com alunos que não o fizeram (Grupo não PC), no que diz respeito as experiências vivenciadas, atitudes autopercebidas, conforto e conhecimento adquirido. A disciplina eletiva de CP foi desenvolvida em sete semanas, com carga horária de 27h. O conteúdo foi apresentado através da aprendizagem em sala de aula, aprendizagem baseada em problemas, discussão em pequenos grupos, rotações clínicas; pesquisas on-line e material educacional. Todos os alunos responderam um questionário sobre sua atitude quando expostos a pacientes paliativos. Os alunos do Grupo PC preencheram um questionário adicional para avaliar seu nível de conhecimento e autopercepção do conforto ao interagir com os pacientes.	Rotas alternativas de administração de medicamentos; Definição de cuidados paliativos; Definição de unidade de tratamento; Objetivos do tratamento farmacológico da dor; Efeitos colaterais de opióides; Estratégia de informação diagnóstica; Conforto; Assistência a família; Comunicação de más notícias (informar diagnóstico, prognóstico); Tratamentos desnecessários; Anorexia, constipação, delírio, dor, vômito; Escada analgésica; Processo de morte e morrer.	Todos os alunos do Grupo PC e 95,2% do Grupo não PC consideraram que questões específicas de morte devem fazer parte do currículo. Alguns alunos indicaram que poderiam estar presentes em um curso obrigatório. Antes de se tornarem alunos eletivos, os alunos do PC Group confirmaram a falta de capacitação técnica para entender os pacientes de cuidados paliativos, assim como os alunos do Grupo não PC. Depois de se tomarem eletivos expressaram uma melhora nas atitudes auto percebidas em relação ao sofrimento e houve aumento significativo no conhecimento. Eles também expressaram uma melhora nos níveis de conforto na avaliação e tratamento da dor. Mais de 95% dos alunos que experimentaram os CP avaliaram a experiência como valiosa e a maioria deles percebeu o conteúdo como não disponível em outro lugar em sua formação.	A educação em cuidados paliativos oferece oportunidades para melhorar as atitudes e a percepção dos alunos sobre as complexidades dos pacientes que estão em cuidados de final de vida e de seus cuidados.
Ozcakir; Bilgel, 2014.	Turquia	Journal of palliative medicine	Educating medical students about the personal meaning of terminal illness using the film,"Wit".	Estudo de educação utilizando análise qualitativa e quantitativa	518 alunos de medicina	Testar a relevância e utilidade do filme "Wit" no ensino dos alunos sobre o significado da doença terminal e avaliar o impacto deste método de ensino Sobre as atitudes dos alunos em relação aos CP. Os alunos assistiram o filme e após, preencheram	Comunicação de más notícias; Prognóstico; Tratamento da dor física; Controle de sintomas; Sofrimento emocional e espiritual; Tratamento no final da vida; Aspectos bio-psico-social-espirituais nos CP.	88% dos alunos classificaram o filme como excelente, muito bom ou bom; 54% dos alunos afirmaram que as emoções dos pacientes terminais foram totalmente retratadas no filme e de uma forma muito realista; 61,4% dos acharam o filme emocionante; 80,5% afirmou que este filme os fez pensar sobre o sofrimento emocional	O filme "Wit" deu aos alunos a oportunidade de explorar suas crenças, valores e atitudes em termos dos aspectos bio-psico-social-espirituais dos cuidados de saúde e encorajou-os a pensar mais sobre o questões humanitárias da

						um questionário de avaliação com perguntas sobre o filme. Os alunos também expressaram seus sentimentos e pensamentos sobre os CP.		e espiritual que os pacientes que estão morrendo passam e encontraram essa abordagem de aprendizado sobre ao CP mais úteis do que palestras didáticas e leituras de artigos de periódicos, porém não mais úteis do que as experiências práticas.	profissão médica.
Tai; Cameron-Taylor; Clark, 2014.	Austrália	American Journal of Hospice and Palliative Medicine	A mixed methodology retrospective analysis of the learning experience of final year medical students attached to a 1-week intensive palliative care course based at an Australian University	Estudo de metodologia mista, de coorte retrospectivo consecutivo	84 alunos de medicina	Avaliar o conhecimento dos alunos pré e pós-curso e avaliação da satisfação dos alunos com o curso. Participação dos alunos em um curso de cuidados paliativos de uma semana.	Prescrição medicamentosa e uso de opióides; Espiritualidade; Processo de morte; Ética; Controle de Sintomas; Nutrição; Comunicação.	A maioria dos alunos melhorou o conhecimento em cuidados paliativos após o curso e reconheceu como útil e importante à prática clínica. Um tema recorrente, presente em 65,4% dos alunos, foi o pedido de maior tempo de ensino na medicina paliativa. Experiência prática também foi solicitada.	Necessidade de revisão da educação médica paliativista.
Gerlach et al., 2015.	Alemanha	Journal of palliative medicine	Does interdisciplinary and multiprofessional undergraduate education increase students' self-confidence and knowledge toward palliative care? Evaluation of an undergraduate curriculum design for palliative care at a German academic hospital	Estudo de coorte prospectivo, baseado em questionário, com um desenho pré e pós curso de ensino.	329 alunos de medicina	Avaliar os efeitos do ensino sobre o conhecimento e a autoconfiança dos alunos em cuidados paliativos, de acordo com o conceito de Bandura. Foi realizado teste de conhecimento e autoconfiança, antes e após implementação de um curso de 7x90 minutos, a respeito dos CP.	Dor; Controle de Sintomas; Ética; Comunicação de más notícias; Espiritualidade; Aspectos Psicológicos; Prognóstico e Incurabilidade. Luto; Tratamento medicamentoso e uso de opióides.	A autoconfiança foi consideravelmente maior após o curso do que antes do curso Entre os alunos, em todos os aspectos dos CP.	O tutorial interativo de ensino para alunos de medicina é viável e melhora a autoconfiança e o conhecimento dos principais problemas em CP.
Jo; An, 2015.	Coreia do Sul	Collegian	Effect of end-of-life care education using humanistc approach in Korea	Estudo quasi experimental	39 alunos de enfermagem	Examinar os efeitos de um curso de assistência humanística em fim de vida sobre as atitudes dos alunos em relação à morte, ansiedade e habilidades de comunicação. Foi utilizado um desenho de grupo de controle não equivalente. Os participantes do grupo experimental foram inscritos em um curso de fim de vida que utilizou abordagem humanística	Compreensão e percepção biológica, médica, sociocultural, filosófica, psicológica e religiosa da morte; Doação física e transplante de órgãos; Equipamentos artificiais de extensão de vida; Eutanásia e suicídio; Processo e assistência no luto e família enlutada; Problemas e necessidades dos	Não houve diferença significativa entre os grupos quanto à atitude diante da morte, ansiedade e habilidades de comunicação. Os efeitos do curso humanístico de tratamento de fim de vida mostram a mudança nas atitudes dos alunos em relação à morte, ansiedade de morte e habilidades de comunicação após o curso. Atitudes em relação à morte e habilidades de comunicação pareciam ter aumentado significativamente	Um curso de assistência humanística no final de vida é eficaz para melhorar as atitudes dos alunos de enfermagem em relação à morte e aprimorar suas habilidades de comunicação.

						duas horas por semana durante 16 semanas. Utilizou-se um pré-teste não equivalente - pós-teste de grupo de controle. O grupo experimental foi ensinado usando a abordagem humanística e o grupo de controle foi ensinado usando o método de aprendizado tradicional típico usando apenas palestras.	pacientes em final de vida; Aceitação da própria morte; Testamento vital; Morte e vida; Ansiedade e medo da morte; Experiências relacionadas à perda pessoal e separação por morte; O direito de saber e a falta de cuidados médicos dos pacientes em fim de vida; Perdas; Papel da cerimônia fúnebre e arranjos fúnebres; Medidas jurídicas e éticas; Manejo de sintomas; Cuidados físicos.	no grupo experimental. No entanto, a ansiedade de morte não diferiu significativamente entre os dois grupos.	
Sinha et al., 2015.	EUA	Journal of Interprofessional Care	A novel interprofessional approach to end-of-life care education: A pilot study	Estudo quasi experimental, longitudinal com pré-teste, intervenção e pós-teste.	38 alunos de medicina e enfermagem	Participação dos alunos em três Workshops a respeito dos cuidados paliativos, com o contato dos alunos com pinturas e esculturas a respeito da morte, discussões em grupo e experiência prática. Avaliar os alunos antes, após e seis meses após as oficinas, a respeito de suas atitudes em relação aos cuidados de final de fida.	Processo de morte; Estratégias de enfrentamento; Gerenciamento de sintomas; Ciência do cuidado; Comunicação de más notícias.	Em comparação com o desempenho antes da intervenção, os escores dos alunos combinados de enfermagem e medicina foram significativamente maiores pós-intervenção e aos seis meses após.	O programa teve um impacto positivo nos participantes em relação as percepções de conhecimento, conforto, colaboração e habilidades de enfrentamento nos cuidados de final de vida.
Ellman et al., 2016.	EUA	Teaching and learning in medicine	Implementing and evaluating a four-year integrated end-of-life care curriculum for medical students	Estudo longitudinal	Alunos de medicina, enfermagem e capelania 2004 a 2007=180 2011= 48 2013=89	Desenvolver um currículo em cuidados paliativos ao longo de quatro anos, com uma abordagem longitudinal integrada, de forma a ensinar as competências básicas aos alunos com a utilização de uma variedade de estratégias de ensino (autorreflexão; observação; reflexão; discussão; educação interprofissional; módulos on-line interativos; workshops; simulação experiências clínicas	Introdução ao Fim da Vida; Hospice; Comunicação de más notícias; Dor e gerenciamento de sintomas; Espiritualidade, Cultura e Aspectos Interprofissionais; Cuidados Paliativos em Emergência; CP individual; Metas de cuidado; Ressuscitação e Notificação de Morte; Impacto psicossocial de doença ameaçadora	As avaliações realizadas demonstram melhorias significativas, na preparação autorelatada pelos alunos, nas percepções de adequação de instrução e nas competências em cuidados paliativos primários em um OSCE recém-desenvolvido.	Um currículo integrado longitudinal de quatro anos aprimora as habilidades dos alunos e os preparam para aspectos importantes do atendimento aos pacientes paliativos.

						guiadas à beira do leito; rotações clínicas). Os objetivos de aprendizagem foram divididos para cada ano e cada componente do currículo, detalhando as estratégias de ensino utilizadas, tempo de duração, localização curricular, e métodos de avaliação. Uma avaliação mista do método de currículo foi realizada e incluiu revisões de reflexões e questionários de pesquisa, escritos pelos alunos.	da vida; Pensamentos e medos; Problemas culturais; Esperança, perda e luto; Decisões de cuidados; Autocuidado; Reações à morte; Depressão; Dispnéia; Delírio.		
Lewis et al., 2016.	Irlanda do Norte	BMC Palliative Care	The impact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students towards end of life care provision	Projeto piloto quasi experimental, pré-teste e pós-teste, sem grupo controle	19 alunos de enfermagem e medicina	Avaliar o impacto de uma intervenção simulada sobre as atitudes dos alunos em relação aos cuidados de fim de vida, através da Escala B de Atitudes de Frommelt (FATCOD Part B). A escala foi administrada antes e após um cenário clínico simulado. Cada sessão consistiu em duas simulações com cenários independentes, projetados para oferecer aos alunos uma oportunidade para praticar suas habilidades de avaliação e manejo de sintomas, de reconhecer alterações fisiológicas e de desenvolver habilidades de comunicação terapêutica. Os cenários tiveram duração de 25 min. Antes de iniciar a simulação, os alunos receberam o caso clínico do paciente e após cada cenário, participaram de uma sessão de discussão.	Ansiedade e medo da Morte; Morte e morrer; Cuidado ao paciente e a família; Tempo necessário para cuidar; Verbalizar sentimentos; Esperança; Vínculos; Estar ausente no momento da morte; Aceitação; Família envolvida no cuidado; Comunicação; Apoio emocional; Aceitação das mudanças; Tomada de decisão; Ambiente de cuidado; Horários de visitas flexíveis; O vício no uso medicamentoso do controle da dor; Respostas honestas sobre sua condição; Educação sobre a morte e o morrer para equipe e família; Interferência na conduta profissional; Preparo para a morte.	Os escores da linha de base da FATCOD pré-intervenção variou de 100 a 141, com escores pós-intervenção variando de 113 a 145. Uma diferença significativa foi encontrada na pontuação média do grupo FATCOD após a intervenção, indicando uma atitude mais positiva em relação aos cuidados de final de vida, como resultado da simulação. Vinte e seis itens, dos trinta itens da escala também apresentaram um aumento em seus escores médios após a intervenção simulada. Os resultados confirmam que uma intervenção com o uso da simulação tem um impacto positivo sobre as atitudes de alunos de graduação.	A simulação contribui de maneira positiva no aprendizado dos alunos sobre os cuidados paliativos. Na ausência da exposição clínica, a simulação pode ser uma alternativa viável não só para preparar alunos para seu papel profissional, mas também para garantir a qualidade nos cuidados prestados aos pacientes e seus familiares.

Glover et al., 2017.	EUA	American Journal of Hospice and Palliative Medicine	Improving end-of-life care knowledge among senior baccalaureate nursing students	Estudo descritivo transversal	92 alunos de enfermagem	Aplicar o curso End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) e realizar uma pré e pós-avaliação descritiva do curso, avaliando a aquisição de conhecimento pelos alunos, a respeito dos cuidados no fim da vida. O curso foi realizado em dois dias e a avaliação dos alunos realizada uma semana antes e uma após o curso, através do instrumento ELNEC Knowledge Assessment Test (ELNEC-KAT). Além dos materiais do curso do ELNEC, os alunos assistiram e discutiram o filme Wit, o jogo de cartas Go Wish, debateram um estudo de caso e fizeram um resumo das leituras atribuídas.	Cuidados de enfermagem no final da vida; Gerenciamento da dor; Comunicação; Gerenciamento de sintomas; Preparação e cuidado no momento da morte; Perda, morte e luto; Qualidade de vida; Questões éticas, legais e culturais;	Antes do curso ELNEC um terço dos alunos cuidaram de um paciente paliativo durante as rotações clínicas, mas 85% relataram que não tinham recebido capacitação adequada em cuidados de final de vida. Perguntas relacionadas aos cuidados paliativos, gerenciamento de sintomas, comunicação, e luto indicaram que os alunos adquiriram conhecimento significativo depois de participar do curso ELNEC.	O curso básico do ELNEC é uma maneira eficaz de melhorar o conhecimento dos alunos a respeito dos cuidados paliativos e de fim de vida.
Henoch et al., 2017	Suécia	Nurse education in practice	Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons-A longitudinal study	Estudo quantitativo, longitudinal	Tempo 1: 371 alunos Tempo 2: 210 alunos Tempo 3: 132 alunos 117 alunos de enfermagem nos três tempos	Descrever o desenvolvimento de atitudes dos alunos para cuidar de pacientes em cuidados no final da vida desde o início do programa de educação até o fim e descrever como percebem sua preparação para realizar tais cuidados. Os alunos completaram o questionário FATCOD no início do primeiro e do segundo ano, e no final do terceiro ano da faculdade. Após a educação, os alunos completaram perguntas sobre como estavam se sentindo preparados por realizar cuidados de final de vida. Seis universidades, cada uma com um currículo e um elemento teórico, foram incluídas no estudo.	Enfrentamento da morte; Ansiedade e medo da Morte; Morte e morrer; Cuidado ao paciente e a família; Família envolvida no cuidado; Comunicação; Tomada de decisão; Ambiente de cuidado; Manejo da dor e de outros sintomas; Preparo para a morte.	Houve diferenças significativas em 18 variáveis desde o início até o final do programa educacional. A pontuação total média da FATCOD aumentou de 126 no Tempo 1 para 127 no tempo 2, e para 132 no tempo 3. A variável teórica da educação tornou-se um preditor significativo de mudanças nas atitudes em relação ao cuidado de pacientes que estão morrendo Tanto a variável valor teórico educação (3 semanas ou menos versus 5 semanas) quanto a variável educação prática (em um Hospice ou unidade de cuidados paliativos versus não ter educação prática) tornaram-se preditores significativos. Cerca de 70% dos alunos concordaram que o programa de educação os	As atitudes dos alunos de enfermagem em relação a cuidar de pacientes que estão morrendo melhoram ao longo do tempo durante o seu programa de ensino de graduação.

						Quatro universidades ofereceram cuidados paliativos teóricos em curso de cinco semanas, uma universidade ofereceu cuidado paliativo em curso de três semanas e uma universidade ofereceu alguns dias de ensino, que foram incluídos como parte de outros cursos. O elemento da educação prática foi recebido dentro do curso de cuidados paliativos, ou em um Hospice ou em uma unidade de cuidados paliativos.		preparou para encontrar com um paciente em final de vida e 60% sentiram que o programa lhes deu apoio para cuidar desse paciente. Apenas 40% dos alunos concordaram que o programa de educação os preparou para cuidar de um corpo. Cerca de metade dos alunos se sentiu preparado para cuidar das famílias dos pacientes moribundos e receberam apoio do programa para encontrar a família. Os alunos que concluíram o ensino prático em Hospice ou unidade de cuidados paliativos se sentiram mais preparados e apoiados pelo programa de educação.	
Myotoku et al., 2017.	Japão	Journal of Pharmacy Practice	Enhanced understanding of the levels of palliative care in pharmacy students through participating in clinical training in hospitals	Estudo quasi experimental, com pré-teste, intervenção e pós-teste.	143 alunos de farmácia	Pesquisa de conhecimento sobre cuidados paliativos para examinar a percepção dos alunos a respeito da utilidade e do efeito educacional da capacitação clínica em hospitais. Os alunos foram divididos entre aqueles que participaram da equipe de cuidados paliativos (PCT) (grupo A: 57) e aqueles que não participaram (grupo B: 57). Um questionário foi aplicado antes e depois do capacitação clínica e envolvia o conhecimento dos alunos sobre os CP.	Filosofia; Dor, Dispnéia, Problemas psiquiátricos e gastrointestinais; Uso de opióides e vícios; Insônia e sonolência; Depressão Respiratória; Xerostomia; Apetite e inapetência; Delirium; Sedação; Vias intravenosas e infusão medicamentosa.	A taxa média de resposta correta aumentou acentuadamente após a capacitação no grupo A, de 37,9 para 47,1%. O grupo B não mostrou diferenças na taxa de resposta correta antes e depois da capacitação.	O conhecimento dos alunos de farmácia foi aprimorado participando da PCT, ressaltando a capacitação como parte da educação em cuidados paliativos.
Robinson; Fayron, 2017.	EUA	Nurse Educator	Impact of a palliative care elective course on nursing students' knowledge and attitudes toward end-of-life care	Não experimental,comparativo-causal	74 alunos de enfermagem	Examinar o conhecimento e as atitudes de alunos de enfermagem, para os cuidados de fim de vida, após a conclusão de um curso sobre o tema. O estudo comparou a diferença entre dois grupos de alunos. Os alunos do grupo 1 completaram o curso sobre os cuidados	Necessidades do paciente/família; Manejo dos sintomas; Cuidado holístico; Equipes interdisciplinares; Introdução aos conceitos de cuidados paliativos; Populações especiais Manejo de sintomas; Controle da dor;	Comparação das pontuações do PCQN entre os grupos de alunos revelaram escore médio de 12,17 para o grupo que fez o curso de cuidados paliativos e uma pontuação média de 10,02 para grupo que não o fez. Os escores totais do questionário FATCOD variaram de 101 a 141. A pontuação média da escala FATCOD para alunos	Preparação significativa e mudanças no comportamento em relação aos cuidados paliativos será melhor alcançado se estiver incluído no seu programa de educação.

					paliativos e, em seguida, realizaram um pós-teste. Alunos do grupo 2, receberam apenas o pós-teste. O curso foi realizado por meio de reuniões presenciais, discussões e palestras. Dois instrumentos foram utilizados para a coleta de dados: Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN); Frommelt Attitude Toward Care of the Dying (FATCOD) Scale.	Qualidade de vida; Perspectivas culturais e globais; Espiritualidade; Questões éticas; Respeito às escolhas.	matriculados no curso de cuidados paliativos foi de 129,57 e de 120,80 para os que não cursaram. Houve uma diferença significativa entre os dois grupos nas pontuações da escala FATCOD, que mediram as atitudes em relação aos cuidados de final de vida. Uma relação significativa também foi encontrada entre atitudes dos alunos em relação ao conhecimento sobre o cuidado de fim da vida. FATCOD e PCQN revelaram uma correlação positiva, embora fraca, entre as atitudes dos alunos e conhecimento.	
Tse; Ellman, 2017.	EUA	BMJ supportive & palliative care	Development, implementation and evaluation of a terminal and hospice care educational online module for preclinical students	Estudo quasi experimental	152 alunos de medicina	Desenvolver, implementar e avaliar um módulo educativo on-line sobre CP, processo de morte e cuidados terminais. O módulo apresentou de 30 a 45 minutos de duração e continha 15 páginas da web, com 29 perguntas no texto, um vídeo de 30s (respiração de Cheynes-Stokes) e um clipe de som de 20s (chocalho da morte). O módulo também incluiu três estudos de caso. Os alunos foram distribuídos aleatoriamente para completar ou não o módulo (grupo de controle), antes de uma rotação clínica exigida em Hospices. As atitudes e os conhecimentos dos alunos foram avaliados utilizando o instrumento FATCOD.	Hospice; Comunicação; Ansiedade; Fadiga, Dor; Anorexia; Dispnéia; Processo/estágios da morte.	Alunos que completaram o módulo online antes da experiência no Hospice tiveram melhor desempenho em questões gerais de avaliação de conhecimento, e em 5 de 8 questões, de múltipla escolha, relativas aos cuidados paliativos, mas suas atitudes foram semelhantes àqueles que não completaram o módulo online. No geral, os alunos se sentiram um pouco desconfortáveis cuidando de pacientes que estavam morrendo, embora considerassem também um dever médico.	O módulo online é uma ferramenta promissora para melhorar o conhecimento dos alunos. Quando associado o módulo on-line com a experiência clínica em Hospices, parece ter havido melhora do ensino dos cuidados paliativos para alunos pré-clínicos.

5.3 Discussão

A análise possibilitou identificar os estudos que trazem a formação dos alunos de graduação das ciências da saúde, em cuidados paliativos.

No que diz respeito às estratégias de ensino utilizadas, estudos descreveram a escrita reflexiva dos alunos de graduação para avaliar as experiências clínicas práticas em cuidados paliativos, sendo identificado relatos da importância das vivências para a aquisição de novos conhecimento e para as mudanças na atitude pessoal a partir das realidades experienciadas (HEAD et al., 2012; CORCORAN et al., 2013; CENTENO et al., 2016).

Em estudo semelhante, alunos de medicina e enfermagem obtiveram experiência prática com atendimentos realizados em cuidados paliativos e referiram mudanças de aprendizado em relação à temática e reflexões acerca do sofrimento do outro e de si, do cuidado prestado e do trabalho desenvolvido em equipe multidisciplinar, reforçando dado anteriormente apresentado neste estudo, de que experiências práticas são válidas para o desenvolvimento e a formação dos alunos (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Estudos quantitativos com o uso da experiência/capacitação prática também foram observados e resultaram em um aumento no conhecimento e, consequente habilidade após a exposição clínica, sendo então recomendada sua integração nos currículos e na educação em cuidados paliativos (GOLDBERG; GLIATTO; KARANI, 2011; MYOTOKU et al., 2017).

Nessa perspectiva, alguns estudos (MASON; ELLERSHAW, 2008; TSAI et al., 2008; CHANG et al., 2009; WEBER; BRAUN; SCHILDMANN, 2011; MUTTO et al., 2014) associaram estratégicas teóricas à prática clínica, de forma a propor melhorias à experiência educacional. De forma geral, estes estudos demonstraram que a educação em cuidados paliativos aumentou o conhecimento e a confiança dos alunos, bem como melhorou suas atitudes e interesses em relação aos cuidados prestados.

Em recente revisão de literatura, evidenciou-se que vários recursos educacionais vêm sendo utilizados no ensino dos cuidados paliativos no Canadá, tais como: prática clínica, workshops, dramatização e discussão em grupos; assim como também observado neste estudo. No entanto, o autor reforça que independentemente dos recursos serem de baixo ou alto custo, tem sido difícil determinar as estratégias que realmente tem apresentado efeito considerativo no ensino (DOWNAR, 2018), fato que pode estar relacionado à ausência de diretrizes para delimitar os objetivos, os métodos e as intervenções a serem realizadas.

Apesar disso, outros estudos (ARBER, 2001; TAI; CAMERON-TAYLOR; CLARK, 2014; GERLACH et al., 2015; GLOVER et al., 2017; ROBINSON; FAYRON, 2017)

apresentaram a utilização de cursos em cuidados paliativos para a avaliação do conhecimento na área, tornando-se também evidente o aumento do conhecimento e da compreensão em cuidados paliativos, da autoconfiança e das mudanças de comportamento e atitudes dos alunos, após as intervenções.

Autores também exploraram qualitativamente a contribuição de um curso em cuidados paliativos, porém que não incluía qualquer prática clínica, apenas palestras, discussões em pequenos grupos e recursos audiovisuais, e também ressaltou a importância que esta estratégia apresentou, para que os alunos adquirissem conhecimentos que seriam posteriormente aplicados na realidade (BALLESTEROS; CENTENO; ARANTZAMENDI, 2014).

Nesse sentido, outros autores apresentaram a simulação como estratégia eficaz, que possibilitou oportunidades de experiências de aprendizagem aos alunos, com um impacto positivo sobre atitudes e conhecimentos adquiridos. Os autores reforçam que na ausência da exposição clínica, a simulação pode ser uma alternativa viável para preparar alunos para seu papel profissional e garantir a qualidade nos cuidados prestados (FABRO; SCHAFFER; SCHARTON, 2014; LEWIS et al., 2016).

Em contra partida, em revisão da literatura realizada por Smith et. al. (2018) a respeito do uso da simulação para a comunicação em cuidados paliativos, com alunos de enfermagem, reforçou-se que apesar dos estudos utilizarem a estratégia como uma ferramenta que possibilita aprendizado, ainda há a necessidade de padronização dos métodos utilizados, para melhor adequação da proposta. Os autores reforçam que a simulação pode ser utilizada para complementar o ensino, mas que a ausência de direcionamentos criteriosos dificultam a sua avaliação (SMITH et al., 2018).

A capacitação prática em estações/cenários pré-definidos, foram utilizados de modo a avaliar a percepção dos alunos a respeito das habilidades e a conhecimentos relacionados aos cuidados paliativos, sendo estimulados o raciocínio e tomada de decisão. Neste estudo, porém, foi observado um aumento na confiança autorreferida, nos conhecimentos e nas habilidades dos alunos (AURET; STARMER, 2008).

