



OFICINAS SOBRE TANATOLOGIA UM OLHAR DIALÓGICO PARA ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

PLANO DE ENSINO

ORIENTAÇÃO	CONDUÇÃO E APRESENTAÇÃO	ANO
Prof. Dr. Renato da Costa Teixeira	Prof.ª Me. Giselly de O. Zahn Erthal	2024 e 2025
COMPONENTE CURRICULAR	MODALIDADE	
Tanatologia	Oficinas presenciais	
CARGA HORÁRIA PRESENCIAL	DISPONIBILIDADE/ DISTRIBUIÇÃO	
18 horas	Guia PPT: Oficinas sobre Tanatologia – Um olhar dialógico para os acadêmicos de enfermagem	

Observações: As oficinas serão realizadas presencialmente.

Através dos materiais das oficinas, será construído um Guia PPT – “Oficinas sobre Tanatologia – Um olhar dialógico para acadêmicos de enfermagem”.

EMENTA:

O ensino da Tanatologia: Ontem e hoje. Formação dos Acadêmicos para Educação para vida, para a morte e o morrer. Fases de desenvolvimento e a morte. Habilidades de comunicação. Cuidados Paliativos. Luto. Finitude da vida.

OBJETIVO

Oferecer aos acadêmicos: subsídios teóricos e práticos para o exercício de suas atividades no campo da clínica, hospital, escola e comunidade, dentro de um processo educativo para a morte.

JUSTIFICATIVA

A Tanatologia é uma área de conhecimento de caráter interdisciplinar que se propõe a discutir sobre o processo de morte e morrer em suas mais diversas instâncias (Kübler-Ross, 2008; Zonta *et al.*, 2022). Diante da formação de futuros profissionais da saúde, traz importância, pois uma vez que o entendimento sobre as questões que tangenciam esse contexto permite aos discentes criarem mecanismos que possibilitam lidar melhor com as perdas correlatas ao seu cotidiano profissional, advindas da morte de pessoas às quais prestarão assistência (Solano, 2014; Lopes, 2022)

CONTEÚDO

Oficina I - O ensino da Tanatologia: Ontem e hoje. Formação dos Acadêmicos para Educação para vida, para a morte e o morrer

- 1.1 Conhecendo alguns conceitos sobre tanatologia
- 1.2 Dificuldades em abordar sobre a vida, a morte e o morrer
- 1.3 Cine Tanatologia
- 1.4 História da Tanatologia durante o tempo
- 1.5 Aspectos: Sociais, culturais, psicológicos, espirituais
- 1.6 Formação de acadêmicos para a educação para a morte e outros desdobramentos
- 1.7 Legislação e bioética

Oficina II - Fases de desenvolvimento e a morte

- 2.1 Abordando sobre a morte em cada fase da vida
 - 2.2 Como realizar contato/ entrevistas nas diversas fases de desenvolvimento do paciente
 - 2.3 Perguntas certas e o que fazer com as respostas
 - 2.4 Roll playing – exercícios de comunicação
- Pediatria



Pacientes crônicos

Pacientes terminais

Oficina III - Habilidades de comunicação

3.1 Como comunicar-se de forma eficaz em momentos difíceis

3.2 Comunicação compassiva - baseada em estudos de Marshall Bertram Rosenberger e Marshall Linehan – Habilidades e competências dialéticas

3.3 Escuta acolhedora e compassiva diante de momentos complexos

3.4 Comunicando a morte às crianças

3.5 Cine Tanatologia -infanto/juvenil

3.6 Livros sobre Tanatologia – infanto/juvenil

Oficina IV - Cuidados Paliativos

4.1 Base dos cuidados paliativos

4.2 O conceito de DOR total

4.3 O sofrimento dos profissionais de saúde diante do Burnout e necessidades de empatia

4.4 Quem recebe os cuidados paliativos

4.5 Quem deve desenvolver os cuidados paliativos

Oficina V - LUTO

5.1 Luto e finitude

5.2 Luto antecipatório

5.2.1 Luto antecipatório na família

5.2.2 Luto antecipatório do Profissional de Saúde

5.3 Luto por morte

Oficina VI - Finitude da vida – criando um espaço afetivo

6.1 Identificando os sentimentos no contato com a morte (lidando com o medo e a ansiedade)

6.2 Técnicas para aliviar o sofrimento físico e emocional do paciente (compaixão sem sofrimento)

6.3 Lidando com o cansaço e a exaustão ao cuidar de alguém que está morrendo

COMPETÊNCIA/HABILIDADE DO PERFIL DO PARTICIPANTE CONTEMPLADAS

COMPETÊNCIA	HABILIDADE
Desenvolver competências técnicas e emocionais para a elaboração e enfrentamento do evento da morte.	Fortalecer e desenvolver habilidades de comunicação e de sensibilidade necessária para uma atuação ética e científica, proposta no decorrer dessa pesquisa.