Outra estratégia também utilizada envolveu a educação em cuidados paliativos através de módulos educativos on-line. Segundo autores, a utilização de um módulo on-line resultou em um melhor desempenho na avaliação de conhecimento dos alunos e associado a prática clínica foi considerado uma ferramenta promissora para o ensino (TSE; ELLMAN, 2017).

Em revisão realizada para averiguar cursos online a respeito dos cuidados paliativos, evidenciou 36 programas com a temática da dor e de manejo de sintomas, oferecido na América Latina, sob o formato de cursos de pós-graduação, graduação e educação continuada.

Em contrapartida, os autores descreveram que os métodos utilizados para a avaliação dos programas não se encontravam bem definidos e que o oferecimento desse tipo de alternativa ainda era escasso na maior parte dos países (VINDROLA-PADROS, 2018).

Outros estudos ainda descreveram a utilização de filmes (OZCAKIR; BILGEL, 2014; GLOVER et al., 2017) de jogos de cartas (GLOVER et al., 2017), de pinturas e esculturas (SINHA et al., 2015), da visita à laboratórios de anatomia e funerárias (MALLORY, 2003), e da abordagem humanística (JO; AN, 2015) como oportunidades dos alunos explorarem suas crenças, valores e atitudes em relação a morte e cuidados em saúde. Os resultados desses estudos também foram positivos após as intervenções serem implementadas.

Por fim, ainda foi observado (BARRERE; DURKIN; LACOURSIERE, 2008; SCHULZ et al., 2013; ELLMAN et al., 2016; HENOCH et al., 2017) o desenvolvimento de programas de ensino/educação em cuidados paliativos, integrado ao longo dos anos dos cursos de graduação, envolvendo a utilização de uma variedade de estratégias de ensino. De forma geral, todos esses estudos apresentaram resultados positivos em relação ao conhecimento, competências, habilidades e atitudes dos alunos em relação aos cuidados paliativos.

Um estudo longitudinal com escolas médicas dos EUA revelou também que alunos de medicina têm sido expostos a mais de 90% dos programas de morte, cuidados paliativos e geriatria, com as seguintes estratégias se ensino mais utilizadas, conforme também já apresentados em dados deste estudo: palestras, seminários, discussões em pequenos grupos, dramatização, uso de materiais audiovisuais, simulação, estudos de casos clínicos, visitas a hospitais e módulo de curso sob abordagem multidisciplinar (DICKINSON, 2017).

Semelhantemente ao observado anteriormente, em um estudo de revisão, o autor descreve que o ensino dos cuidados paliativos no Canadá, tem sido oferecido em quase todos os currículos de médicos generalistas e que a avaliação de aprendizado tem progredido para uma avaliação com base em competências adquiridas e não somente em horas de imersão (DOWNAR, 2018).

No entanto, em outra revisão desenvolvida no Canada, autores afirmam que há pouca evidencia sobre a capacitação de enfermeiros em cuidados paliativos, fato que eleva a preocupação e reforça que esse tipo de ensino possa estar sendo oferecido desigualmente entre as áreas das ciências da saúde e entre países do mundo (PESUT; GREIG, 2018).

Outros estudos, ainda apresentaram o relato de alguns alunos de que a falta de capacitação e conhecimento na área dos cuidados paliativos ainda é uma realidade vivenciada, sugerindo-se a importância da temática ser, de alguma forma, inserida nos programas

curriculares de ensino das ciências da saúde (WEBER; BRAUN; SCHILDMANN, 2011; MUTTO et al., 2014; TAI; CAMERON-TAYLOR; CLARK, 2014; ROBINSON; FAYRON, 2017).

Em revisão da literatura nacional sobre o ensino dos cuidados paliativos na enfermagem, os autores evidenciaram que o conteúdo tem sido oferecido principalmente através de disciplinas eletivas teóricas, por vezes associadas às experiências práticas, e em menor quantidade nas disciplinas obrigatórias ou projetos de extensão. Outras estratégias que envolveram a simulação, a experiência clínica e a aprendizagem baseada em problemas, foram mais comuns em países desenvolvidos (GONÇALVES et al., 2019), fato que reforça as diferenças de metodologias também utilizadas na formação.

Nesse sentido a European Association for Palliative Care (EAPC) descreveu um conjunto de estratégias educacionais que podem ser utilizadas neste ensino, sendo algumas delas: aprendizagem experimental; técnicas ativas; aprendizagem multiprofissional; integração de especialistas; autorreflexão; discussões em grupo; aprendizagem baseada em problemas; palestras; dramatizações; experiência clínica supervisionada; simulações; dentre outras (CENTENO et al., 2013).

Dessa forma, observa-se que diversas estratégias de ensino têm sido recomendadas/utilizadas na capacitação em cuidados paliativos, na tentativa de suprir as demandas dos alunos em formação. Em contra partida, reforça-se a também a necessidade de utilização das estratégias de ensino, de forma metodológica e sistematizada, visando a adequada transmissão dos conteúdos e adequada avaliação do aprendizado.

Em relação aos subtemas identificados e abordados durante o ensino dos cuidados paliativos na graduação, observou-se através da analise realizada com o uso do software IRAMUTEC, quanto a similitude no corpus, que as relações de proximidades se encontravam entre as palavras: família, morte, cuidado, paciente, comunicação, dor, sintoma e cuidados paliativos; relacionados a conceitos essenciais dentro da temática, que envolvem princípios/conceitos em cuidados paliativos, comunicação, controle da dor e de outros sintomas, apoio bio-psico-social-espiritual e suporte no fim de vida.

Em concordância com os dados apresentados, a European Association for Palliative Care (EAPC) elaborou em 2013, recomendações a respeito dos conteúdos para um currículo de graduação em cuidados paliativos, sendo determinados os seguintes domínios para um nível básico de aprendizagem: “1. Noções básicas de cuidados paliativos; 2. Controle da dor e dos sintomas; 3. Aspectos psicossociais e espirituais; 4. Questões éticas e legais; 5. Comunicação; 6. Trabalho em equipe e auto-reflexão” (ELSNER et al., 2013).

Estudo que envolveu o desenvolvimento de um currículo longitudinal em cuidados paliativos, também apresentou como resultado 60 unidades de ensino, dentre elas, unidades que abordaram os princípios dos cuidados paliativos e a comunicação, bem como estratégias de aprendizagem, como: cursos e-learning, seminários, ensino interdisciplinar e interprofissional, sessões em grupo; como competências essenciais para a formação dos alunos (SCHULZ et al, 2015).

Em estudo semelhante, um currículo integrado de quatro anos foi desenvolvido, com o objetivo de ensinar competências básicas em cuidados paliativos, incluindo aspectos espirituais e culturais. Novamente, uma variedade de estratégias foram utilizadas e apresentaram melhorias significativas nas habilidades e a preparação dos alunos (ELLMAN et al., 2016).

Outro programa longitudinal e integrado de quatro anos envolveu nove tópicos temáticos de aprendizagem sob as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, sendo: princípios em cuidados paliativos, cuidados de fim de vida, objetivos de atendimento e diretrizes avançadas, comunicação, resposta ao sofrimento psicossocial, experiência emocional do médico e autocuidado, controle da dor, gerenciamento de sintomas não dolorosos, ética e direito; sendo também avaliados como apropriados ao desenvolvimento dos alunos (DENNEY-KOELSCH et al., 2018).

Semelhantemente, outro estudo recomendou 17 competências que todos os alunos de enfermagem deveriam alcançar durante a graduação, a respeito da temática dos cuidados paliativos, sendo alguns deles: manejo das necessidades bio-psico-social-espiritual; avaliação e manejo da dor e de outros sintomas; estratégias de autocuidado; enfrentamento do sofrimento e perdas; demandas de assistência; valores éticos, culturais e espirituais; educação e comunicação; trabalho interprofissional; princípios éticos no cuidado; e prestação de serviços (FERRELL et al., 2016).

Assim, muitos são os temas em cuidados paliativos que tem sido propostos, na tentativa de complementar a formação dos alunos e suprir as necessidades em relação a assistência. Em contra partida, reforça-se a cautela para a distribuição desses conteúdos, de forma que os alunos tenham tempo para assimilar as informações, associando teoria à prática.

6 TRABALHO DE CAMPO COM ALUNOS

6.1 Método

6.1.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa (POLIT; BECK, 2012), para desvelar o conhecimento dos alunos de graduação das ciências da saúde a respeito dos cuidados paliativos, por meio de um estudo de caso.

O estudo de caso pode ser utilizado como metodologia de pesquisa qualitativa e que o uso de um único estudo de caso é apropriado para determinadas circunstâncias, em especial neste estudo, em que o caso foi destacado para o início do debate em um grupo de alunos (POLIT; BECK, 2012).

Ao considerar a abordagem qualitativa, este estudo também foi conduzido sob orientação da estratégia COREQ - *Enhancing the QUAlity and Transparency Of health Research* (TONG; SAINSBURY, 2007).

6.1.2 População e local do estudo

Foi encaminhado um convite aos alunos do último de graduação dos cursos de Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Nutrição e Metabolismo, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, de uma instituição pública de ensino superior, do interior do estado de São Paulo, para a participação na etapa de identificação do conhecimento dos alunos, sobre o tema dos cuidados paliativos, no ensino de graduação.

6.1.3 Seleção dos participantes

Os cursos de graduação descritos anteriormente apresentavam a seguinte duração e número de alunos por turma: Enfermagem com quatro anos de duração e turmas com até 80 alunos; Enfermagem com cinco anos de duração e turmas com até 50 alunos; Medicina com seis anos de duração e turmas com até 100 alunos; Fisioterapia com cinco anos de duração e turmas com até 40 alunos; Nutrição e Metabolismo com cinco anos de duração e turmas com até 30 alunos; Terapia Ocupacional com cinco anos de duração e turmas com até 20 alunos; e Fonoaudiologia com quatro anos de duração e turmas com até 30 alunos.

Para o estudo, foram convidados todos os alunos que estavam matriculados no último ano de graduação, dos cursos anteriormente descritos, visto a maior probabilidade do contato com os cuidados paliativos em algum momento da graduação. A amostra final foi obtida por conveniência.

Foram considerados critérios de inclusão no estudo: alunos de ambos os sexos, matriculados no último ano de graduação de um dos cursos de graduação: Enfermagem; Medicina; Fisioterapia; Nutrição e Metabolismo; Terapia Ocupacional; ou Fonoaudiologia; da referida instituição pública de ensino superior, do interior do estado paulista.

6.1.4 Coleta de dados

O convite para participar do estudo foi realizado por meio do e-mail institucional dos alunos. Aos alunos que manifestaram interesse em participar da pesquisa, foi solicitado contato telefônico para posterior agendamento da data do encontro, que foi previamente acordada, considerando a não interferência nas atividades acadêmicas dos mesmos.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: 1) Aplicação do questionário autoaplicável; 2) Participação do grupo de alunos de uma discussão, com a utilização do método da educação problematizadora, com subsídios de um estudo de caso. A coleta de dados foi realizada em junho de 2018.

O questionário autoaplicável foi desenvolvido pelos próprios pesquisadores para a coleta dos dados sociodemográficos e de formação acadêmica dos alunos, tendo sido submetido a validação de conteúdo com alunos de pós-graduação e a uma discussão final no grupo de pesquisa, liderado por docente com experiência no desenvolvimento desse tipo de questionário.

O questionário apresentou as seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino); data de nascimento; procedência (descrever); estado civil (solteiro, casado/amasiado, separado/divorciado, viúvo); escolaridade (anos completos), profissão (descrever); ocupação atual (estudante sem remuneração, vivendo somente com recursos familiares; estudante com remuneração por bolsa auxílio ou pesquisa, somente; estudante com remuneração trabalhista, somente; estudante com remuneração familiar e bolsa auxílio ou pesquisa; estudante com remuneração familiar e trabalhista; estudante com remuneração trabalhista e bolsa auxílio ou pesquisa; estudante com remuneração familiar, trabalhista e bolsa auxílio ou pesquisa); curso de graduação atual (Bacharelado em Enfermagem; Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem; Medicina; Fisioterapia; Nutrição e Metabolismo; Terapia Ocupacional; ou

Fonoaudiologia) renda familiar (em salários mínimos); religião (ateu, católico, evangélico, espírita; testemunha de Jeová; outras); e questões referentes aos cuidados paliativos durante a formação acadêmica, embasamento teórico/prático dos alunos, atuação e capacitação profissional. O questionário foi aplicado individualmente, após leitura e assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da Autorização para Uso de Imagem.

O método problematizador é uma estratégia que estimula o pensamento e problematiza a realidade para a produção do conhecimento (FREIRE, 1987). Este método reconhece o aluno como responsável direto pela construção do seu saber, uma vez que, tem consciência de sua incompletude e é capaz de desenvolver seu poder de compreensão do mundo com uma forma autêntica de pensamento, em que as ideias são compartilhadas (FREIRE, 1987).

Assim, a estratégia da problematização foi utilizada para que os alunos pudessem refletir sobre a realidade vivenciada ao longo do curso de graduação, tanto nas aulas teóricas, quanto práticas, dos conteúdos relacionados aos cuidados paliativos. Esta etapa da coleta contou com a participação de dois moderadores, que conduziram o processo de discussão, e de três observadores, que registraram e sintetizaram as informações em pauta (MORGAN, 1997). Os moderadores e observadores são coautores da pesquisa e apresentam experiência e capacitação sobre essas atividades.

Inicialmente, os alunos formaram dois grupos, de forma aleatória, para leitura e discussão de um caso clínico, elaborado pela pesquisadora e validado pela equipe de pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O caso clínico abordou os seguintes instrumentos:

- Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): elaborada por Lawton e Brody (1969) e adaptada para o contexto brasileiro por Santos e Virtuoso Jr (2008), a escala engloba atividades sociais um pouco mais complexas avaliando a capacidade do individuo de conviver na comunidade. Possui uma pontuação que varia de sete (maior nível de dependência) a 21 pontos (independência completa), sendo classificada da seguinte forma: dependência total (= 7 pontos), dependência parcial (> 7 < 21 pontos) e independência (= 21 pontos).
- Medida de Independência Funcional (MIF): instrumento desenvolvido na década de 1980 por uma força tarefa norte-americana organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, com o objetivo de criar um instrumento capaz de medir

o grau de solicitação de cuidados que o paciente com deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas. Foi reproduzida (RIBERTO et al., 2001) e validada (RIBERTO et al., 2004) em pacientes com lesão medular e lesão encefálica adquirida, além de testar sua sensibilidade às mudanças funcionais em pessoas sob reabilitação em ambiente ambulatorial. Entre as atividades que são avaliadas estão o desempenho para a realização de 18 tarefas referentes ao autocuidado, transferências, locomoção, controle de esfíncteres, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas (RIBERTO et al., 2001; RIBERTO et al., 2004). A MIF pode ser classificada em: MIF total, MIF motora e MIF cognitiva, conformada por atividades que recebem uma pontuação que varia de 1 (dependência total) a 7 (independência completa); assim a pontuação total varia de 18 a 126 pontos (RIBERTO et al., 2001; RIBERTO et al., 2004) .

- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): utilizado para abordar idosos e avaliar a sua função cognitiva (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), o instrumento foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Bertolucci et al. (1994). O teste é composto por diversas questões que estão agrupadas em categorias, onde cada uma delas está desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória da evocação das palavras (3 pontos), linguagem (2 pontos), repetir a frase (1 ponto), seguir ordens (3 pontos), capacidade construtiva visual (1 pontos), escrever uma frase (1 ponto) e desenho (1 ponto). O escore pode variar de 0 a 30 pontos. Avaliação final: estado mental preservado ou estado mental não preservado. A escala foi revisada por Brucki et al., (2003) com alteração dos pontos de corte sugeridos pelos autores, sendo: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para aqueles com 1 a 4 anos de escolaridade; 26,5 pontos para 5 a 8 anos; 28 pontos para 9 e 11 anos; e 29 pontos para aqueles com escolaridade superior a 11 anos.
- Escala de Depressão Geriátrica: instrumento utilizado para o rastreamento de sintomas de depressão em idosos, construída por Yesavage et al. (1983), primeiramente composta por 30 questões com resposta binárias (sim/não). Posteriormente, em 1986, foi criada a GDS com 15 itens (GDS-15), uma versão curta da escala original, a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esta escala avalia a satisfação com a vida, interrupção de atividades, aborrecimento,

humor, isolamento, energia, alegria e problemas relacionados à memória (YEASAVAGE et al., 1983). Traduzida e validada para o português por Almeida e Almeida (1999), possui uma variação na pontuação de 0 a 15, sendo zero a ausência de sintomas depressivos e quinze a pontuação máxima para sintomas depressivos, com o ponto de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos.

- Escala Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG): elaborada por OKEN et al. (1982), é utilizada para quantificar o status funcional dos pacientes em uma escala de 0 a 4, sendo zero a pontuação para a melhor funcionalidade e 4 para a pior funcionalidade.
- Escala de Performance Status de Karnofsky (KPS): utilizada para quantificar o status funcional e o declínio clínico dos pacientes, avaliando sua capacidade para realizar determinadas atividades básicas (SCHAG; HEINRICH; GANZ, 1984; MOR et al., 1984), foi desenvolvida por Karnofsky (1949). Os escores variam de 0 a 100, sendo: 100% o valor de melhor funcionalidade e zero o de morte iminente.

Assim, o caso abordou um homem, sexo masculino, 78 anos, casado, diagnosticado com câncer pulmonar metastático, em estágio avançado, que realizou inicialmente cirurgia para "retirada de tumores", seguida de radioterapia e quimioterapia. O paciente apresentou diversos sintomas decorrentes dos tratamentos realizados e da própria progressão da doença, sendo encaminhado para seguimento com a equipe de Cuidados Paliativos, já muito debilitado, em acordo com os resultados das escalas de avaliação aplicadas:

- AIVD: 1ª avaliação: 21 pontos = independência; 2ª avaliação: 07 pontos = dependência total.
- MIF: 1ª avaliação: 120 pontos = independente; 2ª avaliação: 25 pontos = dependência modificada.
- MEEM: 1ª avaliação: 25 pontos = estado mental preservado; 2ª avaliação: 21 pontos = estado mental não preservado.
- GDS-15: 1ª avaliação: escore 04 = sem sintomas depressivos; 2ª avaliação: escore 13 = sintomas depressivos.
- PS-ECOG: 1ª avaliação: escore 01 = limitação da capacidade física; 2ª avaliação: escore 03 = limitação da capacidade de se autocuidar e confinado ao leito durante mais de 50% do período acordado; 3ª avaliação: escore 04 = totalmente incapacitado.

- KPS: 1ª avaliação: escore 80-90% = capaz de realizar atividades com pouco esforço; 2ª avaliação: escore 30-40% = extremamente incapacitado; 3ª avaliação: escore 10% = estado de morte iminente.

Após encaminhamento para seguimento com a equipe de Cuidados Paliativos, a equipe realizou um diálogo com o paciente e sua família, a respeito do processo pelo qual estavam passando e todo apoio lhes foi oferecido. O paciente passou por algumas internações e recebeu acompanhamento psicológico, nutricional, assistência espiritual, dentre outros cuidados, e obteve melhora de alguns sintomas. Ele ainda deixou registrado seus desejos para o final de vida. Apesar do controle de alguns sintomas, a doença progrediu e o paciente apresentou piora do quadro clínico, vindo a falecer ao lado da família e da equipe, e sem que medidas intervencionistas de reanimação fossem realizadas.

O caso clínico abordou as condições física, social, espiritual e psicológica desse paciente em cuidados paliativos, desde o início da sua doença, diagnóstico, tratamentos, até a terminalidade, bem como os aspectos éticos e de decisões clínicas que envolveram a tríade equipe-paciente-família. Assim, os alunos pontuaram os aspectos que acreditavam ser mais relevantes no caso clínico e apresentaram os resultados na discussão.

Em seguida, os alunos foram novamente separados e o grupo foi disposto em dois círculos, sendo um círculo ao redor do outro, conforme ferramenta metodológica proposta por Bordenave e Pereira (2005), dos Grupos de Verbalização e de Observação (GV/GO). Dessa forma, os alunos que estiveram em um primeiro momento no círculo externo, foram observadores dos que estiveram no círculo interno, enquanto que os que estavam no círculo interno, realizaram as discussões de algumas questões referentes ao estudo de caso, sendo elas:

- Supondo que vocês fossem os profissionais da saúde que dariam o diagnóstico ao Sr. J.P. de que ele estava com câncer de pulmão metastático, em estágio avançado, de que forma vocês conduziriam esse diálogo e que ferramentas utilizariam para lhe comunicar esse diagnóstico?
- Supondo que vocês fossem os profissionais de saúde prestando assistência ao Sr. J.P. nas suas últimas horas de vida. Qual seria a conduta de vocês, enquanto equipe, em relação as manobras de reanimação e medidas intervencionistas?
- Como vocês, enquanto alunos, se avaliam hoje para atuar em cuidados paliativos, caso seja necessário?

Após a discussão, inverteu-se a posição dos alunos, para que os que estavam como observadores, também pudessem discutir as questões e, o outro grupo, pudesse observar (BORDENAVE; PEREIRA, 2005).

Ao término, foi realizado o fechamento das discussões com uma aula dialogada e uma síntese dos conteúdos abordados, identificando também os pontos chaves mais relevantes para o grupo e as sugestões dos alunos acerca dos conteúdos/temas sobre os cuidados paliativos, a serem inseridos em cursos de graduação das ciências da saúde. A estratégia da problematização foi realizada em sala privativa, com duração aproximada de três horas, e foi filmada para possibilitar a transcrição do áudio e posterior registro e organização dos dados (MORGAN, 1997).

6.1.5 Análise dos dados

Para análise dos dados sociodemográficos e de formação acadêmica, foi construída uma planilha eletrônica no Excel® e os dados foram transportados para o programa de *software* Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 23.0.

Os dados foram descritos considerando a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo para as variáveis quantitativas (tempo de duração da entrevista, data de nascimento, renda familiar, escolaridade), e tabela de frequência para as variáveis qualitativas (sexo, procedência, estado civil, profissão, ocupação, graduação, religião e questões de formação acadêmica).

Para análise dos dados obtidos com a estratégia da problematização, foi utilizado o *software* de Análise Léxica por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto (ALCESTE), versão 2015. Criado na França em 1970 por Max Reinert é hoje considerado pioneiro no uso da informática na análise de conteúdo, tratando-se de uma técnica computadorizada com metodologia para a análise de textos (REINERT, 1990).

Para sua utilização, foi realizada inicialmente a transcrição das falas e posteriormente, a preparação do conteúdo em um único texto, denominado *corpus*. Após a formatação, o *software* realizou a análise do *corpus* com a fragmentação do texto em segmentos menores e com a avaliação da distribuição das palavras. O programa realizou cálculos e apresentou duas classificações sucessivas do *corpus*, para garantir a estabilidade das classes resultantes. Cada classe também foi avaliada com cálculos complementares, sendo mais satisfatória a análise quanto maior o aproveitamento do *corpus* pelo programa (REINERT, 1990).

Após essa etapa, foi utilizado o método da Análise Temática proposto por Braun e Clarke (2006) em complemento à análise das classes já determinadas pelo *software* ALCESTE. Braun e Clarke (2006, pp.79) definem Análise Temática como: "um método para identificar, analisar e comunicar padrões (temas) dentro dos dados. Organiza minimamente e descreve o conjunto de dados em ricos detalhes"; e descrevem as seguintes etapas para compor esse processo:

1) Familiarização com os dados: fase de transcrição a de aproximação com os dados, leitura e releitura, busca e registro das principais ideias e significados.

2) Geração de códigos iniciais: a partir da aproximação inicial com os dados é realizada a codificação sistemática de todo o texto, na qual as características mais relevantes dos dados são elencadas.

3) Busca de temas: após a codificação dos dados, vários temas serão elencados e será necessário classificá-los com o agrupamento ou a separação ou o descarte temporário desses códigos, de forma que se reúna os códigos mais relevantes de cada tema. Um "mapa" temático com temas e subtemas poderá ser construído.

4) Revisão de temas: momento em que ocorre o refinamento e a "verificação dos temas em relação aos extratos codificados (Nível 1) e todo o conjunto de dados (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise".

5) Definir e nomear temas: etapa em que uma análise mais detalhada e refinada é realizada, a fim de identificar o modo como os temas e subtemas estão relacionados e de determinar os conteúdos abordados em cada um deles. Nesta etapa, os temas são definidos e nomeados.

6) "Produzir o relatório: última oportunidade para análise. Seleção de extratos de exemplos convincentes, análise de extratos selecionados, relativa análise à questão da pesquisa e da literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise".

6.1.6 Aspectos éticos

Para o estudo foi elaborado TCLE (Apêndice A) e Termo de Autorização do Uso de Imagem (Apêndice B) que foram assinados, pelo pesquisador e pelo sujeito da pesquisa, em duas vias, após leitura e esclarecimento dos objetivos do estudo, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a realização do estudo foi solicitada autorização para o desenvolvimento do mesmo à Comissão de Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

(Anexos A e B) e à Comissão de Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (Anexos C e D).

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para apreciação e foi aprovado sob CAAE 68207517.3.0000.5393.

6.2 Resultados

6.2.1 Caracterização dos alunos

A população do estudo foi constituída por 12 alunos, sendo onze (91,7%) do sexo feminino e um (8,3%) masculino. A idade variou de 21 a 28 anos, com média aproximada de 22,8 anos (DP=1,8). Quanto ao estado civil, todos eram solteiros. A religião predominante foi a católica (75,7%), seguida da agnóstica (16,7%) e da deísta (8,3%). Em relação aos cursos de graduação, cinco (41,7%) eram alunos da fonoaudiologia, seis (50%) da enfermagem e um (8,3%) da medicina.

Do total, oito (66,7%) alunos recebiam auxílio familiar e por bolsa auxílio ou pesquisa, dois (16,7%) recebiam apenas remuneração por meio de bolsa auxílio ou pesquisa, e dois (16,7%) contavam com remuneração apenas familiar. A renda familiar variou de três a oito salários mínimos, com média aproximada de 4,3 salários mínimos (DP=1,8), sendo o salário mínimo no Brasil em 2018 de R$954,00 (DECRETO, 2017).

Quanto à formação acadêmica em cuidados paliativos, oito (66,7%) alunos referiram não terem cursado nenhuma disciplina, durante a graduação, que abordasse o tema, porém todos os alunos consideraram importante que os cuidados paliativos fossem abordados durante esse período. A maioria (91,7%) também relatou que seria essencial uma disciplina sobre os cuidados paliativos durante a graduação.

Das experiências prévias com os cuidados paliativos, nove (75%) alunos estiveram em eventos científicos cujo tema foi exposto, oito (66,7%) obtiveram esse contato em estágios realizados durante a graduação, quatro (33,3%) durante disciplinas, quatro (33,3%) em ligas estudantis, dois (16,7%) em cursos relacionados aos cuidados paliativos, dois (16,7%) em visitas técnicas, dois (16,7%) através de casos na família ou conhecidos, e um (8,3%) não apresentou experiência prévia.

De todos os alunos que tiveram experiência prévia com os cuidados paliativos, oito (72,7%) avaliaram a experiência como “muito ou muitíssimo” importante para o seu

embasamento teórico/prático na área, e três (27,3%) como "razoável ou pouco importante".

Em relação ao conhecimento e a atuação em cuidados paliativos, onze (91,7%) alunos referiram que não possuíam o conhecimento necessário para atuar em cuidados paliativos e nove (75%) alunos não se sentiam preparados para atuar na área, caso fosse necessário. Nove (75%) alunos também apresentaram uma autoavaliação de "pouco ou razoavelmente" preparados para a atuação em cuidados paliativos. A duração da coleta de dados foi de aproximadamente três horas.

6.2.2 Categorias de análise

Os resultados decorrentes da analise textual indicaram um *corpus* constituído por 382 unidades de contexto inicial (u.c.i), com 240 (63%) unidades de contexto elementar (u.c.e), responsáveis por apontar cinco classes ou categorias, definidas a partir de um conjunto de palavras (Figura 5).

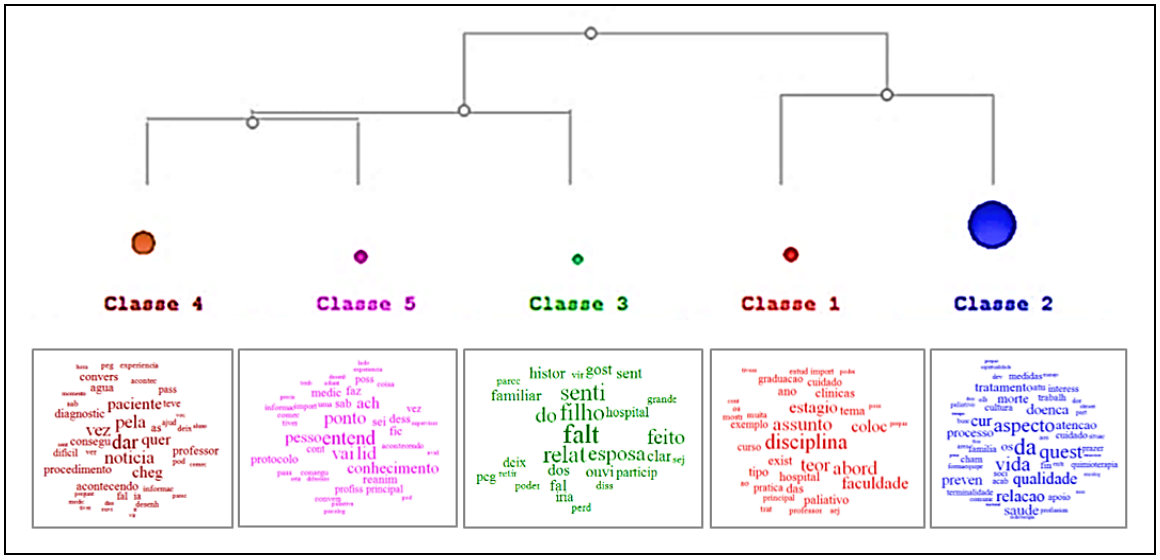


Figura 5 – Dendograma de classificação hierárquica dependente das classes. Fonte: Análise ALCESTE, 2018.

Para a formação do dendograma cada classe foi formada por uma porcentagem de u.c.e, sendo a classe 2 a de maior valor, com 43%, seguida da classe 4 com 22%, classe 1 com 14%, classe 5 com 13% e classe 3 com 8% (Figura 5).

Na Figura 6, é possível observar a representação gráfica em um plano cartesiano da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), determinada a partir do cruzamento da frequência de palavras e das classes.

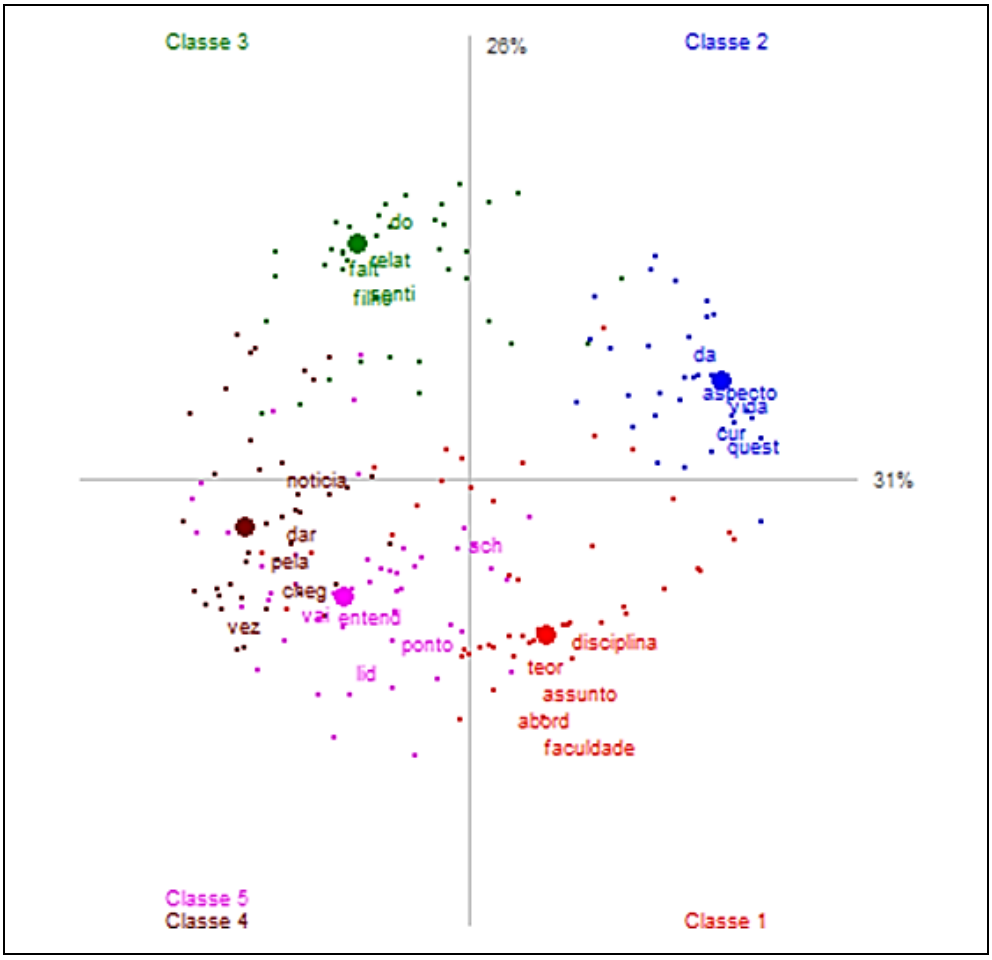


Figura 6 – Análise fatorial de correspondência das classes. Fonte: Análise ALCESTE, 2018.

As classes também foram definidas de acordo com o conteúdo e as características das falas dos participantes, sendo nomeadas: Classe 1 – Formação acadêmica; Classe 2 – Atuação profissional; Classe 3 – Cuidado ao paciente e a família; Classe 4 – Vivências do aluno no processo de cuidar; e Classe 5 – Interprofissionalidade e tomada de decisão. Todas as classes ainda foram subdivididas para melhor descrever e discutir a forma como cada uma foi organizada.

Classe 1 – Formação acadêmica: caracterizada pelas experiências e dificuldades vivenciadas pelos alunos durante o período de formação e pelas ferramentas de ensino

sugeridas pelos mesmos, para a inclusão da temática dos cuidados paliativos nos cursos de graduação, como uma forma de agregar o conteúdo a formação acadêmica.

Os alunos apresentaram as limitações da abordagem do tema de cuidados paliativos durante os cursos de graduação na área da saúde: *O preparo é quase zero, porque nós não temos uma preparação na graduação (Aluno nº04); Nós não temos preparo. Nós fazemos esse estágio no hospital e assim, nós caímos lá sem conhecimento. Da disciplina é só teoria mesmo (Aluno nº02); Eu não tive essas questões dos cuidados paliativos nos estágios (Aluno nº08).*

A dificuldade dos alunos em lidar com as situações que envolvem os cuidados paliativos e de encontrar apoio diante das suas dúvidas também ficou evidente, já que a abordagem do tema durante os cursos de graduação foi quase inexistente: *Nós vimos isso, sei lá, no primeiro ano de faculdade, mas nós não sabemos no primeiro ano de faculdade o que é isso. Quando nós estamos no estágio, não tem alguém que fale: então vamos tentar discutir agora isso! Isso são os cuidados paliativos... (Aluno nº02).*

Assim, os alunos sugeriram que o tema fosse trabalhado desde o início dos cursos de graduação e de forma contínua e articulada, numa perspectiva integrada ao longo dos anos e dos módulos de ensino, tanto na parte teórica, quanto na prática: *Eu acho que nenhuma disciplina conseguiria falar, mas seria desde o inicio que nós chegamos na faculdade, que nós vemos todos os tipos de cuidado e já ir colocando a morte como, por exemplo, algo natural (Aluno nº10).*

A questão da educação interprofissional também foi sugerida, de forma que o tema pudesse ser abordado sob diversos enfoques: *Eu acho que deve ser inserida uma disciplina sobre cuidados paliativos com vários cursos, para serem abordados diversos enfoques (Aluno nº12); Criar aulas interdisciplinares abordando o tema... (Aluno nº03).* Por fim, os alunos sugeriram algumas ferramentas metodológicas a serem utilizadas para este ensino, durante o período de graduação: *Criar aulas interdisciplinares abordando o tema, e mostrar além da teoria a prática (Aluno nº03); Dentro de algumas disciplinas poderiam ter filmes, simulações realísticas, estudo de caso, palestras que abordassem o tema e, se possível, disciplinas optativas nos cursos (Aluno nº04).*

Classe 2 – Atuação profissional: caracterizada por questões referentes à conduta profissional, medidas intervencionistas *versus* paliativistas, avaliação das condições de saúde do paciente, de suas escolhas e necessidades, para a tomada de decisão, e capacitação profissional para atuação na área.

A questão da morte e da conduta paliativista foi considerada um tabu e esteve em conflito com o embasamento teórico prático desenvolvido nos cursos de graduação, que abrangem principalmente questões referentes à prevenção, tratamento e cura das doenças: *Isso acaba sendo um tabu. Essa questão da morte, que nós tínhamos que encarar como um processo natural da vida, mas acaba não sendo dessa forma, porque nós na graduação aprendemos a cura a todo custo... (Aluno nº11).*

Debateu-se sobre o paciente ser submetido a procedimentos desnecessários e que afetariam a sua qualidade de vida, funcionalidade e dependência, devido a não avaliação de suas condições de saúde, escolhas e necessidades, para a tomada de decisão em equipe: *Ele já estava com múltiplas metástases e mesmo assim, eles optaram por fazer radioterapia, quimioterapia, cirurgia. Sendo que já era um paciente idoso, será que realmente precisava? (Aluno nº05); Ele estava independente antes do tratamento e depois do tratamento ele estava praticamente dependente (Aluno nº01).*

Dessa forma, a individualidade da avaliação das condições de saúde do paciente, bem como de suas escolhas, em receber determinados tipos de tratamento, poderia contribuir para que complicações ou pioras no quadro clínico fossem evitadas: *A questão da individualidade também é muito importante. Questionarmos se realmente é necessário esse tratamento... (Aluno nº05).*

O reconhecimento das limitações das ciências da saúde e da própria condição humana em curar também poderiam auxiliar os profissionais na compressão de que nem sempre terão o controle sobre todas as situações ou seus desfechos: *Nós somos profissionais da saúde, não da cura (Aluno nº12); Poderia dar certo, mas não é garantido. Então às vezes você quer pensar no melhor para o paciente, mas na verdade você pode estar prejudicando ele mais do que ajudando (Aluno nº09).*

Nesse sentido, a capacitação profissional foi vista como uma importante ferramenta de preparação para a atuação em cuidados paliativos: *Então o quanto esses profissionais tem se preparado, buscado ensinos ou se especializado naquilo... (Aluno nº10); A questão paliativa envolve muita coisa que nós precisamos estar preparados... (Aluno nº11).*

A referência à questão organizacional das estruturas curriculares também foi mencionada e sugere a inclusão de conteúdos essenciais que englobem a temática dos cuidados paliativos nos cursos de graduação, de forma a aprofundar o ensino e, por sua vez, a capacitação na área: *A minha sugestão para a inserção desses conteúdos e temas deve se partir através de mais informações sobre a importância de olhar para o final da vida, discutir os aspectos desse processo e levar até as comissões de graduação, a fim de modificar as*

atuais estruturas curriculares, bem como oferecer oportunidade de cursos, a todos os cursos das ciências da saúde (Aluno nº05).

Alguns temas de interesse comum foram pontuados pelos alunos, de modo a colaborar com a inserção e abordagem dos cuidados paliativos nos cursos de graduação: *história dos cuidados paliativos; definição; tipos de cuidado paliativo e de abordagens; cuidado humanizado; cuidado paliativo hospitalar, em unidade de terapia intensiva, domiciliar e em instituições de longa permanência; comunicação de más notícias; protocolos clínicos e escalas de avaliação; acolhimento; apoio emocional, psicológico e social; tríade paciente, família e equipe; sintomas; prevenção; tratamentos; intervenções; preparo da equipe; condutas; escolhas do paciente; qualidade de vida; espiritualidade; últimas horas de vida; morte; luto; e cultura organizacional* (*Alunos de nº01 a nº12).*

Classe 3 – Cuidado ao paciente e a família: caracterizada pelo envolvimento da família no cuidado e nas decisões da equipe frente às necessidades e escolhas do paciente em relação a sua condição de doença.

A participação dos membros da família no cuidado ao paciente foi considerada uma questão complexa, por depender do tipo de vínculo e proximidade que teriam sido estabelecidos até aquele determinado momento.

Assim, foram observadas tanto situações em que os membros da família eram completamente ausente ou distante dos cuidados: *Nós sentimos um pouquinho de falta também da participação dos filhos em todo esse processo (Aluno nº02)*; quanto a determinadas situações em que esses membros eram tão próximos, que houve até mesmo a dificuldade em trabalhar a aceitação destas pessoas para as escolhas do paciente, as condutas da equipe ou a perda de seu familiar: *A esposa ficava falando por ele, não tinha a opinião dele (Aluno nº09); Porque já foi orientado, e manteve a sonda para acalmar o familiar (Aluno nº06).*

A orientação, a comunicação e o estabelecimento de vínculos entre a equipe, à família e o paciente, foram então considerados fatores importantes para a qualidade do cuidado e para o estabelecimento de condutas que atendessem as necessidades dos envolvidos: *O paciente é seu parceiro, você tem que firmar uma parceria com ele, se não ele não vai saber até que ponto ele pode ir. E você também não vai entender até que ponto você pode (Aluno nº01); O familiar vê que retiramos algumas medidas invasivas e acha que estamos deixando de cuidar, se isso não é bem orientado (Aluno nº06); A equipe tem que estar voltada para as necessidades do paciente, apresentar para a família o que vai ser benéfico para ele. E*

respeitar as vontades deles, não só com relação a dor, muitas vezes é o sofrimento emocional, social (Aluno nº11).

Da mesma forma, a orientação a respeito da doença, bem como seus agravos e possíveis tratamentos, foram considerados influentes nas tomadas de decisão e escolhas dos pacientes e de suas famílias: *Então ele começou a fazer um tratamento sem se quer saber o que estava acontecendo. Parece que o entendimento só veio quando ele foi para os cuidados paliativos. Tanto que às vezes, o esclarecimento poderia ter influenciado nessa funcionalidade dele (Aluno nº01).*

Nesse sentido, o olhar para as necessidades do paciente e para os seus desejos nesse momento de doença e terminalidade podem contribuir com sua qualidade de vida e conforto, bem como na satisfação do próprio profissional, que conseguiu colaborar para a realização do desejo de seu paciente: *Se ele optasse por sentir apenas o gosto e quisesse depois cuspir, por mais que seja mínimo, mas seria feito por ele, já que ele tinha essa vontade (Aluno nº04).*

A equipe tem um papel fundamental no que diz respeito aos desejos dos pacientes, visto que pode articular meios para possibilitar a sua realização: *E desceram ele, porque ele gostava de tomar sol. E foi com a cama, todas as aparelhagens e uns sete profissionais. Então pegaram até profissionais de outros andares para ajudar, para levar ele para tomar sol de manhã. Ele tirava foto. Foram vários vídeos. Também tem professores que relatam sobre beber cerveja, coca, dentro do hospital (Aluno nº06).*

Classe 4 – Vivências do aluno no processo de cuidar: caracterizada pelos sentimentos dos alunos frente as situações de sofrimento em cuidados paliativos e das dificuldades encontradas para lidar com a falta de apoio, situações de conflitos e da falta de preparo.

A angústia dos alunos ao entrarem em contato com situações de dor e sofrimento em cuidados paliativos foi relatada e expos a crescente necessidade do olhar para as condições de enfrentamento desses alunos, que muitas vezes são expostos a realidades na qual ainda não foram preparados: *Ele falava para mim. Nossa, foi muito difícil lidar com aquilo. Meu dia foi totalmente inútil, porque eu me senti muito mal (Aluno nº01); E o pós? Depois desses casos, o que você faz? Você vai para casa e chora? (Aluno nº10).*

Observa-se que por vezes o aluno se projetou no lugar do paciente ou do familiar, de tal forma que não conseguiu dissociar a situação profissional da sua vida pessoal: *Como dissociar da sua vida pessoal? Porque você fica com essas coisas na sua cabeça. Eu pelo menos, quando eu estive em contato com essas situações, eu não conseguia dissociar da*

minha vida. Eu fui fazer um estágio e era tão pesado, que eu observava e eu não conseguia separar da minha vida pessoal. Eu ficava imaginando: isso pode acontecer com meu pai, isso pode acontecer com meu tio, com minha avó. E eu decidi que eu nunca mais queria ver isso na minha vida (Aluno nº02).

Além disso, a sobrecarga de atividades e as cobranças que envolvem a formação dos alunos contribuíram para que o manejo nessas situações se tornasse ainda mais complexo: *Muito difícil na graduação nós conseguirmos conciliar tudo isso: teoria, pressão, estágio, nota, vou passar ou não, e paciente de oitenta anos morrendo. Você fica preocupada em preencher protocolo por causa do seu supervisor, da sua graduação, e eu acho que essa parte é muito difícil (Aluno nº02).*

A falta de apoio, por sua vez, foi evidenciada e incluiu a deficiência dos serviços em oferecer suporte psicológico aos alunos e profissionais que lidam diariamente com situações de morte e sofrimento: *Eu procurei o pessoal da psicologia. Saí no hospital que nem uma louca, porque aquilo me tocou muito e parece que eu não achava ninguém para poder ajudar. Não estava ninguém ali. Eu senti falta disso. É importante (Aluno nº01).*

A questão do apoio também envolveu preceptores que, muitas vezes, não identificaram as necessidades de seus alunos, de forma que suas demandas pudessem ser manejadas: *E o supervisor contar a experiência dele também e saber entender o nosso lado. Porque às vezes nós ficamos com medo de contar várias coisas... Não tinha ninguém para eu sentar e conversar. Para mim foi difícil, é difícil (Aluno nº02); Depende do professor, que às vezes não tem esse olhar e você como aluno tem um olhar diferenciado, e fala: vamos mudar essa terapêutica! (Aluno nº06).*

Observou-se ainda o desconforto dos alunos em seguir o que lhes era imposto pelos serviços de saúde, equipes e supervisores, e o enfrentamento das circunstâncias para poder modificar a realidade dos cuidados paliativos: *Eu comecei conversando com a enfermeira e virou uma conversa no setor todo, porque eu queria dar água e a paciente não podia tomar (Aluno nº06); Nós estamos no ambulatório com cento e trinta pacientes, tem que focar, e às vezes o paciente está ali e não sabe nem o que está acontecendo (Aluno nº01); Nós vamos lá fazer um monte de questionário, identificamos vários problemas, só que nós não fazemos nada (Aluno nº09).*

Por fim, os alunos manifestaram interesse em fazer a diferença e se capacitar para atuar em cuidados paliativos, e reforçaram o diferencial de quem quer estar à frente desse cuidado: *Mas nós podemos também se empoderar disso, estudar... (Aluno nº05); Eu acho que todo mundo que está aqui, já tem um ponto diferencial de quem está lá fora, porque nós*

temos a busca ativa, à vontade. E acho que em cuidados paliativos isso faz muita diferença. Porque eu não sei, mas eu sinto que para atuar em cuidados paliativos, tem que ter aquela sensibilidade a mais, aquele quê a mais... (Aluno nº01).

Classe 5 – Interprofissionalidade e tomada de decisão: caracterizada pela formação da equipe com a atuação de diferentes profissionais, de modo coordenado e articulado, visando atender as necessidades dos pacientes, familiares e da própria equipe nas condutas, cuidados e tomadas de decisão.

A interprofissionalidade foi sugerida em cuidados paliativos, de forma que cada profissional pudesse contribuir com os conhecimentos da sua área de atuação, nas discussões clínicas e nas tomadas de decisões, visando à troca de experiências, o aprendizado e a colaboração nos cuidados aos pacientes e seus familiares: *Igual a fonoaudiologia, eu jamais achei que atuaria na parte dos cuidados paliativos. Então até onde vai essa profissão? Até onde ela pode auxiliar no dia a dia? Onde eu posso estar pedindo ajuda? Até aonde nós podemos estar unindo as forças? (Aluno nº09).*

Além disso, a equipe necessitaria estar alinhada e em comum acordo com as intervenções e condutas a serem adotadas, para que não houvesse divergências na comunicação e nas tomadas de decisão: *Todo mundo que está no cuidado com a pessoa, tem que saber se, por exemplo, vai fazer uma reanimação ou não (Aluno nº10); Vamos reanimar? Se isso não foi conversado, fica aquela coisa no ar. Eu acho que tem que ter essa importância, realmente tem que ser muito trabalho em equipe (Aluno nº01).*

Nesse sentido, a utilização de protocolos clínicos seria importante na padronização e auxilio das condutas profissionais, porém também mantendo a atenção as necessidades do paciente e da família, através da avaliação individual e continua dos casos: *Então eu acho que protocolos são bons, mas não agarre aquilo, se não vira outro protocolo. São bons para te orientar, porque ele vai te dando uma noção de como fazer, mas a vida real é outra coisa. Tem que ser uma conversa antes: o que nós vamos fazer? Até que ponto? Vamos conversar com a família e tal, porque se não, esbarra mais uma vez naquelas coisas de seguir protocolo (Aluno nº01). Eu só acho que antes de tudo, deveria fazer um equilíbrio: até que ponto é benéfico e até que ponto não é? Teria que ter uma avaliação (Aluno nº09).*

A utilização de protocolos para a comunicação de más notícias também foi citada e fez referência aos recursos utilizados pelos alunos e profissionais de saúde para operacionalizar esse papel: *Eu já tive que dar uma notícia e eu acho que vai muito do entendimento do paciente, do quanto ele quer receber de informação. É uma conversa que vai saindo natural,*

vai tendo que fluir. Para esse paciente, que não tem muito estudo, que às vezes o entendimento é um pouco mais dificultado, eu pego um bloquinho e desenho para ele (Aluno nº01).

Novamente o olhar para o paciente foi retomado e reforçou-se a necessidade de compreender o que o paciente gostaria de saber naquele momento: *Então na hora de dar essa notícia, ir pela beiradinha, tentando saber o que ele quer saber (Aluno nº05); E sempre deixar espaço para ele falar... (Aluno nº02).* A questão do profissional da saúde estar preparado e sentir-se capaz de dar uma má notícia também foi abordada: *Às vezes a nutricionista tem mais afinidade com o paciente, então pode ser ela para dar essa notícia, mas também todo preparo e tudo mais. Muitas vezes o profissional que tem mais vínculo, talvez não queira... (Aluno nº05).*

6.3 Discussão

Observou-se no presente estudo, que o ensino dos cuidados paliativos tem se mostrado deficiente ao longo do período de graduação, ocorrendo pontualmente por meio de eventos científicos, cursos, ligas estudantis, estágios e algumas disciplinas. Assim, a maioria dos alunos relatou ser essencial que sua abordagem fosse realizada dentro de uma disciplina, com aspectos teóricos e práticos, e de forma articulada e contínua com outros conteúdos.

Em concordância com estes dados, estudo realizado com 66 faculdades japonesas, apresentou que o tema dos cuidados paliativos se deu na forma de palestras em 98,5% das escolas, sendo também implementada através de aulas teóricas, estudos de casos, discussões em pequenos grupos, encenações, vídeos, aprendizagem baseada em problemas e estágio clínico, sendo este, ainda indisponível em 30,3% das faculdades (NAKAMURA et al, 2017).

A simulação também foi descrita como uma importante ferramenta utilizada para o aumento do conhecimento, da autoconsciência e do desempenho dos alunos de enfermagem e medicina em cuidados de fim de vida, sendo viável na ausência da experiência prática, como forma de preparar os alunos para a futura atuação profissional (LEWIS et al, 2016; KIRKPATRICK; CANTRELL; SMELTZER, 2019). O ambiente físico foi então citado como uma importante ferramenta pedagógica de aprendizagem, por favorecer sensações, sentimentos, visões e odores, que podem vir a ser encontrados neste meio (KANGAS-NIEMI; MANNINEN; MATTSSON, 2018).

Em relação ao conhecimento e a atuação em cuidados paliativos, a maioria dos alunos, referiram que não possuíam o conhecimento necessário para atuar em cuidados paliativos e

que não se sentiam preparados para atuar na área, caso fosse necessário. Em concordância com esse dado, estudo brasileiro desenvolvido com 50 alunos de enfermagem, mostrou que 78% dos alunos não se sentiam preparados para informar sobre a morte de um paciente a seus familiares, 62% tinham medo de que alguém morresse próximo a eles e 94% sentiam-se parcialmente ou totalmente despreparados para lidar com o processo de morte (BORGES; GOMES, 2017).

Outro estudo brasileiro, com 134 alunos dos últimos anos de medicina, observou-se que 85,8% dos alunos também necessitavam de alguma supervisão ou instrução para abordar os cuidados paliativos e realizar mudanças nas terapêuticas (CORREIA et al., 2018), reforçando as características da formação em cuidados paliativos que tem sido implementada nas instituições de ensino do país.