AVALIAÇÃO: atividade prática e reflexiva

Atividades realizadas durante a realização das oficinas e Questionários via “Google Forms”.

ORGANIZAÇÃO DAS OFICINAS

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	DURAÇÃO
Oficina I - O ensino da Tanatologia: Ontem e hoje e a formação dos acadêmicos para a vida, para a morte e o morrer	3h
Oficina II - Fases de desenvolvimento e a morte	3h
Oficina III - Habilidades de comunicação	3h
Oficina IV - Cuidados paliativos	3h
Oficina V - LUTO	3h
Oficina VI - Finitude da vida - criando um espaço afetivo	3h

CRONOGRAMA - OFICINAS

1. Elaboração das Sequências Didáticas das aulas: agosto de 2024
2. Elaboração dos materiais de cada oficina – maio de 2025
3. Preparação da Divulgação das oficinas: agosto de 2025
4. Oficinas práticas – FAAMa – Setembro de 2025



5. Análise das oficinas e devidas reflexões – Outubro de 2025
6. Reconstrução, ajustes e avaliação das oficinas — Finalização do Guia do PPT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A VIDA É BELA (*La vita è bella*). Direção: Roberto Benigni. Itália: Cecchi Gori Group, 1997. Filme, son., color.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. Rio de Janeiro: ANCP, 2012.
- ANCP – ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Posicionamentos e recomendações da ANCP sobre dor total e comunicação em fim de vida*. Rio de Janeiro: ANCP, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: ABP, 2012.
- BONANNO, George A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, Washington, DC, v. 59, n. 1, p. 20–28, 2004.
- BOSS, Pauline. *Ambiguous loss: learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). *Curso de cuidados paliativos: módulo tanatologia e luto*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BROWN, Brené. *A coragem de ser imperfeito*. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.
- BUCKMAN, Robert. *Como dar más notícias: um guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CHERNY, Nathan I.; et al. *Palliative care: ESMO Clinical Practice Guidelines*. [S. l.]: ESMO, 2021.
- CORR, Charles A.; CORR, Donna M. *Death & dying, life & living*. 7. ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2013.
- DOKA, Kenneth J. (ed.). *Disenfranchised grief: new directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press, 2002.
- DIVERTIDA MENTE (Inside Out). Direção: Pete Docter; *Ronnie del Carmen*. EUA: Disney–Pixar, 2015. Filme, son., color.
- ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- FERRAZ GONÇALVES, José António. *Manual de cuidados paliativos*. Porto: Universidade do Porto, 2018.
- FIGLEY, Charles R. (ed.). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 1995.
- FRANKL, Viktor E. *Em busca de sentido*. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- HAGMAN, George. Beyond decthexis: toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. In: DOKA, Kenneth J. (ed.). *Living with grief: after sudden loss*. Washington, DC: Hospice Foundation of America, 1996.



HALIFAX, Joan. *Standing at the edge: finding freedom where fear and courage meet*. New York: Flatiron Books, 2018.

HUMAN. Direção: Yann Arthus-Bertrand. França: *GoodPlanet Foundation*, 2015. Documentário (190 min), son., color.

KLASS, Dennis; SILVERMAN, Phyllis R.; NICKMAN, Steven L. (eds.). *Continuing bonds: new understandings of grief*. Philadelphia: Taylor & Francis, 1996.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. 10. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

LINEHAN, Marsha M. *Treinamento de habilidades em DBT: manual*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LOPES, F. G. et al. Educação para a morte: formação em tanatologia para atuação em saúde. *Cadernos ESP – Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, s.l., v. 16, n. 01, p. 122–127, 2022. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/557>. Acesso em: 15 out. 2024.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1981.

MELLO, Maria L. S. de. Cuidados paliativos: a humanização no fim da vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 54, n. 2, p. 168–172, 2001.

NEFF, Kristin. *Self-compassion: the proven power of being kind to yourself*. New York: William Morrow/HarperCollins, 2011.