Assim, a abordagem dos cuidados paliativos na estrutura curricular tem sido claramente insuficiente. A sugestão de que o conteúdo a respeito dos cuidados paliativos seja mais abordado dentro das disciplinas, de forma tanto teórica quanto prática, reforça ainda mais a necessidade da revisão curricular para que os cuidados paliativos sejam, de fato, implementados na formação acadêmica (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Em relação a formação profissional, observou-se em estudo com 699 médicos finlandeses que, médicos mais jovens e sem especialização em oncologia ou cuidados paliativos, apresentaram mais decisões agressivas de tratamento em final de vida que médicos com formação paliativista. Apesar disso, esse tipo de abordagem aumentou para todos os médicos, independe da sua formação, diante dos pedidos dos familiares e, diminuiu diante das diretivas antecipadas de vontade dos pacientes (PIILI et al., 2018), o que também reforça a necessidade do olhar individualizado, voltado para as necessidades de cada paciente, família e equipe, como já sugerido neste estudo.

Em relação às medidas intervencionistas, médicos e enfermeiros de oito instituições de Xangai relataram em estudo, que em algumas enfermarias, a monitorização e verificação dos sinais vitais, a oferta de oxigênio, de suplemento nutricional e a infusão de antibióticos e diversos medicamentos, ainda são utilizados em cuidados de final de vida (LAI; WONG; CHING, 2018), dados que reforçam aos encontrados neste estudo de que inúmeras intervenções podem estar sendo realizadas desnecessariamente e sem que as necessidades dos pacientes sejam consideradas.

Em estudo com 62 pacientes, observou-se que apesar dos pacientes apresentarem certo grau de conhecimento em relação a sua condição de doença, o apoio dos profissionais, no que diz respeito aos esclarecimentos, manejo de sintomas e atendimento as suas necessidades

individuais foram deficientes, de forma que os pacientes se sentiram desamparados, solitários, excluídos e sem autonomia, sendo os membros da família, sua principal fonte de apoio (PERONE et al., 2018).

Relatos das dificuldades apresentadas pelas famílias em aceitar as condições de terminalidade dos pacientes também foram descritas, tornando seu manejo um desafio para os profissionais da saúde e reforçando a necessidade do ensino sobre a morte, para a compreensão desta, como um processo natural da vida (LAI; WONG; CHING, 2018).

Profissionais ainda referiram que dificilmente discutiam com o paciente a sua condição de doença, prognósticos e tratamentos, e que, na maioria das vezes, a família era quem tomava as decisões pelo paciente (LAI; WONG; CHING, 2018), dados que reforçam a necessidade da comunicação para o estabelecimento das relações de proximidade e para o adequado manejo das resistências diante do cuidado na terminalidade.

Nesse sentido, o trabalho em equipe e a formação multiprofissional foram considerados também primordiais para a abordagem do paciente e da família neste e em outros estudos, à medida que possibilita a troca de conhecimentos e experiência, facilita o processo do cuidar, alinhando as condutas e corrigindo falhas no atendimento (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Em relação aos sentimentos diante da terminalidade, observou-se que os alunos deste estudo se sentiram despreparados e angustiados diante de determinadas situações, em concordância ao encontrado em outro estudo, com alunos dos últimos anos de medicina de uma universidade brasileira, em que 68% dos alunos relataram sentimentos de impotência e 88,1% sensações de ansiedade e desconforto ao atuarem em cuidados paliativos (CORREIA et al., 2018). Além disso, o relato da angústia em querer estar preparado para a atuação em cuidados paliativos esteve presente em estudo semelhante e foi associado às situações desafiadoras na prática (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Estudo desenvolvido com dez alunos de enfermagem também evidenciou que a maioria dos entrevistados, sentia-se afetado de alguma forma ao observar o sofrimento dos pacientes e de seus familiares (COSTA; POLES; SILVA, 2016). Assim, sentiam-se tristes, com medo, impactados e, frequentemente, se projetavam no lugar do doente ou de sua família, de tal forma que não conseguiam dissociar a sua vida pessoal das condições do outro (COSTA; POLES; SILVA, 2016), semelhante também ao observado neste estudo.

Uma das dificuldades relatadas pelos alunos deste estudo, ao atuar em cuidados paliativos, ainda diz respeito à falta de apoio e suporte dispensado aos mesmos durante o processo de cuidar, reforçando a importância desse tipo de assistência para o amparo às suas

necessidades. Nesse sentido, supervisores clínicos de uma clínica paliativista na Suécia descreveram a importância da construção de um espaço de aprendizado, baseado em relações de proximidade e confiança com os alunos, de forma a permitir a troca de experiências e o apoio aos sentimentos e as emoções (KANGAS-NIEMI; MANNINEN; MATTSSON, 2018).

Médicos e enfermeiros ainda elencaram diversas ferramentas que podem ser utilizadas no autocuidado dos profissionais dentro dos locais de trabalho, tais como: exercícios de relaxamento, prática reflexiva, bom humor e sorriso, acesso a suporte psicológico; e fora dos locais de trabalho, tais como: dieta saudável, sono adequado, prática de exercícios físicos, meditação, ioga, massagem, banho, prática espiritual, interação social, de forma a estabelecer limites e o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, principalmente no que diz respeito aos cuidados paliativos (MILLS; WAND; FRASER, 2018).

Nesse sentido, muitas são as demandas referentes ao ensino, a educação e as vivencias em cuidados paliativos, sendo necessárias mudanças no direcionamento da temática nos cursos de graduação das ciências da saúde, para o cuidado adequado aos pacientes e o manejo das dificuldades experienciadas pelos alunos.

Como organização da proposta, a Figura 7, descreve os caminhos a serem percorridos, em uma proposta inicial, para o ensino e a formação dos alunos de graduação das ciências da saúde, sobre o tema dos cuidados paliativos.

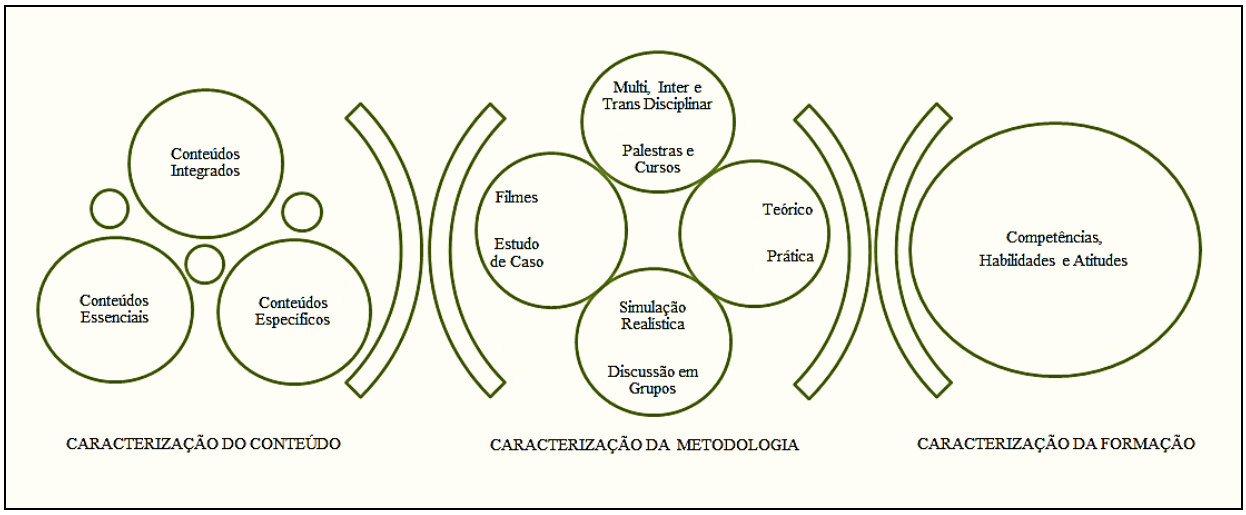


Figura 7 – Etapas para o ensino e a formação dos alunos de graduação das ciências da saúde nos cuidados paliativos, elaborado pela pesquisadora (2018).

7 AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DA PROPOSTA EDUCATIVA POR ESPECIALISTAS DA ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS

7.1 Método

7.1.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo e exploratório para a avaliação de conteúdo da proposta educativa por especialistas da área de cuidados paliativos (POLIT; BECK, 2012).

7.1.2 Desenvolvimento da proposta educativa

A proposta educativa foi desenvolvida a partir dos resultados obtidos com a revisão integrativa da literatura e com o trabalho de campo com os alunos, de modo que fossem contemplados os dados já divulgados na literatura científica e que houvesse à participação dos alunos no processo de construção do conhecimento e de desenvolvimento da proposta educacional.

Inicialmente foram elencados os temas emergentes dos dois estudos a respeito da temática dos cuidados paliativos e as principais estratégias de ensino e aprendizagem utilizadas no ensino e nas pesquisas científicas. Os temas foram agrupados segundo as semelhanças de conteúdo e organizados de acordo com a complexidade dos mesmos, tentando-se estabelecer a ordem do de menor complexidade para o de maior complexidade.

Assim, os temas foram subdivididos em unidades/módulos de aprendizagem, para melhor elaboração da proposta educativa e distribuição dos conteúdos. Cada unidade/módulo de aprendizagem também incluiu um conjunto de tópicos de aprendizagem a serem desenvolvidos durante o ensino dos cuidados paliativos nos cursos de graduação das ciências da saúde. Um conjunto das estratégias de ensino e aprendizagem também foram elencadas e apresentadas como possíveis ferramentas a serem utilizadas durante este ensino.

A partir da proposta educativa inicialmente desenvolvida, foi elaborado uma proposta de distribuição das unidades/módulos de aprendizagem ao longo dos anos dos cursos de graduação e conforme cada curso das ciências da saúde abordado neste estudo.

7.1.3 Seleção dos participantes

Para a avaliação da proposta educativa, foram convidados especialistas da área de cuidados paliativos, que contemplavam os seguintes critérios de inclusão:

- Experiência prévia na área dos cuidados paliativos, de no mínimo dois anos;

- Formação profissional em uma das áreas dos cursos de graduação elencados na proposta educativa (Enfermagem; Fisioterapia; Nutrição e Metabolismo; Terapia Ocupacional; Fonoaudiologia; Serviço Social; Psicologia; e Medicina).

Foram excluídos especialistas que não responderam de forma completa os instrumentos utilizados.

7.1.4 Coleta de dados

Os especialistas foram convidados através do contato telefônico ou do correio eletrônico e, após concordância, um encontro para a avaliação da proposta educativa foi agendado, com a data em comum acordo com cada especialista.

A coleta de dados foi iniciada após a leitura e concordância com todos os termos, e assinatura do TCLE (Apêndice D), em duas vias, pela pesquisadora e pelo especialista. Um formulário autoaplicável, contendo dados de formação profissional também foi utilizado (Apêndice G) e a avaliação da proposta educativa foi realizada, com os especialistas realizando observações/sugestões ao longo dos instrumentos apresentados nos Quadros 3 e 4 da próxima seção. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, em local privativo, com duração aproximada de uma hora.

7.1.5 Analise dos dados

Após as considerações realizadas pelos especialistas, a proposta educativa foi reavaliada e as modificações necessárias foram efetuadas, em concordância também com a percepção das pesquisadoras responsáveis pelo estudo.

Em relação à análise dos dados de formação profissional dos especialistas, foi construída uma planilha eletrônica no Excel®, sob dupla digitação, sendo os dados posteriormente transportados para o programa de *software* Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 23.0.

Os dados foram descritos considerando a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo para as variáveis quantitativas (idade, tempo de atuação na profissão e tempo de experiência em cuidados paliativos) e a tabela de frequência para as variáveis qualitativas (sexo, formação profissional, titulação máxima, atuação na área de docência, área de atuação, e formação profissional em cuidados paliativos).

7.1.6 Aspectos éticos

Para esta etapa do estudo foi elaborado TCLE (Apêndice D), que foi assinado, pelo pesquisador e pelos especialistas, em duas vias, após leitura e esclarecimento dos objetivos do estudo, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo já havia sido anteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob CAAE 68207517.3.0000.5393.

7.2 Resultados

7.2.1 Caracterização dos especialistas

O processo de avaliação de conteúdo da proposta educativa, por especialistas da área de cuidados paliativos, ocorreu no período de abril a julho de 2019. O encontro com os especialistas ocorreu ora individual, ora em grupo, nos serviços de saúde em que atuavam, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

O convite para a participação nesta fase do estudo foi realizado a 15 profissionais das ciências da saúde, sendo dois excluídos por não completarem a avaliação. A população do estudo foi então constituída por 13 profissionais, sendo onze (84,6%) do sexo feminino e dois (15,4%) do sexo masculino. A idade variou de 27 a 55 anos, com média de 37 anos (DP=8).

Em relação à formação profissional quatro (30,8%) eram enfermeiros, três (23,1%) eram psicólogas, dois (15,4%) eram médicos, uma (7,7%) era nutricionista, uma (7,7%) era fonoaudióloga, uma (7,7%) era terapeuta ocupacional e uma (7,7%) era assistente social. No que diz respeito à titulação, quatro (30,8%) apresentavam mestrado, três (23,1%) doutorado, dois (15,4%) pós-doutorado e quatro (30,8%) não apresentavam pós-graduação Stricto Sensu.

A área predominante de atuação foi à geriatria, com ênfase em cuidados paliativos (30,8%) e a formação em cuidados paliativos ocorreu na sua maior parte por meio do curso do Instituto Argentino Pallium Latinoamerica (46,2%). O tempo de atuação em cuidados paliativos variou de dois a 20 anos, com média de seis anos (DP=5).

7.2.2 Proposta educativa

A proposta educativa desenvolvida inicialmente apresentou oito unidades/módulos de aprendizagem, seguida de seus respectivos tópicos de aprendizagem, sendo:

1. Princípios dos cuidados paliativos: três tópicos de aprendizagem.
2. Comunicação: dois tópicos de aprendizagem.
3. Avaliação das condições clínicas: quatro tópicos de aprendizagem.
4. Manejo dos sintomas: quatro tópicos de aprendizagem.
5. Suporte bio-psico-social-espiritual: cinco tópicos de aprendizagem.
6. Tomada de decisão: quatro tópicos de aprendizagem.
7. Gestão do cuidado e do serviço de saúde: onze tópicos de aprendizagem.
8. Terminalidade: seis tópicos de aprendizagem.

Além disso, a proposta educativa apresentou quinze estratégias de ensino, sendo elas: dinâmicas em grupo; simulação realística; experiências práticas; filmes; estudos de caso; discussão em grupo; roda de conversa; teatro; dramatização; pinturas; jogos; poemas; músicas; cordel; e paródia.

Em relação à proposta de distribuição das unidades/módulos de aprendizagem, conforme os cursos de graduação das ciências da saúde, elencou-se os seguintes cursos: Bacharelado em Enfermagem; Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem; Fisioterapia; Nutrição e Metabolismo; Terapia Ocupacional; Fonoaudiologia; Serviço Social; Psicologia; e Medicina. Em relação aos anos de graduação, houve a distribuição dos cursos e das unidades/módulos de aprendizagem para quatro, cinco ou seis anos de duração.

A primeira versão da proposta educativa e da proposta de distribuição das unidades/módulos de aprendizagem conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, podem ser observadas a seguir, no Quadro 3 e no Quadro 4, respectivamente.

Quadro 3 – Proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos para alunos de graduação das ciências da saúde, de acordo com as unidades/módulos de aprendizagem, tópicos de aprendizagem e estratégias de ensino (1ª Versão). Ribeirão Preto, São Paulo, 2019.

	UNIDADES/MÓDULOS DE APRENDIZAGEM	TÓPICOS DE APRENDIZAGEM	ESTRATÉGIAS DE ENSINO
SABERES ESSENCIAIS	1. Princípios dos cuidados paliativos	✓ História, filosofia e diretrizes. ✓ Definições: cuidado paliativo, ortotanásia, distanásia, mistanásia, suicídio assistido, morte e luto. ✓ Fases do luto: negação, raiva, depressão, barganha e aceitação.	✓ Dinâmicas em Grupo ✓ Simulação Realística ✓ Experiências Práticas ✓ Filmes ✓ Estudos de Caso ✓ Discussão em Grupo ✓ Roda de conversa ✓ Teatro ✓ Dramatização ✓ Pinturas ✓ Jogos ✓ Poemas ✓ Músicas ✓ Cordel ✓ Paródia
	2. Comunicação	✓ Comunicação de más notícias. ✓ Estratégias de comunicação: Protocolo SPIKES.	
	3. Avaliação das condições clínicas	✓ Critérios para paciente elegível para cuidados paliativos. ✓ Escalas de avaliação em geriatria: Escala das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS). ✓ Alterações no envelhecimento: olfato, paladar, visão, audição e marcha. ✓ Escalas de avaliação em cuidados paliativos: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), Escala Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG), Escala de Performance Status de Karnofsky (KPS) e Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD).	
	4. Manejo dos sintomas	✓ Problemas digestivos, geniturinários, respiratórios, neurológicos, psiquiátricos e emocionais: ansiedade, medo, depressão, fadiga, indisposição, mal-estar, sonolência, insônia, depressão respiratória, dispnéia, náuseas, vômitos, diarréia, constipação, inapetência, xerostomia, perda de peso, caquexia, desequilíbrio eletrolítico, edema, dor, delirium, delírio. ✓ Terapias medicamentosas: uso de analgésicos e opióides, escada analgésica, efeitos colaterais e vício medicamentoso. ✓ Terapias alternativas: acupuntura, ioga, musicoterapia, fitoterapia. ✓ Sedação paliativa: tipos, indicação, critérios e avaliação.	

	5. Suporte bio-psico-social-espiritual	✓ Conceito de dor total: aspecto biológico, psicológico, social e espiritual. ✓ Apoio psicológico, social e espiritual. ✓ Estratégias de enfrentamento. ✓ Qualidade de vida. ✓ Medidas de conforto para o cuidado: cuidados físico, psicológico, social e espiritual, medidas terapêuticas alternativas, horários de visita flexíveis, entrada de crianças e de animais em ambiente hospitalar.	
	6. Tomada de decisão	✓ Opções de tratamento: quimioterapia; radioterapia, cirurgias e antibióticoterapia. ✓ Intervenções de suporte de vida e equipamentos artificiais de extensão de vida: ressuscitação cardiopulmonar, intubação traqueal, traqueostomia, hemodiálise, transfusões, hidratação e nutrição artificial. ✓ Outros tipos de intervenção e cuidado: banho, sinais vitais, punções (acesso venoso periférico e central, cateter tipo shilley, port-a-cath, hipodermóclise), coleta de exames, glicemia capilar, exames radiológicos, aspiração de vias aéreas, curativos, sondagem gástrica e enteral, e sondagem vesical. ✓ Emergências em cuidados paliativos: sangramentos, obstruções, engasgos, parada cardiorespiratória.	
	7. Gestão do cuidado e do serviço de saúde.	✓ Barreiras e limitações dos serviços de saúde ✓ Singularidade no cuidado, ambiente de assistência e horários de visitas. ✓ Ambiente hospitalar, ambulatorial e domiciliar. ✓ Planejamento da alta e o cuidado domiciliar ✓ Metas de cuidado, autocuidado e família envolvida. ✓ Sobrecarga do cuidador. ✓ Populações especiais. ✓ Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinaridade. ✓ Sentimentos e emoções em lidar com pacientes na terminalidade, a morte dos outros e à morte de si mesmo, tanatofobia e suporte oferecido ao profissional. ✓ Educação sobre a morte e o morrer para equipe e família. ✓ Tríade Paciente/Família/Equipe.	

	8. Terminalidade	✓ Aspectos éticos, legais e culturais ✓ Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade. ✓ Compreensão e percepção biológica, sociocultural, filosófica, psicológica e religiosa da morte. ✓ Cuidados na terminalidade: últimas horas de vida, morte e morrer, cuidados pós-morte, doação física e de órgãos, notificação da morte, transporte do corpo, papel da cerimônia fúnebre, arranjos fúnebres e enterro. ✓ Luto antecipatório, luto e luto complicado. ✓ Assistência à família enlutada.	

Quadro 4 – Distribuição das unidades/módulos de aprendizagem dos saberes essenciais em cuidados paliativos, conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, com base na 1ª Versão. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019.

	PERÍODO DA GRADUAÇÃO CONFORME OS CURSOS DA ÀREA DA SAÚDE (1° AO 6° ANO)						
	CURSOS DE GRADUAÇÃO	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO
UNIDADES/MÓDULOS DE APRENDIZAGEM	Bacharelado em Enfermagem	1. Princípios dos cuidados paliativos 2. Comunicação	3. Avaliação das condições clínicas 4. Manejo dos sintomas	5. Suporte bio-psico-social-espiritual 6. Tomada de decisão	7. Gestão do cuidado e do serviço de saúde 8. Terminalidade		
	Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem Fisioterapia Nutrição e Metabolismo Terapia Ocupacional Fonoaudiologia Serviço Social Psicologia	1. Princípios dos cuidados paliativos 2. Comunicação	3. Avaliação das condições clínicas	4. Manejo dos sintomas 5. Suporte bio-psico-social-espiritual	6. Tomada de decisão	7. Gestão do cuidado e do serviço de saúde 8. Terminalidade	
	Medicina	1. Princípios dos cuidados paliativos 2. Comunicação	3. Avaliação das condições clínicas	4. Manejo dos sintomas 5. Suporte bio-psico-social-espiritual	6. Tomada de decisão	7. Gestão do cuidado e do serviço de saúde	8. Terminalidade

7.2.3 Avaliação de conteúdo da proposta educativa

Aos especialistas foram apresentados os dados referentes aos Quadros 3 e 4, construídos com as fases da revisão integrativa da literatura e do trabalho de campo com os alunos de graduação. A avaliação foi realizada por meio da leitura individual da proposta e de sugestões detalhadas no próprio material.

Após a finalização dessa etapa, a proposta educativa foi avaliada e modificada conforme observações e considerações realizadas pelos especialistas, e também pela avaliação das pesquisadoras, quanto à pertinência das adequações.

Assim, a segunda versão da proposta educativa manteve oito unidades/módulos de aprendizagem, porém com algumas modificações nos títulos das unidades, e nos conteúdos e distribuição dos tópicos de aprendizagem, sendo:

A. Princípios dos cuidados paliativos: seis tópicos de aprendizagem.
B. Comunicação: cinco tópicos de aprendizagem.
C. Avaliação clínica: três tópicos de aprendizagem.
D. Manejo dos sintomas e do sofrimento: oito tópicos de aprendizagem.
E. Suporte bio-psico-social-espiritual: oito tópicos de aprendizagem.
F. Plano de cuidados e tomada de decisão: cinco tópicos de aprendizagem.
G. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde: seis tópicos de aprendizagem.
H. Assistência no fim da vida: sete tópicos de aprendizagem.

Além disso, a proposta educativa apresentou novas estratégias de ensino e aprendizagem, sendo 18 no total: dinâmicas em grupo; simulação realística; experiências práticas; filmes; estudos de caso; discussão em grupo; roda de conversa; teatro; dramatização; pinturas; jogos; poemas; músicas; cordel; paródia; aulas expositivas; elaboração de planos de cuidados; relato de experiências de pacientes, familiares e profissionais.

Em relação a proposta de distribuição das unidades/módulos de aprendizagem conforme os cursos de graduação das ciências da saúde, mantiveram-se os cursos de: Enfermagem; Fisioterapia; Nutrição e Metabolismo; Terapia Ocupacional; Fonoaudiologia; Serviço Social; Psicologia; e Medicina.

Em relação aos anos de graduação, mantiveram-se a distribuição dos cursos e das unidades/módulos de aprendizagem para quatro, cinco ou seis anos de duração, porém com todos os cursos apresentando o último ano da graduação destinado ao estágio curricular em

cuidados paliativos, com exceção da medicina, com os dois últimos anos destinados para o estágio curricular.

A segunda versão da proposta educativa e da proposta de distribuição das unidades/módulos de aprendizagem conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, podem ser observadas a seguir, no Quadro 5 e no Quadro 6, respectivamente.

Quadro 5 – Proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos para alunos de graduação das ciências da saúde, de acordo com as unidades/módulos de aprendizagem, tópicos de aprendizagem e estratégias de ensino (2ª Versão). Ribeirão Preto, São Paulo, 2019.

	UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**
SABERES ESSENCIAIS	A. Princípios dos cuidados paliativos.	➢ História, filosofia e princípios dos cuidados paliativos.
		➢ Definições em cuidados paliativos (adoecimento, cuidado, cuidado paliativo, ortotanásia, distanásia, eutanásia, mistanásia, suicídio assistido, morte, luto antecipatório, luto, luto patológico, qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade, dentre outros).
		➢ Dimensões humanas (física, afetiva, social, intelectual e espiritual) e dimensões existenciais do ser humano (espiritual, psíquica e somática).
		➢ Princípios bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade).
		➢ Fases do luto (negação, raiva, depressão, barganha e aceitação) e novos modelos de compreensão e intervenção no luto (modelo de tarefas, modelo dual, modelo cognitivo-comportamental e modelo de reconstrução de significado).
		➢ Família e paciente como unidade de tratamento.
	B. Comunicação.	➢ Comunicação em cuidados paliativos.
		➢ Comunicação de más notícias.
		➢ Comunicação entre paciente, família e profissional e entre profissionais.
		➢ Estratégias de comunicação, comunicação verbal e não verbal, recursos vocais e corporais na comunicação, ambiente para a comunicação, linguagem e repertório de palavras, e utilização de protocolos (Ex: SPIKES).
		➢ Barreiras para a comunicação (autoconhecimento, linguagem, repertório e recursos próprios, empatia e compaixão, individualismo, estratégias de enfrentamento, dificuldade para lidar com o sofrimento do outro, dificuldade para lidar com a má notícia, dificuldade de compreensão, conspiração do silêncio, dentre outros).
	C. Avaliação clínica.	➢ Anamnese e exame físico como fontes de coleta de dados para a avaliação clínica e interdisciplinar dos sintomas físicos, psicológicos e dos componentes existenciais do indivíduo.
		➢ Avaliação e mensuração das condições clínicas através de escalas de avaliação (Ex: Escala das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Global Deterioration Scale (GDS), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

		(HADS), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL), Escala Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG), Escala de Performance Status de Karnofsky (KPS), Escala de Performance Paliativa (PPS), Palliative Prognostic Score (PaP Score), Índice Prognóstico Paliativo (PPI), Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), Escala Visual Analógica (EVA), Inventário Breve da Dor (IBD), Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), Behavioural Pain Scale (BPS), Escala de Zarit, Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD), Inventário de Qualidade de Vida SF-36, Palliative Outcome Scale (POS), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnarie Core 15 PAL (EORTC-QLQ-C15-PAL), Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp), dentre outras).
		➢ Critérios para paciente elegível para cuidados paliativos.
	D. Manejo dos sintomas e do sofrimento.	➢ Problemas emocionais (ansiedade, sofrimento existencial, alteração de sono e vigília), psiquiátricos (depressão, delirium, delírio), neurológicos (sonolência, convulsão, mioclonia), respiratórios (dispnéia, ronco/sororoca, tosse e hipersecreção de vias aéreas), circulatórios (desequilíbrio hidroeletrolítico, edema, sangramento), digestivos (inapetência, xerostomia, mucosite oral, sialorreia, disfagia, soluço, náusea, vômito, perda de peso, caquexia, anorexia), geniturinários (disfunção urinária, diarréia, obstipação), senso-percepção (dor, fadiga), tegumentar (alopecia, sudorese, prurido, xerose cutânea), dentre outros.
		➢ Tratamento farmacológico da dor e de outros sintomas (terapia medicamentosa, uso de analgésicos e opióides, escada analgésica, rodízio de opióides, desmitificação do uso de opióides, efeitos colaterais e adesão a terapia medicamentosa).
		➢ Tratamento não farmacológico da dor e de outros sintomas e práticas integrativas e complementares (Ex: apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, antroposofia, acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo social/crenoterapia, dentre outros).
		➢ Sedação paliativa (tipos, indicação, critérios e avaliação).
		➢ Higiene e conforto (cuidados com a boca e mucosas, hidratação ocular e cutânea, banho, cuidados com a pele, manejo de odor, dentre outros).
		➢ Cuidado com feridas (tipos de feridas, classificação, coberturas utilizadas).
		➢ Cuidados com ostomias (traqueostomia, gastrostomia, ureterostomia, urostomia, nefrostomia, cistostomia, ileostomia, colostomia).
		➢ Sexualidade em cuidados paliativos.

	E. Suporte bio-psico-social-espiritual.	➢ Conceito de dor total (aspectos biológico, psicológico, social, espiritual e existencial).
		➢ Apoio psicológico, social, familiar, espiritual e existencial (acolhimento, escuta ativa, avaliação das necessidades e prioridades do paciente, percepção dos valores, investigação do sentido e do propósito da vida).
		➢ Plano de cuidados (identificação das dimensões do sofrimento, problemas potenciais, estratégias, intervenções e avaliação).
		➢ Estratégias de enfrentamento (grupos de apoio, acompanhamento psicológico, práticas integrativas e complementares, terapia medicamentosa).
		➢ Medidas de conforto e cuidado (cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais, horários de visita flexíveis, entrada de crianças e de animais em ambiente hospitalar, personificação do ambiente hospitalar e do espaço físico).
		➢ Sobrecarga do cuidador formal e informal (sobrecarga física e psicológica, sentimentos e emoções em lidar com a terminalidade, a morte dos outros e à morte de si mesmo, tanatofobia, identificação do sofrimento psíquico e suporte ao paciente, família e equipe).
		➢ Educação sobre a morte e o morrer e suporte a tríade paciente, família e equipe.
		➢ Papel da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual) e contribuição de cada especialidades para o cuidado.
	F. Plano de cuidados e tomada de decisão.	➢ Biografia, projetos de vida, tomada de decisão compartilhada e desenvolvimento de um plano de cuidados.
		➢ Opções de tratamento (quimioterapia; radioterapia, cirurgia, antibióticoterapia, cirurgia espiritual, escolha pela não realização de tratamentos e/ou intervenções).
		➢ Intervenções de suporte de vida e retirada de suporte de vida (ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, extubação paliativa, ventilação não invasiva, hidratação e nutrição artificial, hemodiálise, transfusão).
		➢ Outros tipos de intervenções e cuidado (higiene e conforto, sinais vitais, punção central, punção venosa, hipodermóclise, coleta de exames, glicemia capilar, exames complementares de diagnóstico, aspiração de vias aéreas, curativos, sondagem gástrica, enteral e vesical, dentre outros).
		➢ Emergências em cuidados paliativos (sangramento, síndrome da veia cava superior, síndrome da compressão medular, obstrução urinária, obstrução intestinal maligna).

	G. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde.	➢ Modelos de assistência (hospitalar, ambulatorial, domiciliar e hospices), e organização e gerenciamento dos serviços de saúde (rede integrada de cuidados).
		➢ Singularidade no cuidado (metas de cuidado, ambiente de assistência, trabalho em equipe, envolvimento da família no cuidado e respeito às escolhas do paciente).
		➢ Atenção às populações especiais (presidiários, indígenas, estrangeiros, deficientes).
		➢ Barreiras e limitações dos serviços de saúde (horários de visitas pouco flexíveis, ausência de acompanhantes em tempo integral, restrições à visita de crianças em ambiente hospitalar, dificuldade com o sistema de contra referência para seguimento pós-alta e atestado de óbito em domicílio).
		➢ Planejamento da alta e do cuidado no domicílio (alta compartilhada, orientações e treinamento do principal cuidador, contra referencia aos serviços de saúde, adequação do ambiente domiciliar para o fim de vida do paciente e para os familiares pós morte, atestado de óbito em domicilio).
		➢ Educação permanente da equipe de saúde (suporte a equipe, aulas interdisciplinares, discussão de casos, desenvolvimento de estratégias e do plano de cuidados).
	H. Assistência no fim da vida.	➢ Legislação sobre terminalidade de vida, aspectos éticos, legais e culturais.
		➢ Testamento vital, diretivas antecipadas de vontade, mandato duradouro e curatela.
		➢ Compreensão e percepção biológica, sociocultural, filosófica, psicológica e espiritual da morte.
		➢ Identificação da fase final de vida e processo de morte (sinais e sintomas da deterioração clínica).
		➢ Cuidados na terminalidade (acolhimento ao paciente e a família, últimas horas de vida, morte e morrer, ritos de passagem nas diferentes religiões, cuidados com o corpo pós-morte, doação física e de órgãos, notificação da morte, orientações burocráticas, documentação e atestado de óbito, preparo e transporte do corpo, papel da cerimônia fúnebre, rituais de despedida, arranjos fúnebres e enterro, e suporte na morte em domicilio).
		➢ Luto antecipatório, luto e luto complicado.
		➢ Assistência à família enlutada e a equipe de saúde.
ESTRATÉGIAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM		➢ Dinâmicas em Grupo; Simulação Realística; Experiências Práticas; Filmes; Estudos de Caso; Discussão em Grupo; Roda de Conversa; Teatro; Dramatização; Pinturas; Jogos; Poemas; Músicas; Cordel; Paródia; Aulas Expositivas; Elaboração de Planos de Cuidados; Relato de experiências de pacientes, familiares e profissionais.

Quadro 6 – Distribuição das unidades/módulos de aprendizagem dos saberes essenciais em cuidados paliativos, conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, com base na 2ª Versão. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019.

	MÓDULOS DE APRENDIZAGEM CONFORME PERÍODOS DA GRADUAÇÃO DOS CURSOS DAS ÀREAS DA SAÚDE (1° AO 6° ANO)					
CURSOS DE GRADUAÇÃO	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO
Enfermagem Fonoaudiologia	A. Princípios dos cuidados paliativos. B. Comunicação.	C. Avaliação clínica. D. Manejo dos sintomas e do sofrimento. E. Suporte bio-psico-social-espiritual.	F. Plano de cuidados e tomada de decisão. G. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde. H. Assistência no fim da vida.	Estágio curricular em cuidados paliativos	_____	_____
Enfermagem Fisioterapia Nutrição e Metabolismo Terapia Ocupacional Serviço Social Psicologia	A. Princípios dos cuidados paliativos. B. Comunicação.	C. Avaliação clínica. D. Manejo dos sintomas e do sofrimento.	D. Manejo dos sintomas e do sofrimento. E. Suporte bio-psico-social-espiritual. F. Plano de cuidados e tomada de decisão.	F. Plano de cuidados e tomada de decisão. G. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde. H. Assistência no fim da vida.	Estágio curricular em cuidados paliativos	_____
Medicina	A. Princípios dos cuidados paliativos. B. Comunicação.	C. Avaliação clínica. D. Manejo dos sintomas e do sofrimento.	D. Manejo dos sintomas e do sofrimento. E. Suporte bio-psico-social-espiritual. F. Plano de cuidados e tomada de decisão.	F. Plano de cuidados e tomada de decisão. G. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde. H. Assistência no fim da vida.	Estágio curricular em cuidados paliativos	Estágio curricular em cuidados paliativos

8 AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DA PROPOSTA EDUCATIVA POR ESPECIALISTAS DA ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS

8.1 Método

8.1.1 Desenho do estudo

A validade de conteúdo da proposta educativa sobre os cuidados paliativos foi realizada segundo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede o nível de concordância entre os especialistas, a respeito dos itens que compõem um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

8.1.2 Seleção dos participantes

Para essa etapa foram convidados especialistas que não participaram da primeira fase de avaliação da proposta educativa e que contemplavam os seguintes critérios de inclusão:

- Experiência prévia na área dos cuidados paliativos, de no mínimo dois anos.
- Título mínimo de mestrado.
- Formação profissional em uma das áreas dos cursos de graduação elencados na proposta educativa (Enfermagem; Fisioterapia; Nutrição e Metabolismo; Terapia Ocupacional; Fonoaudiologia; Serviço Social; Psicologia; e Medicina).

Foram excluídos especialistas que não responderam os instrumentos dentro do prazo estipulado ou que devolveram os instrumentos com dados incompletos.

Para confirmação dos dados de formação profissional dos especialistas, também foi utilizada a Plataforma Lattes, que armazena dados do currículo de pesquisadores das áreas de Ciência e Tecnologia do Ministério de Ciência e Tecnologia do Brasil (BRASIL, 2012).

8.1.3 Coleta de dados

Os especialistas foram convidados através do contato telefônico ou do correio eletrônico, por meio de uma carta convite (Apêndice F). Mediante o aceite do convite em participar do estudo, todo material para a validação da proposta foi encaminhado por meio do correio eletrônico, sendo: TCLE (Apêndice E); formulário autoaplicável, contendo dados de formação profissional dos especialistas (Apêndice G); e instrumento para avaliação da validade de conteúdo da proposta educativa (Apêndice H).

Aos especialistas foi solicitado:

- Devolver o TCLE, assinado juntamente com instrumento de validação.
- Retornar a avaliação por meio do correio eletrônico, dentro do prazo estipulado.
- Verificar a relevância/representatividade de cada item da proposta educativa em desenvolvimento, por meio do preenchimento do instrumento de validação de conteúdo. Os especialistas também puderam realizar observações/sugestões ao longo do instrumento utilizado.

8.1.4 Analise dos dados

O IVC permite analisar cada item de um instrumento e ele como um todo, através de escalas do tipo Likert, com pontuação de um a quatro, de forma a dimensionar a proporção de especialistas que estão em concordância com o conteúdo apresentado (LYNN, 1986; RUBIO et al., 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para esta avaliação, foi utilizada uma escala do tipo Likert que considerou as seguintes determinações: 1 = não relevante ou não representativo; 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo; 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo; 4 = item relevante ou representativo (LYNN, 1986; RUBIO et al., 2003).

Em relação ao cálculos realizados para obtenção dos valores de IVC, foi considerado o proposto por Lynn (1986) e Polit e Beck (2006), sendo:

- Índice de Validade de Conteúdo para o Item (IVC-I) = Número de notas relevantes (3 ou 4) que o item recebeu / Número total de especialistas.
- Índice de Validade de Conteúdo da Escala Total (IVC-S) = Soma dos IVC-I / Número total de itens.

Ainda segundo os autores (LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2006), foram adotados os seguintes critérios para IVC-I e IVC-S:

- IVC-I = 1, para um comitê composto por 3 a 5 especialistas;
- IVC-I $\geq$ 0,78, para comitê composto por 6 a 10 especialistas;
- IVC-S $\geq$ 0,90 para novos instrumentos.

Respeitando-se o mínimo de especialistas preconizado pela literatura (LYNN, 1986) e considerando-se o número de especialistas deste estudo, foram adotados os valores de no mínimo 0,78 para a validade de cada item da proposta educativa e de no mínimo 0,90 para a validade do instrumento como um todo.

Para a avaliação da validade de conteúdo da proposta, adequou-se o instrumento da coleta de dados do presente estudo (Apêndice H), com a enumeração dos itens de 1 a 52, sendo:

- Enumeração de 1 a 48 atribuída aos tópicos de aprendizagem, seguindo a ordem de apresentação da segunda versão da proposta de A a H.
- Enumeração 49 atribuída às estratégias de ensino e aprendizagem.
- Enumeração 50, 51 e 52 atribuídas à segunda versão da proposta de distribuição das unidades/módulos de aprendizagem, conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, obedecendo-se a ordem de apresentação dos três conjuntos de cursos.

Em relação à análise dos dados de formação profissional dos especialistas, foi construída uma planilha eletrônica no Excel®, sob dupla digitação, sendo os dados posteriormente transportados para o programa de *software* Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 23.0.

Os dados foram descritos considerando a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo para as variáveis quantitativas (idade, tempo de atuação na profissão e tempo de experiência em cuidados paliativos) e a tabela de frequência para as variáveis qualitativas (sexo, formação profissional, titulação máxima, atuação na área de docência, área de atuação, e formação profissional em cuidados paliativos).

8.1.5 Aspectos éticos

Para esta etapa do estudo foi elaborado TCLE (Apêndice E), que foi assinado, pelo pesquisador e pelos especialistas, em duas vias, após leitura e esclarecimento dos objetivos do estudo, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo já havia sido anteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob CAAE 68207517.3.0000.5393.

8.2 Resultados

8.2.1 Caracterização dos especialistas

O processo de avaliação da validade de conteúdo da proposta educativa ocorreu no período de julho a agosto de 2019.

O convite para a participação desta fase do estudo foi realizado a 13 profissionais das ciências da saúde, sendo dois excluídos por não responderem ao convite realizado e um por

não se adequar ao critério de inclusão mencionado anteriormente, a respeito da necessidade de ser profissional de uma das áreas elencadas na proposta educativa.

A população do estudo foi então constituída por 10 profissionais, sendo oito (80%) do sexo feminino e dois (20%) do sexo masculino. A idade variou de 34 a 70 anos, com média de 43 anos (DP=10,7).

Em relação à formação profissional três (30%) eram enfermeiros, três (30%) médicos, uma (10%) psicóloga, uma (10%) fonoaudióloga, uma (10%) terapeuta ocupacional e uma (10%) fisioterapeuta. No que diz respeito à titulação, cinco (50%) apresentavam mestrado e cinco (50%) doutorado, sendo que sete (70%) atuavam na área de docência.

A área predominante de atuação foi à geriatria, com ênfase em cuidados paliativos (30%) e a formação em cuidados paliativos ocorreu na sua maior parte por meio do curso do Instituto Argentino Pallium Latinoamerica (40%). O tempo de atuação em cuidados paliativos variou de dois a 24 anos, com média de 8,5 anos (DP=6,4).

8.2.2 Validação da proposta educativa

A respeito da validação da proposta, todos os itens apresentaram IVC-I $\geq$ 0,78, valor considerado adequado para a quantidade de especialistas participantes. O índice variou de 0,8 a 1, sendo: nove itens (17,3%) com índice igual a 0,8; 21 itens (40,4%) com índice igual a 0,9; e 22 itens (42,3%) com índice igual a 1.

O resultado permitiu inferir que os especialistas, de modo um geral, consideraram os itens relevantes/representativos para o conteúdo proposto, não sendo necessária a exclusão de nenhum item avaliado. Os valores de relevância/representatividade de cada item da proposta educativa se encontram detalhados no Quadro 7, onde os valores resultantes do IVC-I também pode ser observados.

Em relação a avaliação da validade de conteúdo da proposta educativa como um todo, foram realizados cálculos fundamentados na seguinte fórmula (LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2006):

IVC-S = Soma dos IVC-I / Número total de itens

IVC-S = (9 itens x 0,8) + (21 itens x 0,9) + (22 itens x 1) / 52 itens

IVC-S = (7,2 + 18,9 + 22) / 52

IVC-S = 48,1/52

IVC-S = 0,925

Desse modo, o conjunto total dos itens apresentou IVC-S de 0,92, valor também superior ao preconizado de 0,90 para novos instrumentos, evidenciando uma adequada validade de conteúdo da proposta apresentada. Assim, o resultado final da avaliação dos especialistas culminou na indicação de manutenção de todos os itens da proposta.

Algumas considerações também foram realizadas pelos especialistas ao longo do instrumento de validação e se referiam, de modo geral, a atenção para itens elaborados de forma semelhante, exclusão e inclusão de novos itens, e retirada, acréscimo e/ou substituição de palavras ou termos utilizados.

As sugestões e observações dos especialistas foram analisadas individualmente e as considerações pertinentes à proposta foram identificadas. Mediante análise e discussão entre as pesquisadoras, o parecer final sobre os itens foi emitido, com algumas sugestões dos especialistas sendo acatadas, conforme apresentado no Quadro 8. Ressalta-se que modificações realizadas foram pontuais e que não houve alteração na essência dos conteúdos, acreditando-se, portanto na não interferência da validação de conteúdo realizada.

Modificações não foram realizadas na proposta de distribuição das unidades/módulos de aprendizagem conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, visto que a maioria dos especialistas avaliou a distribuição apresentada como satisfatória.

Quadro 7 – Distribuição dos valores atribuídos por cada especialista aos itens da proposta educativa e IVC-I calculado para cada item. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019.

	ITENS																									
ESPECIALISTA	I01	I02	I03	I04	I05	I06	I07	I08	I09	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26
E1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3
E2	4	4	1	4	4	4	4	4	1	1	1	3	2	4	3	4	3	2	4	3	3	1	3	3	2	1
E3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
E4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4	4	4	4
E5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
E6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	1	4	1
E7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
E8	4	4	3	4	4	4	2	3	2	2	3	3	3	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4	4	3	4
E9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
E10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
IVC - I	1	1	0,9	1	1	1	0,9	1	0,8	0,8	0,9	1	0,9	1	1	1	0,8	0,9	1	1	1	0,9	1	0,9	0,9	0,8

	ITENS																									
ESPECIALISTA	I27	I28	I29	I30	I31	I32	I33	I34	I35	I36	I37	I38	I39	I40	I41	I42	I43	I44	I45	I46	I47	I48	I49	I50	I51	I52
E1	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	2	4	3	3	3	3	4	4	4
E2	2	3	3	4	1	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	4	4	3	3	2	4	3	3
E3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3
E4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
E5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
E6	1	1	2	2	4	2	3	1	4	1	1	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1
E7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
E8	4	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3
E9	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3
E10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3
IVC - I	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	1	0,9	1	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	1	0,9	0,8	1	1	0,9	1	0,9	1	1	0,9

Quadro 8 – Modificação de itens da proposta educativa, conforme sugestão dos especialistas e parecer final das pesquisadoras. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019.

Itens originais da 2ª versão da proposta educativa	**Itens modificados (3ª versão da proposta educativa)**
13. Avaliação e mensuração das condições clínicas através de escalas de avaliação (Ex: Escala...).	13. Avaliação e mensuração das condições clínicas através de escalas de avaliação e discussão crítica sobre indicação e momento do uso das escalas (Ex: Escala...).
28. Sobrecarga do cuidador formal e informal (sobrecarga física e psicológica, sentimentos e emoções em lidar com a terminalidade, a morte dos outros e à morte de si mesmo, tanatofobia, identificação do sofrimento psíquico e suporte ao paciente, família e equipe).	28. Sobrecarga do cuidador formal e informal (autocuidado, sobrecarga física e psicológica, sentimentos e emoções em lidar com a terminalidade, a morte dos outros e à morte de si mesmo, tanatofobia, identificação do sofrimento psíquico e suporte ao paciente, família e equipe).
29. Educação sobre a morte e o morrer e suporte a tríade paciente, família e equipe.	29. Educação sobre a morte e o morrer, imersão na própria morte para trabalhar a morte do outro, e suporte a tríade paciente, família e equipe.
49. Estratégias de ensino e aprendizagem: Dinâmicas em Grupo; Simulação Realística; Experiências Práticas; Filmes; Estudos de Caso; Discussão em Grupo; Roda de Conversa; Teatro; Dramatização; Pinturas; Jogos; Poemas; Músicas; Cordel; Paródia; Aulas Expositivas; Elaboração de Planos de Cuidados; Relato de experiências de pacientes, familiares e profissionais.	49. Estratégias de ensino e aprendizagem: Dinâmicas em Grupo; Simulação Realística; Experiências Práticas; Filmes; Estudos de Caso; Discussão em Grupo; Roda de Conversa; Teatro; Dramatização; Pinturas; Jogos; Poemas; Músicas; Cordel; Paródia; Aulas Expositivas; Elaboração de Planos de Cuidados; Relato de experiências de pacientes, familiares e profissionais; Leitura de livros; Aulas com especialistas da área.

Nota: Itens sublinhados referem-se às modificações realizadas da 2ª para a 3ª versão da proposta educativa.

9 DESENVOLVIMENTO FINAL DA PROPOSTA EDUCATIVA

Para a construção dos pressupostos dos saberes essenciais da proposta educativa em cuidados paliativos, faz-se necessário revisitar as diretrizes curriculares dos cursos das ciências da saúde.

No ano de 2001 foram estabelecidas, pelo Ministério da Educação as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos das Ciências da Saúde, com o objetivo de guiar as propostas curriculares. Na análise ao longo de sua implantação, vários debates e mudanças ocorreram na sociedade e na atenção à saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposta de formar alunos com uma visão mais abrangente do processo de saúde/doença, compreendendo o homem em uma dimensão multidimensional (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

Ao longo dos anos, os gestores, docentes e alunos de vários cursos distintos avaliaram as diretrizes curriculares, aprovadas pelo Ministério da Educação e debates foram sendo realizados para uma nova visão do cuidado. No Ministério da Educação, várias revisões das diretrizes curriculares nacionais de diferentes cursos, ainda estão em tramitação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

As diretrizes do curso de medicina foram as primeiras revisadas na área da saúde e as recomendações para a formação relacionam-se aos aspectos biológicos, socioculturais e humanísticos, com destaque para as habilidades gerais e pensamento reflexivo, crítico e ético (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014). Assim, a atuação do médico deve seguir os preceitos do SUS, com a atenção a todos os espaços e todas as instâncias de promoção, prevenção e reabilitação em saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

A área de competência para a atenção à saúde, que aborda as necessidades individuais e coletivas do homem e a investigação dos problemas de saúde e as intervenções, está de acordo com as diretrizes dos cursos de graduação da saúde em geral, uma vez que a integralidade do cuidado, a humanização, a segurança ao indivíduo e a coletividade, a promoção, prevenção e reabilitação à saúde compõem o eixo central do cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

Na proposta das diretrizes dos cursos de enfermagem, datada de 2017 e no aguardo da aprovação do Ministério da Saúde, o processo formativo direciona-se para a formação e preparo do enfermeiro no cuidado à pessoa, na gestão do cuidado e dos serviços de saúde e de enfermagem, na educação em saúde, na pesquisa, no desenvolvimento profissional e na capacitação do nível técnico (MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO, 2017).

Na análise dessa resolução, o cuidado ao indivíduo e a coletividade perpassa as bases filosóficas, conceituais e metodológicas para a formação do enfermeiro humano, autônomo e

com responsabilidade social. Destaca-se ainda a formação com base no cuidado individualizado, utilizando diferentes instrumentos, com o objetivo de oferecer o cuidado integral, quer seja na saúde, na doença e/ou na reabilitação (MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO, 2017).

Destaca-se também a articulação com o trabalho da equipe multiprofissional. Nas áreas de Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia as diretrizes caminham para uma formação na atenção à saúde para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Nas diretrizes curriculares do curso de serviço social não se encontram descritas áreas de conhecimento, entretanto devem fazer parte do contexto do cuidado assistencial, as competências que tangem o apoio social ao paciente/família (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002).

Segundo o Ministério da Educação (2011), as diretrizes do curso de psicologia também enfocam a atenção à saúde, para a qual os psicólogos:

> "devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação na saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética".

Na análise das diretrizes curriculares dos diferentes cursos de atenção à saúde, verifica-se que apesar das suas respectivas competências terem especificidades, o profissional que cuida do paciente deve enfocar as necessidades individuais e/ou coletivas, em um trabalho interdisciplinar. Assim, o debate dos conteúdos essenciais e das estratégias de ensino em cuidados paliativos deve ter significância para os alunos dos cursos de graduação das ciências da saúde, para uma aprendizagem mais efetiva.

Conforme observado nas respectivas diretrizes curriculares, os alunos dos cursos de ciências da saúde, já iniciam o processo de ensino-aprendizagem com a equipe de saúde no atendimento às necessidades humanas, no processo saúde-doença. Portanto tais pressupostos antecedem a proposta da inserção dos saberes essenciais em cuidados paliativos.

Assim, as diretrizes curriculares nos direcionam para que esse pressuposto possa ser incorporado na íntegra ou em partes do processo de ensino-aprendizagem do aluno. Além dessa descrição, a incorporação desses conceitos compõe o resultado da aprendizagem,

propondo mudanças à formação do aluno e a incorporação da temática nas políticas pedagógicas dos cursos de graduação.

Diante das diretrizes curriculares dos cursos e da análise dos dados das fases preparatória e desenvolvimental deste estudo, apresenta-se a proposta educativa para articular os conceitos emanados sobre os cuidados paliativos, às necessidades de ensino.

Para a composição final dos saberes essenciais da proposta educativa em cuidados paliativos, foram utilizados os resultados da revisão integrativa da literatura, do trabalho de campo, da avaliação de conteúdo e da validação de conteúdo. Diante dos achados, os saberes essenciais e seus subtemas foram apresentados para compor o corpo de conhecimento necessário aos alunos frente ao cuidado ao paciente/família em cuidados paliativos.

O mapa conceitual foi utilizado como uma ferramenta pedagógica com objetivo de organizar e representar os saberes essenciais em cuidados paliativos (NOVAK; CAÑAS, 2010). Mapas conceituais geralmente incluem símbolos gráficos que estabelecem e determinam as relações entre os conteúdos que estão sendo apresentados (NOVAK; CAÑAS, 2010).

Neste estudo, a representação gráfica do mapa conceitual foi elaborada sob um círculo, cujo eixo central é o cuidado paliativo e os círculos adjacentes, são as fases percorridas durante o estudo, com suas respectivas etapas, de modo a representar os saberes essenciais que compõem a proposta educativa, com vistas ao processo ensino-aprendizagem do aluno no tema central. Para o processo de ensino, os temas que emergiram do estudo, elencaram os saberes essenciais para o aprendizado do aluno na busca para o alicerce do cuidado (Figura 8).

Os saberes essenciais que compõem o modelo da proposta devem ser articulados com o tema central, uma vez que para a compreensão do conceito e sua aplicabilidade na prática profissional, o aluno necessita de formação continua e integrada, visando o aprendizado efetivo.