NEIMEYER, Robert A. (ed.). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001.

NEIMEYER, Robert A. *Lessons of loss: a guide to coping*. Memphis: Center for the Study of Loss and Transition, 2000.

NORTON, Michael I.; GINO, Francesca. Rituals alleviate grieving: evidence from personal loss. *Journal of Experimental Psychology: General*, Washington, DC, v. 143, n. 1, p. 266–272, 2014.

O MENINO DO PIJAMA LISTRADO (*The Boy in the Striped Pajamas*). Direção: Mark Herman. Reino Unido/EUA: Miramax Films, 2008. Filme, son., color.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Integração dos cuidados paliativos nos sistemas de saúde: guia para gestores e equipes*. Washington, DC: OPAS, [ano].

PARKES, Colin Murray. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 1998.

PATCH ADAMS. Direção: Tom Shadyac. EUA: *Universal Pictures*, 1998. 1 DVD (115 min), son., color.

PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana (org.). *Bioética e cuidados paliativos*. 3. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2016.

RAMOS, L. M. Processo de luto e suas implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 78, n. 16, p. 34–42, 2016.

REMEN, Rachel Naomi. *Kitchen table wisdom: stories that heal*. 10. ed. New York: Riverhead Books, 1996.

ROGERS, Carl R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 95–103, 1957.



ROSENBERG, Marshall B. *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Ágora, 2006.

SANTOS, F. S. Educando estudantes e profissionais das áreas da saúde, humanas e sociais sobre morte, perdas e luto. In: SANTOS, F. S.; SCHLIEMAN, A. L.; SOLANO, J. P. C. (orgs.). *Tratado brasileiro sobre perdas e luto*. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 327–335.

SAUNDERS, Cicely. Hospice care and the philosophy of palliative medicine. In: SAUNDERS, Cicely; BAINES, Mary; DUNLOP, Robert (eds.). *Living with dying: a guide to palliative care*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

SAUNDERS, Cicely; BAINES, Mary; DUNLOP, Robert (eds.). *Living with dying: a guide to palliative care*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

SPIEGEL, David; et al. Health-related quality of life and psychological well-being in cancer patients: a study of coping and adaptation. *Psychosomatic Medicine*, v. 61, n. 3, p. 419–429, 1999.

STROEBE, Margaret; SCHUT, Henk. *The dual process model of coping with bereavement: rationale and description*. *Death Studies*, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 197–224, 1999.

TORRES, Wilma da Costa. *A criança diante da morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

UP: ALTAS AVENTURAS (Up). Direção: Pete Docter; Bob Peterson. EUA: *Disney–Pixar*, 2009. Filme, son., color.

WIT (Amor e Morte). Direção: Mike Nichols. EUA: *HBO Films*, 2001. 1 DVD (≈99 min), son., color.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care – institutional video*. Geneva: WHO, 2020. Vídeo, son., color.

WORDEN, J. William. *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

YALOM, Irvin D. *Psicoterapia existencial*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZONTA, B. M. et al. Tanatologia: uma revisão bibliográfica. *Revista Foco*, 15(2), e379, p. 1–22. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v15n2-025>. Acesso em: 10 out. 2024.

OFICINA 01

TRILHA DE APRENDIZAGEM

Título: Tanatologia, Cuidados Paliativos e Luto: A Humanização no Cuidar em Enfermagem

Público-alvo: Acadêmicos de Enfermagem

Carga horária: 8h (dividida em 2 encontros de 4h ou 1 dia integral)

Modalidade: Presencial, com uso de recursos audiovisuais e materiais sensoriais.

OBJETIVOS:

Desenvolver a compreensão sobre tanatologia, luto e cuidados paliativos na atuação de enfermagem;
Estimular a empatia e a comunicação terapêutica diante da terminalidade;
Proporcionar espaço de escuta, reflexão e humanização para o futuro profissional da enfermagem.



COMPETÊNCIAS:

Compreensão do processo de morrer e suas implicações ético-humanas;
Prática do cuidado integral e paliativo;
Postura empática e comunicação eficaz com pacientes e famílias;
Reconhecimento dos próprios sentimentos diante da morte.

METODOLOGIA:

A oficina será dividida em cinco momentos principais:

1. Vivência histórica: Linha do tempo da morte;
2. Diálogo de personagens e Carta de Compaixão;
3. Caixa de memórias/ Mapa do luto;
4. Cine Reflexão e discussão guiada;
5. Círculo de Escuta e Jogo das Perguntas Humanas.