O cuidado paliativo é então compreendido como o eixo central do processo de ensino-aprendizagem dos alunos de graduação das ciências da saúde e seu conceito permanece relacionado a uma abordagem multiprofissional de cuidado, que busca atender as necessidades bio-psico-sociais-espirituais do paciente/família/equipe, face aos sofrimentos inerentes a doença, sintomas, perdas e terminalidade. Por sua vez, os saberes essenciais, que estão associados ao eixo central da proposta, podem ser caracterizados:

1. Princípios dos cuidados paliativos: relacionado ao processo histórico dos cuidados paliativos, conceitos e princípios fundamentais, dimensões humanas, processo de luto e aspectos bioéticos.

2. Comunicação: relacionado ao processo de comunicação entre paciente/família/ equipe, incluindo a comunicação para o cuidado, más notícias, identificação de barreiras e utilização de estratégias.

3. Avaliação clínica: relacionada à identificação das condições clínicas do paciente, com a utilização de escalas, exame físico e anamnese, com o objetivo de realizar o plano de cuidados.

4. Manejo dos sintomas e do sofrimento: relacionado aos principais sintomas físicos, psicológicos, sociais, e espirituais apresentados pelos pacientes, os diferentes manejos farmacológicos e não farmacológicos, a adoção de medidas de conforto e do apoio multiprofissional.

5. Suporte bio-psico-social-espiritual: relacionado a identificação das necessidades bio-psico-social-espiritual ou de "dor total", com a utilização de estratégias de enfrentamento, plano de cuidados, medidas de conforto e apoio da equipe multiprofissional ao paciente e a família.

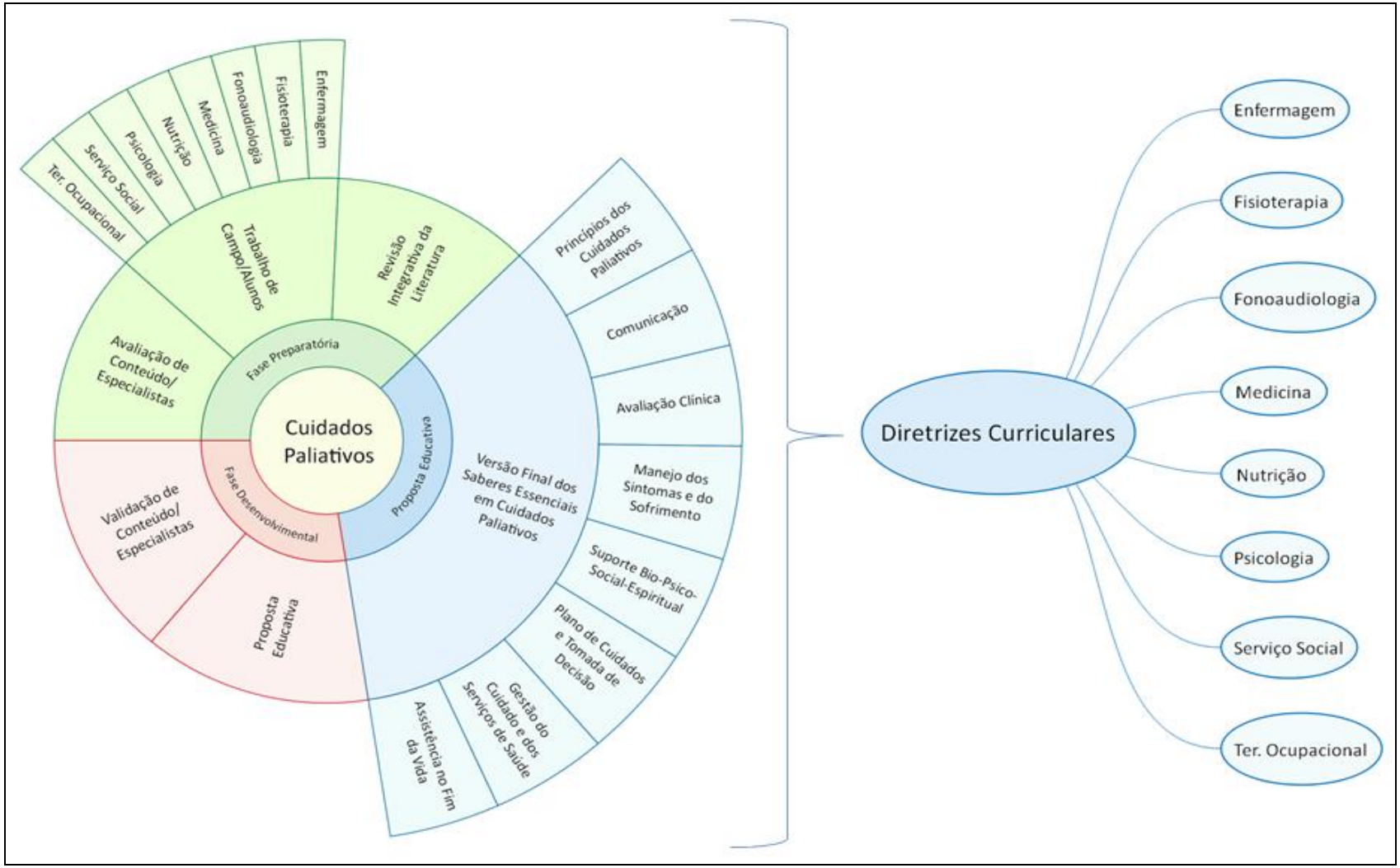
6. Plano de cuidados e tomada de decisão: relacionado às escolhas do paciente em relação a intervenções de suporte de vida, retirada de suporte de vida, projetos de vida, tomada de decisão e decisões compartilhadas entre o paciente, família e equipe.

7. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde: relacionado aos modelos assistenciais de atendimento, barreiras e limitações dos serviços de saúde, educação permanente, planejamento de cuidados e singularidade no atendimento.

8. Assistência no fim da vida: relacionado às diretivas antecipadas de vontade, testamento vital, aspectos éticos e legais, processo de morte e morrer, cuidados na terminalidade, luto e assistência ao paciente/família/equipe.

Assim, a proposta educativa final dos saberes essenciais em cuidados paliativos para alunos de graduação das ciências da saúde e a distribuição final das unidades/módulos de aprendizagem dos saberes essenciais em cuidados paliativos, conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, foram descritas nos Quadros 09 e 10, respectivamente.

Figura 8 – Mapa conceitual dos saberes essenciais em cuidados paliativos, da proposta educativa para alunos de graduação das ciências da saúde, elaborado pela pesquisadora (2019).



Quadro 9 – Proposta educativa final dos saberes essenciais em cuidados paliativos para alunos de graduação das ciências da saúde, de acordo com as unidades/módulos de aprendizagem, tópicos de aprendizagem e estratégias de ensino (3ª Versão). Ribeirão Preto, São Paulo, 2019.

	UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**
SABERES ESSENCIAIS	1. Princípios dos cuidados paliativos.	➢ História, filosofia e princípios dos cuidados paliativos.
		➢ Definições em cuidados paliativos (adoecimento, cuidado, cuidado paliativo, ortotanásia, distanásia, eutanásia, mistanásia, suicídio assistido, morte, luto antecipatório, luto, luto patológico, qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade, dentre outros).
		➢ Dimensões humanas (física, afetiva, social, intelectual e espiritual) e dimensões existenciais do ser humano (espiritual, psíquica e somática).
		➢ Princípios bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade).
		➢ Fases do luto (negação, raiva, depressão, barganha e aceitação) e novos modelos de compreensão e intervenção no luto (modelo de tarefas, modelo dual, modelo cognitivo-comportamental e modelo de reconstrução de significado).
		➢ Família e paciente como unidade de tratamento.
	2. Comunicação.	➢ Comunicação em cuidados paliativos.
		➢ Comunicação de más notícias.
		➢ Comunicação entre paciente, família e profissional e entre profissionais.
		➢ Estratégias de comunicação, comunicação verbal e não verbal, recursos vocais e corporais na comunicação, ambiente para a comunicação, linguagem e repertório de palavras, e utilização de protocolos (Ex: SPIKES)
		➢ Barreiras para a comunicação (autoconhecimento, linguagem, repertório e recursos próprios, empatia e compaixão, individualismo, estratégias de enfrentamento, dificuldade para lidar com o sofrimento do outro, dificuldade para lidar com a má notícia, dificuldade de compreensão, conspiração do silêncio, dentre outros).
	3. Avaliação clínica.	➢ Anamnese e exame físico como fontes de coleta de dados para a avaliação clínica e interdisciplinar dos sintomas físicos, psicológicos e dos componentes existenciais do indivíduo.

		➢ Avaliação e mensuração das condições clínicas através de escalas de avaliação e discussão crítica sobre indicação e momento do uso das escalas (Ex: Escala das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Global Deterioration Scale (GDS), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL), Escala Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG), Escala de Performance Status de Karnofsky (KPS), Escala de Performance Paliativa (PPS), Palliative Prognostic Score (PaP Score), Índice Prognóstico Paliativo (PPI), Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), Escala Visual Analógica (EVA), Inventário Breve da Dor (IBD), Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), Behavioural Pain Scale (BPS), Escala de Zarit, Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL), Inventário de Qualidade de Vida SF-36, Palliative Outcome Scale (POS), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnarie Core 15 PAL (EORTC-QLQ-C15-PAL), Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp), dentre outras).
		➢ Critérios para paciente elegível para cuidados paliativos.
	4. Manejo dos sintomas e do sofrimento.	➢ Problemas emocionais (ansiedade, sofrimento existencial, alteração de sono e vigília), psiquiátricos (depressão, delirium, delírio), neurológicos (sonolência, convulsão, mioclonia), respiratórios (dispnéia, ronco/sororoca, tosse e hipersecreção de vias aéreas), circulatórios (desequilíbrio hidroeletrolítico, edema, sangramento), digestivos (inapetência, xerostomia, mucosite oral, sialorreia, disfagia, soluço, náusea, vômito, perda de peso, caquexia, anorexia), geniturinários (disfunção urinária, diarréia, obstipação), senso-percepção (dor, fadiga), tegumentar (alopecia, sudorese, prurido, xerose cutânea), dentre outros.
		➢ Tratamento farmacológico da dor e de outros sintomas (terapia medicamentosa, uso de analgésicos e opióides, escada analgésica, rodízio de opióides, desmitificação do uso de opióides, efeitos colaterais e adesão a terapia medicamentosa).
		➢ Tratamento não farmacológico da dor e de outros sintomas e práticas integrativas e complementares (Ex: apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, antroposofia, acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo social/crenoterapia, dentre outros).
		➢ Sedação paliativa (tipos, indicação, critérios e avaliação).
		➢ Higiene e conforto (cuidados com a boca e mucosas, hidratação ocular e cutânea, banho, cuidados com a pele, manejo de odor, dentre outros).
		➢ Cuidado com feridas (tipos de feridas, classificação, coberturas utilizadas).

		➢ Cuidados com ostomias (traqueostomia, gastrostomia, ureterostomia, urostomia, nefrostomia, cistostomia, ileostomia, colostomia).
		➢ Sexualidade em cuidados paliativos.
	5. Suporte bio-psico-social-espiritual.	➢ Conceito de dor total (aspectos biológico, psicológico, social, espiritual e existencial).
		➢ Apoio psicológico, social, familiar, espiritual e existencial (acolhimento, escuta ativa, avaliação das necessidades e prioridades do paciente, percepção dos valores, investigação do sentido e do propósito da vida).
		➢ Plano de cuidados (identificação das dimensões do sofrimento, problemas potenciais, estratégias, intervenções e avaliação).
		➢ Estratégias de enfrentamento (grupos de apoio, acompanhamento psicológico, práticas integrativas e complementares, terapia medicamentosa).
		➢ Medidas de conforto e cuidado (cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais, horários de visita flexíveis, entrada de crianças e de animais em ambiente hospitalar, personificação do ambiente hospitalar e do espaço físico).
		➢ Sobrecarga do cuidador formal e informal (autocuidado, sobrecarga física e psicológica, sentimentos e emoções em lidar com a terminalidade, a morte dos outros e à morte de si mesmo, tanatofobia, identificação do sofrimento psíquico e suporte ao paciente, família e equipe).
		➢ Educação sobre a morte e o morrer, imersão na própria morte para trabalhar a morte do outro, e suporte a tríade paciente, família e equipe.
		➢ Papel da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual) e contribuição de cada especialidades para o cuidado.
	6. Plano de cuidados e tomada de decisão.	➢ Biografia, projetos de vida, tomada de decisão compartilhada e desenvolvimento de um plano de cuidados.
		➢ Opções de tratamento (quimioterapia; radioterapia, cirurgia, antibióticoterapia, cirurgia espiritual, escolha pela não realização de tratamentos e/ou intervenções).
		➢ Intervenções de suporte de vida e retirada de suporte de vida (ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, extubação paliativa, ventilação não invasiva, hidratação e nutrição artificial, hemodiálise, transfusão).
		➢ Outros tipos de intervenções e cuidado (higiene e conforto, sinais vitais, punção central, punção venosa, hipodermóclise, coleta de exames, glicemia capilar, exames complementares de diagnóstico, aspiração de vias aéreas, curativos, sondagem gástrica, enteral e vesical, dentre outros).
		➢ Emergências em cuidados paliativos (sangramento, síndrome da veia cava superior, síndrome da compressão medular, obstrução urinária, obstrução intestinal maligna).

	7. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde.	➢ Modelos de assistência (hospitalar, ambulatorial, domiciliar e hospices), e organização e gerenciamento dos serviços de saúde (rede integrada de cuidados).
		➢ Singularidade no cuidado (metas de cuidado, ambiente de assistência, trabalho em equipe, envolvimento da família no cuidado e respeito às escolhas do paciente).
		➢ Atenção às populações especiais (presidiários, indígenas, estrangeiros, deficientes).
		➢ Barreiras e limitações dos serviços de saúde (horários de visitas pouco flexíveis, ausência de acompanhantes em tempo integral, restrições à visita de crianças em ambiente hospitalar, dificuldade com o sistema de contra referência para seguimento pós-alta e atestado de óbito em domicílio).
		➢ Planejamento da alta e do cuidado no domicílio (alta compartilhada, orientações e capacitação do principal cuidador, contra referencia aos serviços de saúde, adequação do ambiente domiciliar para o fim de vida do paciente e para os familiares pós morte, atestado de óbito em domicilio).
		➢ Educação permanente da equipe de saúde (suporte a equipe, aulas interdisciplinares, discussão de casos, desenvolvimento de estratégias e do plano de cuidados).
	8. Assistência no fim da vida.	➢ Legislação sobre terminalidade de vida, aspectos éticos, legais e culturais.
		➢ Testamento vital, diretivas antecipadas de vontade, mandato duradouro e curatela.
		➢ Compreensão e percepção biológica, sociocultural, filosófica, psicológica e espiritual da morte.
		➢ Identificação da fase final de vida e processo de morte (sinais e sintomas da deterioração clínica).
		➢ Cuidados na terminalidade (acolhimento ao paciente e a família, últimas horas de vida, morte e morrer, ritos de passagem nas diferentes religiões, cuidados com o corpo pós-morte, doação física e de órgãos, notificação da morte, orientações burocráticas, documentação e atestado de óbito, preparo e transporte do corpo, papel da cerimônia fúnebre, rituais de despedida, arranjos fúnebres e enterro, e suporte na morte em domicilio).
		➢ Luto antecipatório, luto e luto complicado.
		➢ Assistência à família enlutada e a equipe de saúde.
ESTRATÉGIAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM		➢ Dinâmicas em Grupo; Simulação Realística; Experiências Práticas; Filmes; Estudos de Caso; Discussão em Grupo; Roda de Conversa; Teatro; Dramatização; Pinturas; Jogos; Poemas; Músicas; Cordel; Paródia; Aulas Expositivas; Elaboração de Planos de Cuidados; Relato de experiências de pacientes, familiares e profissionais; Leitura de livros; Aulas com especialistas da área.

Quadro 10 – Distribuição final das unidades/módulos de aprendizagem dos saberes essenciais em cuidados paliativos, conforme os anos e os cursos de graduação das ciências da saúde, com base na 3ª Versão. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019.

	MÓDULOS DE APRENDIZAGEM CONFORME PERÍODOS DA GRADUAÇÃO DOS CURSOS DAS ÀREAS DA SAÚDE (1° AO 6° ANO)					
CURSOS DE GRADUAÇÃO	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO
Enfermagem* Fonoaudiologia	1. Princípios dos cuidados paliativos. 2. Comunicação.	3. Avaliação clínica. 4. Manejo dos sintomas e do sofrimento. 5. Suporte bio-psico-social-espiritual.	6. Plano de cuidados e tomada de decisão. 7. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde. 8. Assistência no fim da vida.	Estágio curricular em cuidados paliativos	_____	_____
Enfermagem** Fisioterapia Nutrição e Metabolismo Terapia Ocupacional Serviço Social Psicologia	1. Princípios dos cuidados paliativos. 2. Comunicação.	3. Avaliação clínica. 4. Manejo dos sintomas e do sofrimento.	4. Manejo dos sintomas e do sofrimento. 5. Suporte bio-psico-social-espiritual. 6. Plano de cuidados e tomada de decisão.	6. Plano de cuidados e tomada de decisão. 7. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde. 8. Assistência no fim da vida.	Estágio curricular em cuidados paliativos	_____
Medicina	1. Princípios dos cuidados paliativos. 2. Comunicação.	3. Avaliação clínica. 4. Manejo dos sintomas e do sofrimento.	4. Manejo dos sintomas e do sofrimento. 5. Suporte bio-psico-social-espiritual. 6. Plano de cuidados e tomada de decisão.	6. Plano de cuidados e tomada de decisão. 7. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde. 8. Assistência no fim da vida.	Estágio curricular em cuidados paliativos	Estágio curricular em cuidados paliativos

Nota: *Curso de enfermagem com duração de 4 anos. **Curso de enfermagem com duração de 5 anos.

O objetivo da tese foi elaborar uma proposta educativa sobre os saberes essenciais em cuidados paliativos, com base nos elementos que compõem o Método da Problematização, utilizado neste estudo com a observação da realidade, pontos chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade, conforme descrito na Figura 1. A identificação do problema à realidade se constrói ao longo dos cursos de graduação das ciências da saúde, permitindo aos alunos a aprendizagem reflexiva, crítica e inovadora.

É importante frisar os diferentes contextos em que esses alunos, futuros profissionais, poderão estar inseridos, com vistas ao mercado de trabalho, para que a formação em cuidados paliativos ocorra no decorrer dos cursos de graduação, de forma a preparar os alunos e fornecer ferramentas para que possam atuar nesse tipo de cuidado. Esse panorama inclui um emaranhado de situações, como as fases da terminalidade do paciente, as relações familiares e interpessoais, os cuidados com o paciente e a integração com a equipe multidisciplinar, que podem ser dificultadores, para o atendimento, na ausência de uma formação.

Quando o aluno de graduação participa de um contexto de aprendizagem que envolve uma situação cotidiana profissional e que lhe desperta interesse, há tendência para melhora das habilidades e competências (DO PRADO et al., 2012). Esse método ativo promove a curiosidade e desafia a disponibilização de recursos para resolução de problemas (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Assim, a abordagem problematizadora é uma ferramenta que integra o ensino teórico e a prática para promover uma aprendizagem que visa o ensino/aprendizado crítico-reflexivos dos alunos (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Além disso, vários métodos de ensino podem auxiliar o professor a instigar a curiosidade do aluno nesse processo de aprendizagem em cuidados paliativos, como aulas formais, leitura de textos, palestras, cursos, módulos, workshop, rotação clínica, filmes, simulação, estudos de caso e discussão em grupo em cuidados paliativos. Esses métodos devem compor o método problematizador, o que permite maior articulação do aluno com a realidade da prática.

Assim, a formação do aluno deve estar direcionada aos desafios sociais e a transição do processo saúde/doença dos indivíduos e coletividade, direcionando o olhar para as boas práticas em saúde. Os cuidados paliativos são uma abordagem profissional que visam atender as necessidades dos pacientes em contextos complexos, com o cuidado integral e humanizado à pessoa nos diferentes processos da vida.

A presente proposta vem atender as competências básicas para a formação dos alunos no que diz respeito à temática dos cuidados paliativos, de forma a articular o ensino às

práticas em saúde, ao trabalho interdisciplinar e ao cuidado ao paciente/família com segurança, conhecimento, autonomia profissional, ética, e respeito à vida e a morte.

9.1 Limitações do estudo

A tese apresenta algumas limitações: 1ª na revisão da literatura não foram incluídos artigos publicados em revistas privadas, cujo acesso resultaria em custos, podendo haver outros estudos a respeito da temática, que não foram incluídos; 2ª na pesquisa de campo o número de alunos não foi representativo entre os cursos de graduação e houve uma única instituição participante, o que limitou inferências mais abrangentes; 3ª considerando o objetivo do estudo de elaborar uma proposta educativa, não houve condições de implementação da proposta nos cursos de graduação, entretanto o estudo mostrou a necessidade desses saberes essenciais diante da realidade.

9.2 Contribuições para a área da saúde

O presente estudo identificou a importância da inclusão dos cuidados paliativos para a formação dos alunos dos cursos de graduação das ciências da saúde, evidenciando que a oferta deste conteúdo tem ocorrido com a utilização de diversas ferramentas de ensino. Nesse sentido, a capacitação dos alunos foi relacionada à utilização das metodologias ativas, com possibilidade de formação nos níveis de conhecimento, competência, habilidade e atitude. As estratégias também foram de certa forma, bem avaliadas nos estudos e puderam contribuir pontualmente para o ensino aprendizagem dos alunos a respeito da temática.

O estudo pretende contribuir para a ampliação dos conhecimentos na área e para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a inserção da temática dos cuidados paliativos, nas estruturas curriculares dos alunos de graduação das ciências da saúde, bem como proporcionar aos pacientes, familiares e equipes de saúde, dispor posteriormente dos benefícios dessa formação.

10 CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi desenvolver uma proposta educativa dos saberes essenciais em cuidados paliativos, para contribuir na formação técnica e científica de alunos de graduação das ciências da saúde, a partir da revisão integrativa da literatura e do trabalho de campo com os alunos, e posteriormente com a avaliação e validação da proposta por especialistas da área.

No que diz respeito a revisão integrativa da literatura, observou-se a utilização de ferramentas de ensino, tais como: aulas expositivas; leitura de textos; palestras; cursos; módulos; workshops; rotações clínicas; filmes; simulações; estudos de caso; e discussões em grupo; com as estratégias sendo avaliadas positivamente nos estudos e contribuindo pontualmente para o ensino aprendizagem dos alunos a respeito da temática.

Em relação aos temas identificados durante a revisão, foi observado relações de proximidades entre as palavras: família; morte; cuidado; paciente; comunicação; dor; sintoma; e cuidados paliativos; considerados conceitos básicos da temática e que devem ser abordados nos cursos de graduação.

No trabalho de campo, tornou-se evidente as limitações da abordagem dos cuidados paliativos durante os cursos de graduação e as dificuldades vivenciadas pelos alunos ao atuar em cuidados paliativos, inclusive no que diz respeito à falta de apoio e suporte aos mesmos. Também se tornou evidente que o ensino dos cuidados paliativos tem se apresentado de forma esporádica e pontual durante os cursos de graduação das ciências da saúde, e que sua inserção se encontra de certa forma ainda deficiente.

A educação interprofissional foi apresentada como uma abordagem que poderia favorecer e enriquecer as discussões clínicas, de forma a colaborar com as tomadas de decisões em equipe, em ambientes de ensino aprendizagem ou de prática profissional, ampliando conhecimentos e favorecendo capacitação.

O olhar para as necessidades individuais do paciente, família e equipe também foi descrito como um fator primordial para as tomadas de decisões, de modo que o desejo do paciente fosse respeitado, que intervenções desnecessárias fossem evitadas e que todos os envolvidos recebessem o suporte diante de suas necessidades.

O estudo considerou o tema dos cuidados paliativos como eixo central da proposta educativa dos oitos saberes essenciais: 1. Princípios dos cuidados paliativos; 2. Comunicação; 3. Avaliação clínica; 4. Manejo dos sintomas e do sofrimento; 5. Suporte bio-psico-social-espiritual; 6. Plano de cuidados e tomada de decisão; 7. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde; e 8. Assistência no fim da vida; necessários para compor o processo ensino-aprendizagem dos alunos dos cursos de ciências da saúde. Assim, a proposta pode contribuir

no direcionamento dos conteúdos a serem administrados, com ampliação de conhecimentos na área, e no desenvolvimento de estratégias que possibilitem a inserção da temática, nos cursos de graduação.

A partir dos resultados descritos, este estudo sugere a inclusão do ensino dos cuidados paliativos, nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação da ciências da saúde, de forma a proporcionar aos alunos, futuros profissionais, conhecimentos e ferramentas para o cuidado adequado a essa população, bem como a capacitação necessária para executá-lo. Espera-se que o estudo contribua para que mudanças na prática do ensino sejam realizadas, de forma a trazer a diferença nas realidades evidenciadas.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP. Análise situacional e recomendações da ANCP para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil, 2018.

ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011.

ALLIANCE, W. P. C.; ORGANIZATION, W. H. **Global atlas of palliative care at the end of life.** London, United Kingdom, 2014.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 57, n. 2B, p. 421-6, 1999.

ARBER, A. Student nurses knowledge of palliative care: evaluating an education module. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 7, n. 12, p. 597-603, 2001.

AURET, K; STARMER, D. L. Using Structured Clinical Instruction Modules (SCIM) in teaching palliative care to undergraduate medical students. **Journal of Cancer Education**, v. 23, n. 3, p. 149-155, 2008.

BALLESTEROS, M.; CENTENO, C.; ARANTZAMENDI, M. A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning. **Nurse education today**, v. 34, n. 6, p. e1-e6, 2014.

BARRERE, C, C.; DURKIN, A.; LACOURSIERE, S. The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, v. 5, n. 1, p. 1-18, 2008.

BERTOLUCCI, P. H. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino-aprendizagem. **Petrópolis: Vozes,** p. 312, 2005.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino-aprendizagem. **Petrópolis: Vozes,** 4 ed.**,** 1989.

BORGES, M. C.; GOMES, B. L. B. D. Percepção dos acadêmicos de enfermagem quanto ao processo terminal da vida. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 49-55, 2017.

BRASIL. Ciência e Tecnologia do Ministério de Ciência e Tecnologia do Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018.** Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução n. 466, de 2012.** Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério de Educação. Conselho Nacional de Educação, **Parecer Nº: CNE/CES 1210/2001**.

BRASIL. Ministério de Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara De Educação Superior. **Resolução nº 5, de 15 de março de 2011**.

BRASIL. Ministério de Educação. Diretrizes curriculares da Enfermagem. Mimeografado, em processo de publicação, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.255, de 29 de dezembro de 2017.** Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3-B, p. 777-81, 2003.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de cuidados paliativos ANCP. In: **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2012.

CENTENO, C. et al. EAPC atlas of palliative care in Europe 2013. Full edition, 2013.

CENTENO, C. et al. Does palliative care education matter to medical students? The experience of attending an undergraduate course in palliative care. **BMJ supportive & palliative care**, v. 6, n. 1, p. 128-134, 2016.

CHANG, H. H. et al. Reflections on an end-of-life care course for preclinical medical students. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 108, n. 8, p. 636-643, 2009.

CORCORAN, A. M. et al. Geriatric palliative care: do medical students' narrative reflections after a hospice clinical experience link to geriatric competencies?. **Gerontology & geriatrics education**, v. 34, n. 4, p. 329-341, 2013.

CORREIA, D. S. et al. Palliative Care: Importance of the Subject for Medical Students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 78-86, 2018.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 1041-1052, 2016.

CRIMMINS, E. M.; BELTRÁN-SÁNCHEZ, H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity?. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 66, n. 1, p. 75-86, 2011.

CURRICULARES, DIRETRIZES. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**.

DE ASSIS FIGUEIREDO, M. T. **Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia**, p. 33, 2001.

DENNEY-KOELSCH, E. M. et al. An integrated, developmental four-year medical school curriculum in palliative care: a longitudinal content evaluation based on national competency standards. **Journal of palliative medicine**, v. 21, n. 9, p. 1221-1233, 2018.

DICKINSON, G. E. A 40-year history of end-of-life offerings in US medical schools: 1975-2015. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 34, n. 6, p. 559-565, 2017.

DO PRADO, M. L. et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, p. 172-177, 2012.

DOWNAR, J. Resources for educating, training, and mentoring all physicians providing palliative care. **Journal of palliative medicine**, v. 21, n. S1, p. S-57-S-62, 2018.

ELLMAN, M. S. et al. Implementing and evaluating a four-year integrated end-of-life care curriculum for medical students. **Teaching and learning in medicine**, v. 28, n. 2, p. 229-239, 2016.

ELSNER, F. et al. Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European medical schools. 2013.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. EAPC. Recommendations of the european association for palliative care for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at european medical schools. 2013

FABRO, K.; SCHAFFER, M.; SCHARTON, J. The development, implementation, and evaluation of an end-of-life simulation experience for baccalaureate nursing students. **Nursing Education Perspectives**, v. 35, n. 1, p. 19-25, 2014.

FERRELL, B. et al. CARES: AACN's new competencies and recommendations for educating undergraduate nursing students to improve palliative care. **Journal of Professional Nursing**, v. 32, n. 5, p. 327-333, 2016.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista brasileira de psiquiatria= Brazilian journal of psychiatry. São Paulo, SP. Vol. 21, n. 1 (jan./mar. 1999), p. 19-28**, 1999.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of psychiatric research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 17ª. **Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra**, v. 3, 1987.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GERLACH, C. et al. Does interdisciplinary and multiprofessional undergraduate education increase students' self-confidence and knowledge toward palliative care? Evaluation of an undergraduate curriculum design for palliative care at a German academic hospital. **Journal of palliative medicine**, v. 18, n. 6, p. 513-519, 2015.

GLOVER, T. L. et al. Improving end-of-life care knowledge among senior baccalaureate nursing students. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 34, n. 10, p. 938-945, 2017.

GOLDBERG, G. R.; GLIATTO, P.; KARANI, R. Effect of a 1-Week Clinical Rotation in Palliative Medicine on Medical School Graduates' Knowledge of and Preparedness in Caring for Seriously Ill Patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 9, p. 1724-1729, 2011.

GONÇALVES, R. G. et al. Ensino dos cuidados paliativos na graduação de enfermagem. **Rev Rene (Online)**, v. 20, n. 1, p. e39554-e39554, 2019.

HEAD, B. A. et al. "I will never forget": what we learned from medical student reflections on a palliative care experience. **Journal of palliative medicine**, v. 15, n. 5, p. 535-541, 2012.

HENOCH, I. et al. Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons–A longitudinal study. **Nurse education in practice**, v. 26, p. 12-20, 2017.

JACKSON, G, B. Methods for integrative reviews. **Review of educational research**, v. 50, n. 3, p. 438-460, 1980.

JO, K. H.; AN, G-J. Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea. **Collegian**, v. 22, n. 1, p. 91-97, 2015.

KANGAS-NIEMI, A.; MANNINEN, K.; MATTSSON, J. Facilitating affective elements in learning-In a palliative care context. **Nurse education in practice**, v. 33, p. 148-153, 2018.

KARNOFSKY, D. A. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. **Evaluation of chemotherapeutic agents**, p. 191-205, 1949.

KIRKPATRICK, A. J.; CANTRELL, M. A.; SMELTZER, S. C. Relationships among nursing student palliative care knowledge, experience, self-awareness, and performance: An end-of-life simulation study. **Nurse education today**, v. 73, p. 23-30, 2019.

LAI, X. B.; WONG, F. K. Y.; CHING, S. S. Y. The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings: a qualitative study. **BMC palliative care**, v. 17, n. 1, p. 116, 2018.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, Binghamton, v. 9, n. 3, p. 179-86, 1969.

LEWIS, C. et al. The impact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students towards end of life care provision. **BMC palliative care**, v. 15, n. 1, p. 67, 2016.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing research**, 1986.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. Cuidado paliativo. **São Paulo: Cremesp, Núcleo de trabalho sobre cuidados paliativos**, 2008.

MALLORY, J. L. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. **Journal of Professional Nursing**, v. 19, n. 5, p. 305-312, 2003.

MASON, S. R.; ELLERSHAW, J. E. Preparing for palliative medicine; evaluation of an education programme for fourth year medical undergraduates. **Palliative Medicine**, v. 22, n. 6, p. 687-692, 2008.

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. méd**, v. 43, n. 2, p. 67-78, 2019.

MILLS, J.; WAND, T.; FRASER, J. A. Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. **BMC palliative care**, v. 17, n. 1, p. 63, 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 15, de 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. *Diario Oficial Uniao.* 04 mar 2002.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **International journal of surgery**, v. 8, n. 5, p. 336-341, 2009.

MOR, V. et al. The Karnofsky performance status scale: an examination of its reliability and validity in a research setting. **Cancer**, v. 53, n. 9, p. 2002-2007, 1984.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research.** Qualitative Research Methods. Series 16, 2nd. London: Sage Publications, 1997.

MUTTO, E. M. et al. Medical students' palliative care education in a Latin American university: a three-year experience at Austral University in Buenos Aires, Argentina. **Journal of palliative medicine**, v. 17, n. 10, p. 1137-1142, 2014.

MYOTOKU, M. et al. Enhanced understanding of the levels of palliative care in pharmacy students through participating in clinical training in hospitals. **Journal of pharmacy practice**, v. 30, n. 3, p. 313-317, 2017.

NAKAMURA, Y. et al. A survey of palliative medicine education in Japan's undergraduate medical curriculum. **BMC palliative care**, v. 16, n. 1, p. 38, 2017.

NICKEL, L. et al. Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 70-76, 2016.

NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. J. A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. **Práxis Educativa**, v. 5, n. 1, p. 9-29, 2010.

OKEN, M. M. et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. **American journal of clinical oncology**, v. 5, n. 6, p. 649-656, 1982.

OUZZANI, M. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 5, n. 1, p. 210, 2016.

OZCAKIR, A.; BILGEL, N. Educating medical students about the personal meaning of terminal illness using the film,"Wit". **Journal of palliative medicine**, v. 17, n. 8, p. 913-917, 2014.

PERONE, S. A. et al. Addressing the needs of terminally-ill patients in Bosnia-Herzegovina: patients' perceptions and expectations. **BMC palliative care**, v. 17, n. 1, p. 123, 2018.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática hospitalar**, v. 7, n. 41, p. 107-112, 2005.

PESUT, B.; GREIG, M. Resources for educating, training, and mentoring nurses and unregulated nursing care providers in palliative care: a review and expert consultation. **Journal of palliative medicine**, v. 21, n. S1, p. S-50-S-56, 2018.

PIILI, R. P. et al. Does special education in palliative medicine make a difference in end-of-life decision-making? **BMC palliative care**, v. 17, n. 1, p. 94, 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in nursing & health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

PRISMA statement. **Annals of internal medicine**, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE à de "gros" *corpus* et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "CableGate" avec IRaMuTeQ. **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**, p. 835-844, 2012.

REINERT, M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. **Bulletin de méthodologie sociologique**, v. 26, n. 1, p. 24-54, 1990.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiatr.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M. et al. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiatr.,** São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RICHARDSON, W. Scott et al. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. **Acp j club**, v. 123, n. 3, p. A12-3, 1995.

ROBINSON, E.; FAYRON, E. Impact of a palliative care elective course on nursing students' knowledge and attitudes toward end-of-life care. **Nurse educator**, v. 42, n. 3, p. 155-158, 2017.

RUBIO, D. G. et al. Objetivando a validade do conteúdo: Realizando um estudo de validade do conteúdo em pesquisas de serviço social. **Pesquisa em serviço social** , v. 27, n. 2, p. 94-104, 2003.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **RBPS**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-6, 2008.

SCHAG, C. C.; HEINRICH, R. L.; GANZ, P. A. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. **Journal of Clinical Oncology**, v. 2, n. 3, p. 187-193, 1984.

SCHULZ, C. et al. Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention. **BMC medical education**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013.

SCHULZ, C. et al. Implementation of palliative care as a mandatory cross-disciplinary subject (QB13) at the Medical Faculty of the Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany. **GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung**, v. 32, n. 1, 2015.

SINHA, P. et al. A novel interprofessional approach to end-of-life care education: A pilot study. **Journal of interprofessional care**, v. 29, n. 6, p. 643-645, 2015.

SMITH, M. B. et al. The use of simulation to teach nursing students and clinicians palliative care and end-of-life communication: a systematic review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 35, n. 8, p. 1140-1154, 2018.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

TAI, V.; CAMERON-TAYLOR, E.; CLARK, K. A mixed methodology retrospective analysis of the learning experience of final year medical students attached to a 1-week intensive palliative care course based at an Australian University. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, v. 31, n. 6, p. 636-640, 2014.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death: Ranking end-of-life care across the world.** Ed. Lien Foundation. 2015.

TONG, A.; SAINSBURY, P. Critérios Craig J. Consolidated para relatórios de pesquisa qualitativa (COREQ): uma lista de verificação de 32 itens para entrevistas e grupos de foco. Int J Qual Health Care; v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TSAI, S. S. L. et al. Effects of a multimodule curriculum of palliative care on medical students. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 107, n. 4, p. 326-333, 2008.

TSE, C. S.; ELLMAN, M. S. Development, implementation and evaluation of a terminal and hospice care educational online module for preclinical students. **BMJ supportive & palliative care**, v. 7, n. 1, p. 73-80, 2017.

URSI, E, S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

VINDROLA-PADROS, C. et al. Palliative care education in Latin America: a systematic review of training programs for healthcare professionals. **Palliative & supportive care**, v. 16, n. 1, p. 107-117, 2018.

WEBER, M.; BRAUN, J.; SCHILDMANN, J. Effects of a ninety-minute teaching module for fourth-year medical students on a palliative care ward with student–patient encounter. **Journal of palliative medicine**, v. 14, n. 8, p. 940-944, 2011.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO definition of palliative care, 2002.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiat. Res**., Oxford, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (1ª FASE: DIAGNÓSTICA)

Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
Pesquisadora: Fernanda Laporti Seredynskyj
Orientador: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Identificação do participante:_____

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Este Termo de Consentimento explica porque este estudo está sendo realizado e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também descreve os possíveis riscos e benefícios para você participar dessa pesquisa. Após analisar as informações do pesquisador que explica este Termo de Consentimento, e esclarecer suas dúvidas, você deverá ter o conhecimento necessário para tomar uma decisão esclarecida sobre sua participação ou não neste estudo.

Justificativa para o estudo
A ausência de disciplinas, que retratem os cuidados paliativos, reflete a necessidade da formação acadêmica para alunos de graduação, a fim de contribuir com o conhecimento técnico e científico necessário para a atuação profissional na área.

Objetivo do estudo
Avaliar o conhecimento dos alunos de graduação a respeito dos cuidados paliativos e, desenvolver e avaliar uma proposta educativa sobre a temática, visando contribuir para a formação técnica e científica dos alunos.

Procedimentos
A sua participação nesta fase do estudo, consistirá em responder a um questionário que abordará: seus dados pessoais (tais como: nome, idade, escolaridade, profissão...) e questões de formação acadêmica (tais como: se você acredita ser importante trabalhar os cuidados paliativos durante a graduação). Esse questionário deverá ser respondido individualmente, em sala reservada e terá duração aproximada para seu preenchimento de 30min. Após, você participará de uma dinâmica e uma discussão em grupo sobre os cuidados paliativos. Essa etapa será realizada em sala reservada, com duração de no máximo duas horas, e deverá ser filmada para análise posterior dos dados.

Riscos e desconfortos para os participantes
A sua participação neste estudo poderá lhe trazer desconforto emocional, pois falar sobre as questões da terminalidade e dos cuidados paliativos, poderão deixá-lo entristecido. Assim, se for de sua vontade, encerraremos a sua participação no estudo e estaremos ao seu lado para ouvi-lo. Além disso, você poderá se sentir intimidado com a filmagem a ser realizada durante a dinâmica e a discussão em grupo, sendo garantido o sigilo das imagens e áudios gerados, bem como a exclusão de suas falas e imagens, caso você desista de participar do estudo em algum momento.

Benefícios esperados
A sua participação neste estudo também poderá acarretar benefícios diretos a você, podendo colaborar com a sua formação acadêmica e ainda colaborar para melhorias futuras no ensino e formação de outros acadêmicos.

Liberdade de recusa
A sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo e depois desistir a qualquer momento. Isto não tirará nenhum direito na referida instituição de ensino. Você também poderá pedir a qualquer momento que as suas informações sejam excluídas completamente deste estudo e que elas não sejam usadas para mais nada. Além disso, você tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta que te ocasionar constrangimentos de qualquer natureza.

Garantia de sigilo
O pesquisador tomará todas as medidas para manter suas informações pessoais em sigilo. Durante todo o estudo e mesmo depois que terminar, quando os resultados deste estudo forem publicados em revistas científicas ou apresentados em congressos ou reuniões, a sua identidade será guardada em segredo, não sendo revelada qualquer informação a seu respeito que possa identificar você publicamente. Contudo, durante o estudo, algumas pessoas envolvidas diretamente na pesquisa poderão ter acesso aos seus dados. Mesmo assim, os seus dados serão preservados e não serão divulgados publicamente.

Custos, remuneração e indenização
A participação neste estudo não terá custos a mais para você. Os custos relacionados diretamente com o estudo serão pagos pela pesquisadora deste estudo. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. Se você sofrer algum dano como resultado da sua participação nesse estudo nesta instituição, o Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP será responsável por lhe dar todo o apoio e indenização, conforme as leis vigentes no país. Ao assinar este termo de consentimento, você não perderá nenhum direito, inclusive o de obter indenização por dano a sua saúde se isto acontecer.

Esclarecimentos adicionais, críticas, sugestões e reclamações
Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante. Assim, caso necessário, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, localizado na Avenida dos Bandeirantes, nº 3900 Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, telefone (016) 3315-9197, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, ou pelo e-mail cep@eerp.usp.br. Você também poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com a pesquisadora Fernanda Laporti Seredynskyj na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, no telefone (016) 3315-3416, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, no horário das 8h às 12h e das 14h às 17h.

Declaração de consentimento
Entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém o leu para mim. Tive a oportunidade de pensar, fazer perguntas e falar a respeito do documento com outras pessoas quando precisei. Autorizo a minha inclusão neste estudo. Ao assinar este Termo de Consentimento, não renuncio a nenhum dos meus direitos legais. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará comigo e outra com o pesquisador.

x_____ x_____
Nome do participante de pesquisa Assinatura
Número do RG ou CPF:_____ Data:____/____/_____

x_____ x_____
Nome do responsável de pesquisa Assinatura
Número do RG ou CPF:_____ Data:____/____/_____

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM (ALUNOS DE GRADUAÇÃO)

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ

Pelo presente instrumento autorizo a pesquisadora Fernanda Laporti Seredynskyj, CPF: 384.036.138-90, do Programa de Doutoramento da Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, CNPJ: 63025590/0027-43, a registrar minha imagem e voz durante a "fase diagnóstica" da pesquisa intitulada: "Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde", por meio do uso da filmagem. A imagem e a voz serão armazenadas em mídias de DVD, cujos exemplares serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos. A divulgação mencionada diz respeito exclusivamente a minha pessoa e para qualquer utilização de outra natureza devo ser consultado previamente.

Nome completo: _____

Endereço:_____

Telefone:_____

RG:_____

CPF:_____

Curso de graduação atual:_____

DATA:_____/_____/_____

Assinatura_____

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL

Doutoranda: Fernanda Laporti Seredynskyj **Docente responsável:** Rosalina Ap. Partezani Rodrigues	
Título do Projeto: Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde	
QUESTÕES DE 1 A 3 PARA PRENCHIMENTO DO PESQUISADOR	
1	Número de identificação no estudo: ____ ____ ____
2	Horário de início: _____:_____
3	Horário de término: _____:_____
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
4	Nome (Somente Iniciais):
5	Sexo: ( ) 1-Masculino ( ) 2-Feminino
6	Data de nascimento: ____/____/_____
7	Data da coleta de dados: ____/____/_____
8	Cidade de origem:
9	Estado de origem:
10	Estado civil: ( ) 1-Solteiro(a) ( ) 3-Separado(a)/Divorciado(a) ( ) 2-Casado(a)/amasiado(a) ( ) 4-Viúvo(a)
11	Escolaridade (anos completos):
12	Profissão:
13	Ocupação atual: ( ) 1-Estudante sem remuneração, vivendo somente com recursos familiares. ( ) 2-Estudante com remuneração por bolsa auxílio ou pesquisa, somente. ( ) 3-Estudante com remuneração trabalhista, somente. ( ) 4-Estudante com remuneração familiar e bolsa auxílio ou pesquisa. ( ) 5-Estudante com remuneração familiar e trabalhista. ( ) 6-Estudante com remuneração trabalhista e bolsa auxílio ou pesquisa. ( ) 7-Estudante com remuneração familiar, trabalhista e bolsa auxílio ou pesquisa.
14	Curso de graduação atual: ( ) 1-Bacharelado em Enfermagem ( ) 2- Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem ( ) 3- Medicina ( ) 4- Fisioterapia ( ) 5- Nutrição e Metabolismo ( ) 6- Terapia Ocupacional ( ) 7- Fonoaudiologia

15	Renda familiar (Salário mínimo = R$880,00):
16	Religião: ( ) 1-Ateu ( ) 3-Evangélico ( ) 5-Testemunha de Jeová ( ) 2-Católico ( ) 4-Espírita ( ) 6-Outra (descrever):_____
DADOS DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	
17	Você cursou alguma disciplina durante a graduação que abordou os cuidados paliativos? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não
18	Você considera importante o tema ser abordado durante a graduação? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não
19	Você gostaria de ter uma disciplina sobre os cuidados paliativos durante a graduação? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não
20	Você teve alguma outra experiência prévia com os cuidados paliativos? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não
21	Se sim para a questão nº20, detalhar qual(is) experiência(s): ( ) 1-Disciplinas ( ) 2-Ligas estudantis ( ) 3-Eventos Científicos (palestras, simpósios, congressos...) ( ) 4-Cursos ( ) 5-Estágios ( ) 6-Visita técnica à instituições ( ) 7-Casos na família, de amigos ou conhecidos... ( ) 8-Outra (descrever): _____
22	Se sim para a questão nº20, o quanto você acredita que as experiências que teve com os cuidados paliativos contribuíram para o seu embasamento teórico/prático na área? ( ) 1-Nada ( ) 2-Pouco ( ) 3-Razoavelmente ( ) Muito ( ) Muitíssimo
23	Você sente que já possui o conhecimento necessário para atuar em cuidados paliativos, caso seja necessário? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não
24	Você se sente preparado para atuar em cuidados paliativos, caso seja necessário? ( ) 1-Sim ( ) 2-Não
25	O quanto você se sente preparado para atuar em cuidados paliativos? ( ) 1-Nada ( ) 2-Pouco ( ) 3-Razoavelmente ( ) Muito ( ) Muitíssimo

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS – 1ª FASE)

Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
Pesquisadora: Fernanda Laporti Seredynskyj
Orientador: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), e cujo o objetivo é avaliar o conhecimento dos alunos de graduação a respeito dos cuidados paliativos e, desenvolver e avaliar uma proposta educativa sobre a temática, visando a contribuição na formação técnica e científica dos alunos. Se concordar em participar, você deverá comparecer para um encontro em grupo com os outros avaliadores, onde você responderá algumas questões relativas à avaliação da proposta educativa desenvolvida e terá liberdade para expressar o que pensa a respeito do assunto. A data do encontro será previamente acordada com todos os avaliadores e a duração desse encontro será de no máximo duas horas. A sua participação é voluntária e você tem o direito de sair do estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A participação neste estudo também não terá custos a você, sendo todos os gastos custeados pela pesquisadora, e não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. Se você sofrer algum dano como resultado da sua participação nesse estudo nesta instituição, o Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP será responsável por lhe dar todo o apoio e indenização, conforme as leis vigentes no país. Ao assinar este termo de consentimento, você não perderá nenhum direito, inclusive o de obter indenização por dano a sua saúde se isto acontecer. A sua participação neste estudo também poderá acarretar benefícios diretos a você, podendo colaborar com a sua formação profissional e ainda colaborar para melhorias futuras no ensino e formação de acadêmicos. O estudo tem caráter sigiloso, de forma que seu nome não aparecerá no corpo do trabalho e suas respostas somente serão utilizadas para divulgação dos resultados na forma de publicação científica. A sua participação também poderá lhe trazer desconforto emocional devido o conteúdo temático da proposta educativa envolver questões de terminalidade. Assim, se for de sua vontade, encerraremos a sua participação no estudo e estaremos ao seu lado para ouvi-lo. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante. Assim, caso necessário, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, localizado na Avenida dos Bandeirantes, nº 3900 Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, telefone (016) 3315-9197, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, ou pelo e-mail cep@eerp.usp.br. Você também poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com a pesquisadora Fernanda Laporti Seredynskyj na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, no telefone (016) 3315-3416, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, no horário das 8h às 12h e das 14h às 17h. Agradeço a colaboração.

Declaração de consentimento

Declaro que, após convenientemente esclarecida pela pesquisadora, e ter entendido o que me foi explicado ou solicitado, consinto em participar da presente do estudo. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com o avaliador e outra com o pesquisador.

x_____ x_____
Nome do participante de pesquisa Assinatura
Número do RG ou CPF:_____ Data:____/____/_____

x_____ x_____
Nome do responsável de pesquisa Assinatura
Número do RG ou CPF:_____ Data:____/____/_____

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS – 2ª FASE)

Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
Pesquisadora: Fernanda Laporti Seredynskyj
Orientador: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), e cujo o objetivo é avaliar o conhecimento dos alunos de graduação a respeito dos cuidados paliativos e, desenvolver e avaliar uma proposta educativa sobre a temática, visando a contribuição na formação técnica e científica dos alunos. Se concordar em participar, você deverá responder algumas questões relativas à avaliação da proposta educativa desenvolvida. O material lhe será enviado via e-mail e deverá ser devolvido pelo mesmo endereço eletrônico em até sete dias, a partir da data do envio inicial do material. A sua participação é voluntária e você tem o direito de sair do estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A participação neste estudo também não terá custos a você, sendo todos os gastos custeados pela pesquisadora, e não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. Se você sofrer algum dano como resultado da sua participação nesse estudo nesta instituição, o Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP será responsável por lhe dar todo o apoio e indenização, conforme as leis vigentes no país. Ao assinar este termo de consentimento, você não perderá nenhum direito, inclusive o de obter indenização por dano a sua saúde se isto acontecer. A sua participação neste estudo também poderá acarretar benefícios diretos a você, podendo colaborar com a sua formação profissional e ainda colaborar para melhorias futuras no ensino e formação de acadêmicos. O estudo tem caráter sigiloso, de forma que seu nome não aparecerá no corpo do trabalho e suas respostas somente serão utilizadas para divulgação dos resultados na forma de publicação científica. A sua participação também poderá lhe trazer desconforto emocional devido o conteúdo temático da proposta educativa envolver questões de terminalidade. Assim, se for de sua vontade, encerraremos a sua participação no estudo e estaremos ao seu lado para ouvi-lo. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante. Assim, caso necessário, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, localizado na Avenida dos Bandeirantes, nº 3900 Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, telefone (016) 3315-9197, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, ou pelo e-mail cep@eerp.usp.br. Você também poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com a pesquisadora Fernanda Laporti Seredynskyj na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, no telefone (016) 3315-3416, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, no horário das 8h às 12h e das 14h às 17h. Agradeço a colaboração.

Declaração de consentimento
Declaro que, após convenientemente esclarecida pela pesquisadora, e ter entendido o que me foi explicado ou solicitado, consinto em participar da presente do estudo. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com o avaliador e outra com o pesquisador.

Li e concordo em participar da pesquisa

x_____ x_____
Nome do participante de pesquisa Assinatura
Número do RG ou CPF:_____ Data:____/____/_____

x_____ x_____
Nome do responsável de pesquisa Assinatura
Número do RG ou CPF:_____ Data:____/____/_____

APÊNDICE F – CARTA CONVITE PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Prezado(a) Dr.(a).

Considerando seu amplo conhecimento e experiência na temática dos cuidados paliativos, viemos por meio deste, convidá-lo para participar do estudo denominado: "Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde". O objetivo geral deste estudo é desenvolver e avaliar uma proposta educativa sobre os cuidados paliativos, para contribuir na formação técnica e científica de alunos de graduação das áreas da saúde.

Trata-se de uma pesquisa de doutorado da enfermeira Fernanda Laporti Seredynskyj, regularmente matriculada junto ao programa de pós-graduação em Enfermagem Fundamental, da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof.ª Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues.

Considerando seu conhecimento, experiência e atuação na temática, gostaríamos de contar com a sua colaboração neste estudo como avaliador no processo de validação de conteúdo do modelo curricular elaborado.

Caso concorde em participar, solicito que informe o interesse através do e-mail fernanda.seredynskyj@usp.br ou rosalina@eerp.usp.br, para que desse modo, todo o material lhe seja enviado.

Após o envio do material, você deverá ler e assinar o Termo de consentimento Livre e Esclarecido, responder ao formulário autoaplicável, que contem dados a respeito da sua formação acadêmica/profissional e responder ao questionário de avaliação do modelo curricular. O material deverá ser devolvido via e-mail, em até sete dias, a partir da data de envio inicial.