Conceituação:

a. História e filosofia dos cuidados paliativos

Conceitos sobre Cuidados Paliativos – Cicely Saunders. Uma nova filosofia sobre o cuidar surge, para que sejam trabalhados: Controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças e cuidados, em dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e famílias (Saunders, 1995). O Objetivo era oferecer mais suporte para pacientes e familiares no período final dos tratamentos curativos e na fase do luto.

É uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

A Associação Canadense de Cuidados Paliativos, em 1995, já tinha conceituado os cuidados paliativos como uma filosofia de cuidar, combinando terapias ativas, visando ao conforto e ao suporte individual e familiar de quem está vivendo com doenças crônicas evolutivas.

Os cuidados paliativos têm como princípios, afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal; não adiar nem prolongar a morte; prover alívio de dor e de outros sintomas, integrando os cuidados, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível, ajudando a família e cuidadores no processo de luto.

Estudos realizados por Spiegel *et al.* (1999) demonstraram que, pela perspectiva dos pacientes, qualidade de vida é receber adequado controle de dor e manejo de sintomas, evitar o prolongamento inapropriado do morrer, alcançar um senso de controle, evitar ou aliviar o sofrimento e fortalecer relacionamentos com seus entes queridos

b. No Brasil:

Fundada em São Paulo, em outubro de 1997, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, com o objetivo de divulgar tal prática e agregar os serviços de cuidados paliativos que já existiam no Brasil, mesmo ainda não padronizados, mas que ofereciam assistência para pacientes fora de possibilidades terapêuticas em algum âmbito: internação, ambulatorial e/ou domiciliar.

Objetivos principais seriam: proporcionar a vinculação científica e profissional entre a equipe de saúde que estuda e pratica as disciplinas ligadas aos cuidados nas enfermidades crônico-evolutivas, em fase avançada e na terminalidade; aperfeiçoar a



qualidade de atenção aos enfermos; fomentar as pesquisas no campo dos cuidados paliativos por meio de congressos, seminários, conferências, visando elevar o nível técnico-científico de todos os profissionais de saúde; desenvolver, assessorar e prestar assistência técnica quanto a conteúdo; programas curriculares e acadêmicos de educação na área de saúde; estudar e discutir problemas éticos e suas implicações na prática dos cuidados paliativos e promover o bem-estar da comunidade, preservando a melhoria da qualidade de vida dos enfermos, nos diversos níveis de saúde.

Os cuidados paliativos visam no controle da dor, ao alívio de sintomas e à melhoria da qualidade de vida dentro de um enfoque multidisciplinar. (Mello, 2001).

Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, temos hoje no país apenas 29 serviços de cuidados paliativos, provendo assistência em ambulatoriário, internação e em domicílio. Desafios a serem vencidos mencionam-se: ausência de uma política nacional de controle de dor; deficiência na educação de profissionais da saúde e comunidade; preocupações quanto ao abuso da morfina e outros opióides, resultando em restrições na prescrição e no fornecimento de morfina; aumento no fornecimento de distribuição outras drogas necessárias para alívio de dor e outros sintomas; deficiência na formação dos profissionais de saúde responsáveis pela prescrição de analgésicos e outras drogas; carência de recursos financeiros para pesquisa e desenvolvimento em cuidados paliativos

c. Luto:

Luto Normal: é um processo mental que abrange diversos sentimentos e sensações naturalmente vividas pelo indivíduo diante de uma perda. Trata-se de uma resposta adaptativa para haver o restabelecimento do equilíbrio (Hagman, 1996).

Luto Complicado: Antigamente chamado de luto patológico, o enlutado não consegue ultrapassar ou vivenciar o processo de luto, originando um comportamento não adaptativo frente à perda. Há, nesse caso, a permanência numa única fase do luto sem a finalização do processo de luto (Ramos, 2016).

O luto define-se por um momento que envolve uma ou mais perdas e as reações físicas, emocionais e comportamentais provocadas por essa perda (Unasus, 2011).

Novas abordagens também influenciaram um novo conceito de luto: o modelo biopsicossocial – que visa incorporar as dimensões biológica, social e psicológica – e o modelo holístico – o qual preza pela autonomia do indivíduo e avaliação de todas suas vertentes (Ramos, 2016).

É um conceito complexo, visto que cada indivíduo vivencia o luto de forma diferente, mediante sua cultura, o meio social ao qual está inserido e até o próprio contexto do processo de luto (Ramos, 2016).

METODOLOGIA

1. Vivência Histórica: Linha do Tempo da Morte

Atividade em grupo com recortes históricos e culturais

Atividade em grupo com recortes históricos e culturais sobre a morte, com ênfase nas implicações para a prática de enfermagem.

Pontos principais para os recortes históricos:



cartazes visuais prontos para cada período, contendo ícones, imagens históricas e palavras-chave para facilitar a assimilação dos conceitos pelos alunos.

Egito Antigo – A morte era considerada uma transição sagrada. O embalsamamento e os rituais fúnebres demonstravam o respeito e a preparação cuidadosa dos corpos.

Reflexão: Como o cuidado com o corpo era parte do processo de luto e honra à pessoa falecida?

Grécia e Roma Antiga – A morte era um destino inevitável, muitas vezes relacionada à honra e à virtude. Os primeiros registros da assistência a doentes aparecem nesse período.

Reflexão: O cuidado era centrado no bem viver e bem morrer: como isso se relaciona com os princípios dos cuidados paliativos?

Idade Média – Forte influência da religiosidade. A morte era vista como castigo ou provação. Monges e freiras eram os principais cuidadores dos doentes, introduzindo o valor da caridade.

Reflexão: Quais valores desse período permanecem na prática de enfermagem até hoje?

Renascimento – Com o avanço da ciência, surgem novas abordagens para o corpo e a saúde. A morte passa a ser objeto de estudo médico e anatômico.

Reflexão: Como o distanciamento entre ciência e espiritualidade alterou o modo de cuidar?

Século XIX – Com Florence Nightingale, a enfermagem é institucionalizada como ciência do cuidado. Os hospitais se tornam locais de tratamento e morte.

Reflexão: Como a profissionalização da enfermagem redefiniu o papel do cuidador frente à terminalidade?

Século XX-XXI – A morte se torna medicalizada e institucionalizada. Surge o movimento dos cuidados paliativos como resistência à desumanização do processo de morrer.

Reflexão: Como o enfermeiro pode atuar como agente de humanização na era tecnológica?

Atividade de síntese: cada grupo constrói um cartaz com imagens, palavras-chave e reflexões sobre um período e apresenta brevemente. Para otimizar o tempo e garantir coerência nos resultados, os alunos podem receber um modelo visual semiestruturado de cartaz, com campos indicativos para título, contexto histórico, relação com a enfermagem, elementos simbólicos e reflexão final.

2. Diálogo de Personagens e Carta de Compaixão

- Estudo de caso simulado: paciente com doença terminal
- Escrita de carta terapêutica
- Discussão: papel do enfermeiro nos cuidados paliativos

Objetivo específico: Desenvolver a capacidade do acadêmico de enfermagem de compreender a complexidade do cuidado paliativo, promovendo empatia, escuta ativa e comunicação terapêutica com base em um caso simulado.

Etapas da Atividade



Etapa 1 – Estudo de Caso Simulado

Cenário sugerido:

Dona Maria da Conceição, 76 anos, viúva, aposentada, com diagnóstico de câncer de pulmão em estágio terminal, está internada há duas semanas na unidade de cuidados paliativos de um hospital geral. Possui histórico de hipertensão e foi fumante por mais de 40 anos. Atualmente, encontra-se com dor controlada mediante morfina, mas apresenta dispneia moderada, fadiga intensa e episódios de ansiedade noturna.

É uma mulher católica praticante, que valoriza profundamente sua fé e os vínculos familiares. Sua filha única, Mariana, de 38 anos, a acompanha diariamente no hospital. Mariana demonstra esgotamento emocional, embora tente manter-se firme diante da mãe. Dona Maria evita falar diretamente sobre a morte, mas expressa preocupações com o futuro de sua filha e tristeza por não ter mais forças para caminhar ou realizar tarefas simples como pentear os cabelos ou orar sozinha.

A equipe de enfermagem a descreve como uma paciente colaborativa, porém mais silenciosa e introspectiva nos últimos dias. Recentemente, Dona Maria comentou com um técnico de enfermagem: “A gente sente que está indo embora... só queria que a Mariana ficasse bem”.

Contexto ético e emocional: a paciente está lúcida e orientada, e deseja permanecer no hospital para não sobrecarregar a filha. No entanto, recusa-se a conversar com psicólogos ou aceitar apoio espiritual oferecido pelo hospital.