Salientamos que sua participação é muito importante para a validação do modelo curricular e para as futuras modificações nas estruturas curriculares dos cursos de graduação a respeito da temática dos cuidados paliativos. Agradecemos antecipadamente a atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____

Fernanda Laporti Seredynskyj
Doutoranda

_____

Profª Dra Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Orientadora

APÊNDICE G – FORMULÁRIO AUTOAPLICÁVEL

(Favor preencher os dados de identificação e formação acadêmica)

Doutoranda: Fernanda Laporti Seredynskyj **Docente responsável:** Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues	
Título do Projeto: Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde	
PARA PRENCHIMENTO DO PESQUISADOR	
1	Número de identificação no estudo: ____ ____ ____
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES	
2	Nome (Somente Iniciais): _____
3	Sexo: ( ) 1-Masculino ( ) 2-Feminino
4	Data de nascimento: ____/____/_____
5	Idade (anos): _____
6	Data da coleta de dados: ____/____/_____
DADOS DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	
7	Formação profissional: ( ) 1- Enfermagem ( ) 6- Fisioterapia ( ) 2- Medicina ( ) 7- Terapia Ocupacional ( ) 3- Nutrição e Metabolismo ( ) 8- Serviço Social ( ) 4- Fonoaudiologia ( ) 9- Assistente Espiritual ( ) 5- Psicologia ( ) 10- Outro (Citar):_____
8	Tempo de atuação na profissão (anos): _____
9	Titulação: ( ) 1- Mestrado ( ) 2- Doutorado ( ) 3- Pós doutorado
10	Atua na área de docência: ( ) 1- Sim ( ) 2- Não
11	Instituição (citar): _____ _____
12	Área de atuação (descrever): _____ _____ _____
13	Tempo de experiência em cuidados paliativos (em anos): _____
14	Formação em cuidados paliativos (descrever): _____ _____ _____

APÊNDICE H – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DA PROPOSTA EDUCATIVA

Para avaliar a relevância/representatividade da proposta educativa em cuidados paliativos para alunos de graduação das áreas da saúde, utilizaremos uma escala do tipo Likert, com pontuação de um a quatro, sendo:

1 = não relevante ou não representativo
2 = item necessita de grande revisão para ser representativo
3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo
4 = item relevante ou representativo

Ressaltamos que a proposta educativa foi estruturada em unidades/módulos de aprendizagem e que cada unidade/módulo contem um conjunto de tópicos de aprendizagem a serem desenvolvidos. Além disso, um conjunto de estratégias de ensino e aprendizagem também foi relacionado para melhor desenvolvimento da proposta educativa. Por fim, foi realizada ainda uma proposta em relação a estruturação do ensino dos cuidados paliativos ao longo dos cursos de graduação das áreas da saúde, em que as unidades/módulos de aprendizagem devem ser desenvolvidas de forma articulada e contínua durante os anos da graduação.

Assim, você deverá:

- Atribuir uma pontuação para cada tópico/conjunto de aprendizagem, quanto a sua relevância/representatividade.
- Atribuir uma pontuação para cada agrupamento dos cursos de graduação das áreas da saúde, na estruturação do ensino dos cuidados paliativos, quanto a sua relevância/representatividade.

Observações também poderão ser realizadas e você deverá assinalar com um X para realizar a avaliação com a pontuação desejada, conforme exemplo a seguir:

		X	
1	**2**	**3**	**4**

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**	**Avaliação do conteúdo**				**Observações**
A. Princípios dos cuidados paliativos.	1. História, filosofia e princípios dos cuidados paliativos.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	2. Definições em cuidados paliativos (adoecimento, cuidado, cuidado paliativo, ortotanásia, distanásia, eutanásia, mistanásia, suicídio assistido, morte, luto antecipatório, luto, luto patológico, qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade, dentre outros).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	3. Dimensões humanas (física, afetiva, social, intelectual e espiritual) e dimensões existenciais do ser humano (espiritual, psíquica e somática).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	4. Princípios bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	5. Fases do luto (negação, raiva, depressão, barganha e aceitação) e novos modelos de compreensão e intervenção no luto (modelo de tarefas, modelo dual, modelo cognitivo-comportamental e modelo de reconstrução de significado).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	6. Família e paciente como unidade de tratamento.					
		1	**2**	**3**	**4**	

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAGEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**	**Avaliação do conteúdo**				**Observações**
B. Comunicação.	7. Comunicação em cuidados paliativos.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	8. Comunicação de más notícias.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	9. Comunicação entre paciente, família e profissional e entre profissionais.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	10. Estratégias de comunicação, comunicação verbal e não verbal, recursos vocais e corporais na comunicação, ambiente para a comunicação, linguagem e repertório de palavras, e utilização de protocolos (Ex: SPIKES).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	11. Barreiras para a comunicação (autoconhecimento, linguagem, repertório e recursos próprios, empatia e compaixão, individualismo, estratégias de enfrentamento, dificuldade para lidar com o sofrimento do outro, dificuldade para lidar com a má notícia, dificuldade de compreensão, conspiração do silêncio, dentre outros).					
		1	**2**	**3**	**4**	

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAGEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**	**Avaliação do conteúdo**				**Observações**
C. Avaliação clínica.	12. Anamnese e exame físico como fontes de coleta de dados para a avaliação clínica e interdisciplinar dos sintomas físicos, psicológicos e dos componentes existenciais do indivíduo.	**1**	**2**	**3**	**4**	
	13. Avaliação e mensuração das condições clínicas através de escalas de avaliação (Ex: Escala das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Global Deterioration Scale (GDS), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL), Escala Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG), Escala de Performance Status de Karnofsky (KPS), Escala de Performance Paliativa (PPS), Palliative Prognostic Score (PaP Score), Índice Prognóstico Paliativo (PPI), Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), Escala Visual Analógica (EVA), Inventário Breve da Dor (IBD), Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), Behavioural Pain Scale (BPS), Escala de Zarit, Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD), Inventário de Qualidade de Vida SF-36, Palliative Outcome Scale (POS),	**1**	**2**	**3**	**4**	

	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnarie Core 15 PAL (EORTC-QLQ-C15-PAL), Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp), dentre outras).					
	14. Critérios para paciente elegível para cuidados paliativos.	**1**	**2**	**3**	**4**	

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAGEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**	**Avaliação do conteúdo**				**Observações**
D. Manejo dos sintomas e do sofrimento.	15. Problemas emocionais (ansiedade, sofrimento existencial, alteração de sono e vigília), psiquiátricos (depressão, delirium, delírio), neurológicos (sonolência, convulsão, mioclonia), respiratórios (dispnéia, ronco/sororoca, tosse e hipersecreção de vias aéreas), circulatórios (desequilíbrio hidroeletrolítico, edema, sangramento), digestivos (inapetência, xerostomia, mucosite oral, sialorreia, disfagia, soluço, náusea, vômito, perda de peso, caquexia, anorexia), geniturinários (disfunção urinária, diarréia, obstipação), senso-percepção (dor, fadiga), tegumentar (alopecia, sudorese, prurido, xerose cutânea), dentre outros.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	16. Tratamento farmacológico da dor e de outros sintomas (terapia medicamentosa, uso de analgésicos e opióides, escada analgésica, rodízio de opióides, desmitificação do uso de opióides, efeitos colaterais e adesão a terapia medicamentosa).					
		1	**2**	**3**	**4**	

	17. Tratamento não farmacológico da dor e de outros sintomas e práticas integrativas e complementares (Ex: apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, antroposofia, acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo social/crenoterapia, dentre outros).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	18. Sedação paliativa (tipos, indicação, critérios e avaliação).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	19. Higiene e conforto (cuidados com a boca e mucosas, hidratação ocular e cutânea, banho, cuidados com a pele, manejo de odor, dentre outros).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	20. Cuidado com feridas (tipos de feridas, classificação, coberturas utilizadas).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	21. Cuidados com ostomias (traqueostomia, gastrostomia, ureterostomia, urostomia, nefrostomia, cistostomia, ileostomia, colostomia).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	22. Sexualidade em cuidados paliativos.					
		1	**2**	**3**	**4**	

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAGEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**	**Avaliação do conteúdo**				**Observações**
E. Suporte bio-psico-social-espiritual.	23. Conceito de dor total (aspectos biológico, psicológico, social, espiritual e existencial).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	24. Apoio psicológico, social, familiar, espiritual e existencial (acolhimento, escuta ativa, avaliação das necessidades e prioridades do paciente, percepção dos valores, investigação do sentido e do propósito da vida).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	25. Plano de cuidados (identificação das dimensões do sofrimento, problemas potenciais, estratégias, intervenções e avaliação).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	26. Estratégias de enfrentamento (grupos de apoio, acompanhamento psicológico, práticas integrativas e complementares, terapia medicamentosa).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	27. Medidas de conforto e cuidado (cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais, horários de visita flexíveis, entrada de crianças e de animais em ambiente hospitalar, personificação do ambiente hospitalar e do espaço físico).					
		1	**2**	**3**	**4**	

	28. Sobrecarga do cuidador formal e informal (sobrecarga física e psicológica, sentimentos e emoções em lidar com a terminalidade, a morte dos outros e à morte de si mesmo, tanatofobia, identificação do sofrimento psíquico e suporte ao paciente, família e equipe).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	29. Educação sobre a morte e o morrer e suporte a tríade paciente, família e equipe.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	30. Papel da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual) e contribuição de cada especialidades para o cuidado.					
		1	**2**	**3**	**4**	

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAGEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**	**Avaliação do conteúdo**				**Observações**
F. Plano de cuidados e tomada de decisão.	31. Biografia, projetos de vida, tomada de decisão compartilhada e desenvolvimento de um plano de cuidados.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	32. Opções de tratamento (quimioterapia; radioterapia, cirurgia, antibióticoterapia, cirurgia espiritual, escolha pela não realização de tratamentos e/ou intervenções).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	33. Intervenções de suporte de vida e retirada de suporte de vida (ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, extubação paliativa, ventilação não invasiva, hidratação e nutrição artificial, hemodiálise, transfusão).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	34. Outros tipos de intervenções e cuidado (higiene e conforto, sinais vitais, punção central, punção venosa, hipodermóclise, coleta de exames, glicemia capilar, exames complementares de diagnóstico, aspiração de vias aéreas, curativos, sondagem gástrica, enteral e vesical, dentre outros).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	35. Emergências em cuidados paliativos (sangramento, síndrome da veia cava superior, síndrome da compressão medular, obstrução urinária, obstrução intestinal maligna).					
		1	**2**	**3**	**4**	

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAGEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**	**Avaliação do conteúdo**				**Observações**
G. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde.	36. Modelos de assistência (hospitalar, ambulatorial, domiciliar e hospices), e organização e gerenciamento dos serviços de saúde (rede integrada de cuidados).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	37. Singularidade no cuidado (metas de cuidado, ambiente de assistência, trabalho em equipe, envolvimento da família no cuidado e respeito às escolhas do paciente).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	38. Atenção às populações especiais (presidiários, indígenas, estrangeiros, deficientes).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	39. Barreiras e limitações dos serviços de saúde (horários de visitas pouco flexíveis, ausência de acompanhantes em tempo integral, restrições à visita de crianças em ambiente hospitalar, dificuldade com o sistema de contra referência para seguimento pós-alta e atestado de óbito em domicílio).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	40. Planejamento da alta e do cuidado no domicílio (alta compartilhada, orientações e treinamento do principal cuidador, contra referencia aos serviços de saúde, adequação do ambiente domiciliar para o fim de vida do paciente e para os familiares pós morte, atestado de óbito em domicilio).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	41. Educação permanente da equipe de saúde (suporte a equipe, aulas interdisciplinares, discussão de casos, desenvolvimento de estratégias e do plano de cuidados).					
		1	**2**	**3**	**4**	

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

UNIDADE/MÓDULO DE APRENDIZAGEM	**TÓPICOS DE APRENDIZAGEM**	**Avaliação do conteúdo**				**Observações**
H. Assistência no fim da vida.	42. Legislação sobre terminalidade de vida, aspectos éticos, legais e culturais.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	43. Testamento vital, diretivas antecipadas de vontade, mandato duradouro e curatela.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	44. Compreensão e percepção biológica, sociocultural, filosófica, psicológica e espiritual da morte.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	45. Identificação da fase final de vida e processo de morte (sinais e sintomas da deterioração clínica).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	46. Cuidados na terminalidade (acolhimento ao paciente e a família, últimas horas de vida, morte e morrer, ritos de passagem nas diferentes religiões, cuidados com o corpo pós-morte, doação física e de órgãos, notificação da morte, orientações burocráticas, documentação e atestado de óbito, preparo e transporte do corpo, papel da cerimônia fúnebre, rituais de despedida, arranjos fúnebres e enterro, e suporte na morte em domicilio).					
		1	**2**	**3**	**4**	
	47. Luto antecipatório, luto e luto complicado.					
		1	**2**	**3**	**4**	
	48. Assistência à família enlutada e a equipe de saúde.					
		1	**2**	**3**	**4**	

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA AS UNIDADES/MÓDULOS DE APRENDIZAGEM		**Avaliação do conteúdo**				**Observações**
I. Estratégias de ensino e aprendizagem.	49. Dinâmicas em Grupo; Simulação Realística; Experiências Práticas; Filmes; Estudos de Caso; Discussão em Grupo; Roda de Conversa; Teatro; Dramatização; Pinturas; Jogos; Poemas; Músicas; Cordel; Paródia; Aulas Expositivas; Elaboração de Planos de Cuidados; Relato de experiências de pacientes, familiares e profissionais.	**1**	**2**	**3**	**4**	

LEGENDA PARA AVALIAÇÃO			
1 – Não relevante ou não representativo	**2 –** Item necessita de grande revisão para ser representativo	**3 –** Item necessita de pequena revisão para ser representativo	**4 –** Item relevante ou representativo

MÓDULOS DE APRENDIZAGEM CONFORME PERÍODOS DA GRADUAÇÃO DOS CURSOS DAS ÀREAS DA SAÚDE (1° AO 6° ANO)											
CURSOS DE GRADUAÇÃO	**1º ANO**	**2º ANO**	**3º ANO**	**4º ANO**	**5º ANO**	**6º ANO**	**Avaliação**				**Observações**
50. Enfermagem Fonoaudiologia	A. Princípios dos cuidados paliativos. B. Comunicação.	C. Avaliação clínica. D. Manejo dos sintomas e do sofrimento. E. Suporte bio-psico-social-espiritual.	F. Plano de cuidados e tomada de decisão. G. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde. H. Assistência no fim da vida.	Estágio curricular em cuidados paliativos	_____	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	
51. Enfermagem Fisioterapia Nutrição e Metabolismo Terapia Ocupacional Serviço Social Psicologia	A. Princípios dos cuidados paliativos. B. Comunicação.	C. Avaliação clínica. D. Manejo dos sintomas e do sofrimento.	D. Manejo dos sintomas e do sofrimento. E. Suporte bio-psico-social-espiritual. F. Plano de cuidados e tomada de decisão.	F. Plano de cuidados e tomada de decisão. G. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde. H. Assistência no fim da vida.	Estágio curricular em cuidados paliativos	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	
52. Medicina	A. Princípios dos cuidados paliativos. B. Comunicação.	C. Avaliação clínica. D. Manejo dos sintomas e do sofrimento.	D. Manejo dos sintomas e do sofrimento. E. Suporte bio-psico-social-espiritual. F. Plano de cuidados e tomada de decisão.	F. Plano de cuidados e tomada de decisão. G. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde. H. Assistência no fim da vida.	Estágio curricular em cuidados paliativos	Estágio curricular em cuidados paliativos	**1**	**2**	**3**	**4**	

ANEXOS

ANEXO A – 1º FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA (EERP)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca
Presidente da Comissão de Graduação

Solicito parecer da Comissão de Graduação para a realização de projeto de pesquisa com os alunos de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Escola.

Identificação Pesquisador:

Nome: Fernanda Laporti Seredynskyj	Nº USP: 4290291
( ) Aluno(a) Mestrado (x) Aluno(a) Doutorado ( ) Docente	
E-mail: fernanda.seredynskyj@usp.br	Telefone: 98818-6256

Projeto de Pesquisa:

Nome do Projeto: Cuidados paliativos ao idoso: software educativo para a formação acadêmica de alunos de graduação em enfermagem
(x) Bacharelado em Enfermagem (x) Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem ( ) Todos

Ribeirão Preto (SP), 28 de novembro de 2016

Fernanda L. Seredynskyj
Assinatura do pesquisador

Obs.: I - Este formulário somente será aceito pelo Serviço de Graduação com o projeto de pesquisa. O prazo para emissão do parecer pela CG é de **20 dias úteis**.
II - A coleta de dados será autorizada pela CG após apresentação dos documentos: 1. Ofício/e-mail dirigido à Comissão de Graduação da EERP/USP, solicitando autorização para a coleta dos dados; 2. Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 3. Cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 4. Cópia do instrumento de coleta de dados.
III - Após autorização da coleta de dados, o pesquisador deverá entrar em contato com o docente responsável pela disciplina. Ressalta-se que não deve haver interferência nas atividades acadêmicas.

Parecer da Comissão de Graduação:

Aprovado projeto com a realização de alunos de graduação

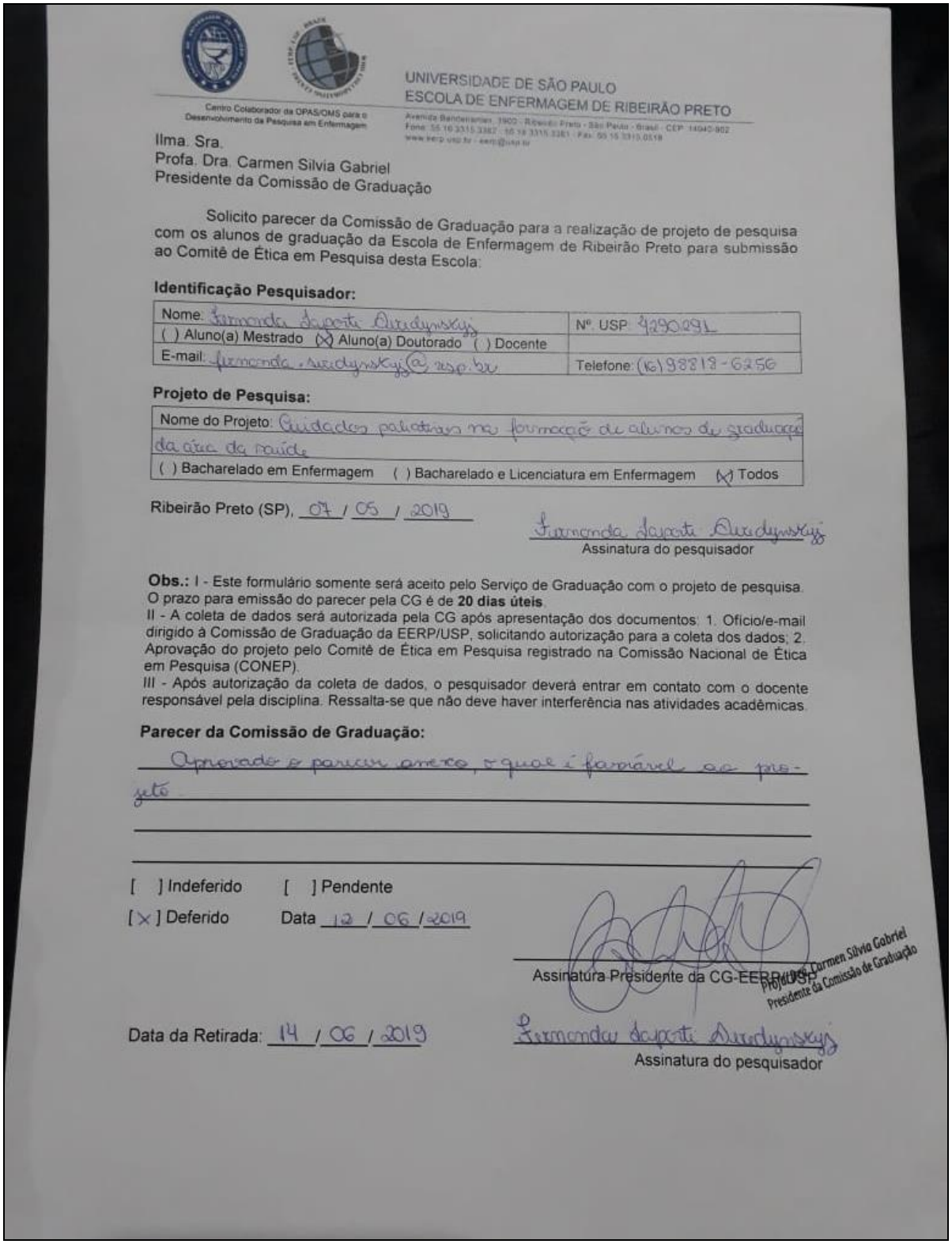
[ ] Indeferido [ ] Pendente
[X] Deferido Data 02/12/16

Assinatura Presidente da CG-EERP/USP

Data da Retirada: 05/12/16

Fernanda L. Seredynskyj
Assinatura do pesquisador

ANEXO B – 2º FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA (EERP)



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 - 55 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315 0519
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel
Presidente da Comissão de Graduação

Solicito parecer da Comissão de Graduação para a realização de projeto de pesquisa com os alunos de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Escola:

Identificação Pesquisador:

Nome: Fernanda Laporte Auradynskyj	Nº USP: 4290291
( ) Aluno(a) Mestrado (X) Aluno(a) Doutorado ( ) Docente	
E-mail: fernanda.auradynskyj@usp.br	Telefone: (16) 98818-6256

Projeto de Pesquisa:

Nome do Projeto: Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde
( ) Bacharelado em Enfermagem ( ) Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem (X) Todos

Ribeirão Preto (SP), 07 / 05 / 2019

Fernanda Laporte Auradynskyj
Assinatura do pesquisador

Obs.: I - Este formulário somente será aceito pelo Serviço de Graduação com o projeto de pesquisa. O prazo para emissão do parecer pela CG é de **20 dias úteis**.
II - A coleta de dados será autorizada pela CG após apresentação dos documentos: 1. Ofício/e-mail dirigido à Comissão de Graduação da EERP/USP, solicitando autorização para a coleta dos dados; 2. Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
III - Após autorização da coleta de dados, o pesquisador deverá entrar em contato com o docente responsável pela disciplina. Ressalta-se que não deve haver interferência nas atividades acadêmicas.

Parecer da Comissão de Graduação:

Aprovado o parecer anexo, o qual é favorável ao projeto

[ ] Indeferido [ ] Pendente

[X] Deferido Data 12 / 06 / 2019

Assinatura Presidente da CG-EERP/USP

Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel
Presidente da Comissão de Graduação

Data da Retirada: 14 / 06 / 2019

Fernanda Laporte Auradynskyj
Assinatura do pesquisador

ANEXO C – 1º FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA (FMRP)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Ofic. 053/SVGRAD/FMRP/06.04.2017
MAH/dcg

Prezada Professora,

A Comissão de Graduação (CG) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, em sua 835ª reunião ordinária, realizada em 04 de abril de 2017, aprovou no mérito, com base no parecer de membro do Colegiado, o projeto de pesquisa intitulado "**Cuidados paliativos ao idoso: Software educativo para a formação acadêmica de alunos de graduação**", que será desenvolvido pela doutoranda Fernanda Laporti Seredynskyj, sob sua orientação.

Informo que tal aprovação foi condicionada a que:

- Os horários e locais designados para a realização da coleta de dados não prejudiquem as atividades acadêmicas curriculares;
- O início das atividades somente ocorra após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Atenciosamente,

Prof. Dr. Miguel Angelo Hyppolito
Vice-Presidente da Comissão de Graduação, em exercício

Ilma. Sra.
PROFA. DRA. ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES
Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

ANEXO D – 2º FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA (FMRP)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Ofic. Nº 055 SVGRAD/FMRP/05.06.2019
VRB/ps

Prezada Professora,

A Comissão de Graduação (CG) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, em sua 861ª reunião ordinária, realizada em 04 de junho de 2019, analisou o **projeto de pesquisa intitulado "Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde"**, em desenvolvimento por Fernanda Laporti Seredynskyj, nivel Doutorado Direto, sob sua orientação.

O projeto em questão trata de emendas referentes a projeto de pesquisa anteriormente aprovado na 835ª reunião da CG, de 04/04/17. As partes que sofreram alterações estão grifadas com uma "sombra", inclusive o titulo do projeto, pois anteriormente era "Cuidados paliativos ao idoso: Software educativo para a formação acadêmica de alunos de graduação".

O Colegiado, em sua 861ª reunião ordinária, **aprovou no mérito** o projeto "Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde", com base no parecer favorável da relatora pela CG.

A aprovação ainda foi condicionada a que:

- O coordenador e seus participantes, ao convidarem alunos para participarem do Projeto de Pesquisa, ratifiquem que a participação dos mesmos será voluntária;
- O inicio das atividades somente ocorra após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP);
- Os horários e locais designados para a realização da coleta de dados não prejudiquem as atividades acadêmicas curriculares;

Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela
Vice-Presidente da Comissão de Graduação, em exercício

PROFA. DRA. ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP – USP

ANEXO E – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP-USP

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidados paliativos ao idoso: software educativo para a formação acadêmica de alunos de graduação

Pesquisador: Fernanda Laporti Seredynskyj

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68207517.3.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.166.363

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi revista nos TCLEs e alterada conforme solicitação do parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram realizadas as alterações nos TCLEs de acordo com as solicitações do parecer anterior.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum

ANEXO F – PARECER DE APROVAÇÃO DE EMENDAS DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP-USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 - 55 16 3315 3381 - Fax 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Oficio CEP-EERP/USP nº 0174/2019, de 13/08/2019

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa abaixo especificado foram analisadas e consideradas **aprovadas "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 12 de agosto de 2019.

Protocolo CAAE: 68207517.3.0000.5393

Projeto: Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde

Pesquisadores: Fernanda Laporti Seredynskyj
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO G – PARECER DE APROVAÇÃO DE EMENDAS DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCFMRP-USP

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidados paliativos na formação de alunos de graduação da área da saúde
Pesquisador: Fernanda Laporti Seredynskyj
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 68207517.3.3001.5440
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.532.046

Apresentação do Projeto:
Trata-se de emenda de projeto de pesquisa da instituição proponente Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP. O HCFMRP_USP será uma coparticipante da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:
De acordo com o parecer da instituição proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
De acordo com o parecer da instituição proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
De acordo com o parecer da instituição proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados na Plataforma Brasil e estão de acordo com as normas éticas vigentes. Apresentou carta de anuência do responsável pelo local de coleta no HCFMRP-USP.

Recomendações:
Não há.