Distribuição de papéis em grupos pequenos:

Enfermeiro(a)
Paciente
Cuidador(a) familiar
Médico(a)
Capelão(ã) ou acompanhante espiritual

Atividade: Cada grupo encena um diálogo breve, buscando identificar:

- Estratégias de escuta e acolhimento
- Barreiras na comunicação
- Situações que exigem compaixão profissional

Etapa 2 – Escrita da Carta de Compaixão

Proposta:

"Imagine que você é o(a) enfermeiro(a) de Dona Maria. Escreva uma carta curta, que será deixada ao lado da cama, com palavras que expressem acolhimento, compreensão e apoio à sua jornada."

Orientações:

- Usar linguagem simples, humanizada e respeitosa
- Evitar termos técnicos
- Incluir expressão de presença (mesmo diante da ausência de solução)

Etapa 3 – Roda de Compartilhamento e Debate



- Voluntários leem suas cartas (opcional)
- Discussão orientada por perguntas como:

O que senti ao escrever?

Como a enfermagem pode ser presença mesmo na ausência de cura?

Qual o papel da comunicação no alívio do sofrimento?

Materiais para os alunos:

1. Ficha com o caso clínico completo;
2. Modelo de estrutura da carta (com espaços em branco);
3. Roteiro de observação para quem estiver assistindo os diálogos:
 - Linguagem corporal
 - Tom de voz
 - Presença afetiva
 - Respeito à autonomia do paciente

3. Caixa das Memórias / Mapa do Luto

- Vivência pessoal simbólica de perda
- Elaboração de mapa com fases e implicações para o cuidado

Objetivo específico: Favorecer a expressão simbólica de perdas vividas e desenvolver consciência sobre as diferentes formas de luto no contexto da enfermagem, tanto no cuidado ao outro quanto no autocuidado.

Etapa 1 – Caixa das Memórias

Atividade simbólica individual

Instruções ao aluno:

“Você irá criar uma caixa simbólica onde irá depositar lembranças ou representações de perdas que marcaram sua vida. Pode ser a morte de alguém, uma mudança significativa, uma separação, uma amizade que se foi, ou mesmo um sonho interrompido.”

- Os participantes escolhem palavras, imagens ou objetos para colocar na caixa
- Devem escrever uma pequena carta ou mensagem para essa perda (pode ser sigilosa)
- O momento é conduzido com música suave e silêncio reflexivo

Reflexão sugerida:

“Qual o lugar que essa perda ocupa hoje na sua história? Que marcas ela deixou na forma como você cuida dos outros?”

Etapa 2 – Mapa do Luto (30 min)

Atividade em grupo ou individual com papel A3

- Os alunos desenham um “mapa” que represente o caminho do luto: fases, sentimentos, resistências, acolhimento e superações.
- Podem se basear em modelos teóricos (como Elisabeth Kübler-Ross ou William Worden), ou criar trajetórias pessoais.

Elementos visuais sugeridos para o mapa:

- Emoções como rios ou montanhas
- Pontes (ajuda recebida)



- Túnel (período de silêncio ou dor)
- Luz ou flor (superação ou legado da perda)

Discussão orientada

- O que o luto nos ensina sobre o cuidado?
- Como identificar e respeitar o luto do outro?
- Quais recursos o profissional de enfermagem pode oferecer em situações de perda?

Materiais complementares

1. Cartaz com as fases do luto (Kübler-Ross ou modelo integrativo de Neimeyer)
2. Folha de apoio para confecção do mapa (com prompts como: "Senti...", "Aprendi...", "Precisei de...", "Hoje percebo que...")
3. Sugestão de música instrumental suave para o momento da caixa (ex: Ludovico Einaudi)

4. Cine Reflexão + Discussão guiada (1h)

- Trecho do filme "Wit" (2001) ou "Patch Adams"
- Análise da postura da enfermagem e do acolhimento ao paciente

Cine Reflexão e Discussão Guiada (1h)

Objetivo específico: Analisar a representação da morte, do cuidado paliativo e da humanização na mídia cinematográfica, promovendo conexões com a prática profissional de enfermagem.

Sugestão de Filme: *Wit* (2001)

Sinopse breve: Vivian Bearing, professora de literatura, é diagnosticada com câncer avançado e submetida a um tratamento agressivo. Ao longo da internação, enfrenta a desumanização do ambiente hospitalar e encontra conforto nos pequenos gestos de cuidado, especialmente de uma enfermeira.

Alternativa: *Patch Adams* (1998)

Sinopse: Inspirado em uma história real, o filme mostra a trajetória de um estudante de medicina que transforma a prática clínica por meio da empatia, do riso e do afeto no cuidado ao paciente.

Etapas da Atividade

1. Exibição de trechos selecionados (30 min)

- Escolha de 2 a 3 cenas-chave (total de até 20 min)
- Exemplo (*Wit*):

Cena da internação e isolamento da paciente

Interação com a enfermeira Susie

Reflexão final da personagem sobre vida e morte

2. Discussão guiada (30 min)

Perguntas norteadoras:

Como a equipe de saúde aparece representada?



Quais atitudes demonstram cuidado humanizado?
Quais falas ou ações causaram desconforto?
Em que momento a enfermagem foi símbolo de dignidade?
O que esse filme ensina sobre o morrer?

Enfoque final:

“Que tipo de profissional eu quero ser diante do sofrimento do outro?”

5. Círculo de Escuta e Jogo das Perguntas Humanas (1h30)

- Compartilhamento com simbologia (vela ou flor)
- Perguntas provocadoras sobre o legado do cuidado

Círculo de Escuta e Jogo das Perguntas Humanas (1h30)

Objetivo específico: Oferecer um espaço seguro e simbólico para expressão emocional, partilha de vivências e consolidação dos aprendizados sobre finitude, cuidado e presença afetiva.

Etapa 1 – Círculo de Escuta com Elemento Simbólico (45 min)

Organização do ambiente:

Cadeiras em círculo
Iluminação suave
Música instrumental ao fundo
Centro do círculo decorado com flores, tecidos ou velas (reais ou LED)

Instruções:

Cada participante escolhe ou recebe um elemento simbólico (vela, flor, semente, pedra ou palavra) e é convidado a compartilhar algo que ressoou com a oficina: uma lembrança, um aprendizado, uma emoção.

O compartilhamento é opcional
Todos devem escutar com silêncio respeitoso
Ao final, todos colocam seu símbolo no centro como forma de “entrega” do processo

Etapa 2 – Jogo das Perguntas Humanas (30 min)

Dinâmica:

Perguntas são impressas e dispostas no centro ou passadas em envelopes
Cada aluno sorteia uma pergunta e responde espontaneamente, ou escolhe uma para responder

Exemplos de perguntas:

Como quero ser lembrado pelos pacientes que cuidar?
Que perda me tornou alguém mais forte?
O que significa estar presente para alguém em sofrimento?
Quando foi a última vez que fui tocado por uma história de paciente?
O que me impede, hoje, de ser um profissional mais compassivo?

Sistematização e encerramento (15 min)



Professora/facilitadora faz breve fechamento

Entrega simbólica: uma mensagem escrita à mão, semente ou marcador com frase de inspiração

Orientação para completar no portfólio:

- *A palavra que resume minha experiência é:* _____
- *Uma prática que quero levar comigo:* _____

Materiais sugeridos

1. Cartões com as perguntas do jogo
2. Elementos simbólicos simples (velas LED, flores secas, sementes)
3. Texto de encerramento ou poesia sobre o cuidado

OFICINA 02

TRILHA DE APRENDIZAGEM

Título: *Fases do Desenvolvimento e a Morte: Comunicação e Cuidado em Enfermagem*

Público-alvo: Acadêmicos de Enfermagem

Carga horária: 3 horas

Modalidade: Presencial

OBJETIVO GERAL:

Capacitar os acadêmicos de enfermagem para lidar com a morte em diferentes fases da vida, abordando como a compreensão da morte e a comunicação variam conforme a idade e as condições de saúde do paciente. Desenvolver habilidades práticas de comunicação com pacientes pediátricos, crônicos e terminais.

COMPETÊNCIAS:

Entendimento das fases do desenvolvimento humano frente à morte;
Comunicação empática e adaptada à maturidade emocional do paciente;
Acolhimento de sentimentos em contextos de terminalidade;
Postura profissional diante de situações emocionais difíceis.

METODOLOGIA:

A oficina será dividida em quatro momentos principais:

1. A morte nas fases da vida;
2. Comunicação e entrevistas;
3. As perguntas certas;
4. Roll Playing.

1. A Morte nas Fases da Vida (45 min)



Referenciais teóricos das idades e compreensão da morte: desenvolvimento de conceitos de irreversibilidade, universalidade e não-funcionalidade (Kóvacs, 1992; Prizskulnik, 1992; Nunes et al., 1998; Torres, 1999).

Discussão de casos por faixa etária (infância, adolescência, vida adulta/velhice) articulada a princípios paliativos (Saunders, 1995).

Objetivos: Compreender a percepção da morte em cada fase do desenvolvimento; Refletir sobre abordagens adequadas a diferentes faixas etárias.

Conteúdos:

- Infância: percepção simbólica e concreta da morte (3-12 anos);
- Adolescência: crise de identidade e luto existencial;
- Idade adulta e velhice: finitude, legado e espiritualidade.

Atividade: Estudo de caso com discussão em grupo sobre como abordar diagnósticos terminais em cada faixa etária.

2. Comunicação e Entrevistas (45 min)

Comunicação de más notícias – Protocolo SPIKES aplicado nos cenários e rubricas de observação (Buckman, 2005; Baile et al., 2000).

Comunicação centrada no paciente e validação emocional com frases-guia e “checar compreensão” (Back; Arnold; Tulsky, 2009).

Comunicação Não Violenta (CNV): escuta empática e linguagem clara nas entrevistas (Rosenberg, 2006).

Habilidades dialéticas para regulação emocional do profissional durante conversas difíceis (Linehan, 2018)

Objetivos: Desenvolver habilidades práticas de escuta e entrevista; Adequar linguagem e postura conforme o perfil do paciente.

Perfis para análise:

1. Mariana (6 anos)

Medo de procedimentos, saudade da família, compreensão simbólica

Frases úteis: “Você está em um lugar onde todos querem te ajudar”, “Podemos conversar ou desenhar se quiser.”

2. Felipe (16 anos)

Cansaço crônico, negação do tratamento, ambivalência emocional

Estratégias: respeitar silêncio, validar o desânimo, oferecer companhia sem pressão

3. Sr. Antônio (78 anos)

Reflexões sobre a vida, medo da dor, espiritualidade presente

Ações: escuta compassiva, valorização da biografia, presença afetiva

4. Dona Teresa (74 anos)

Consciência da terminalidade, sentimento de solidão, desejo de despedida



Postura recomendada: acolher medos, permitir expressão emocional, resgatar significados

1. As Perguntas Certas (30 min)

Perguntas abertas, valores, vínculos e espiritualidade para construir sentido e metas de cuidado (Neimeyer, 2000; Worden, 2013).

Diferenciação perguntas abertas/fechadas e manejo de choro, raiva e silêncio (Back; Arnold; Tulskey, 2009).

Objetivos: Aprender a formular perguntas abertas, empáticas e respeitosas; Lidar com respostas emocionais com sensibilidade.

Conteúdos:

- Diferenças entre perguntas abertas/fechadas
- Perguntas sobre sentimentos, vínculos e espiritualidade
- Como reagir a choro, raiva ou silêncio com acolhimento

Atividade: Simulação em duplas com mini cenários por faixa etária, usando roteiro com:

- 3 perguntas abertas
- 1 pergunta emocional
- 1 pergunta sobre vínculos

4. Roll Playing (60 min)

Roteiros clínicos (internação em UTI, encaminhamento para paliativos, negação, comunicação com adolescente, diagnóstico grave em pediatria) com debriefing estruturado (Buckman, 2005; Baile et al., 2000; Back; Arnold; Tulskey, 2009).

Ajuste por faixa etária conforme o desenvolvimento (Kovács, 1992; Torres, 1999).

Objetivos: Aplicar técnicas de comunicação em situações-limite; Vivenciar papéis com empatia e ética.

Cenários realistas:

Grupo 1 – Mariana (6 anos): medo da hospitalização e saudade da escola

Frase típica: “Eu vou pra casa antes do Natal?”

Desafio: acolher simbolicamente sem mentir

Grupo 2 – Felipe (16 anos): crise existencial e desmotivação no tratamento

Frase típica: “Pra que tudo isso?”

Desafio: respeitar autonomia e sofrimento sem abandonar

Grupo 3 – Dona Teresa (74 anos): desejo de partir em paz, medo da solidão

Frase típica: “Só queria que isso acabasse logo. Estou com medo.”

Desafio: apoiar espiritualmente, valorizar vínculos e presença

Instrumento de apoio: ficha de observação entre colegas, com critérios como empatia, escuta, coerência e respeito.

Encerramento da Oficina



Atividade: Carta ao "Eu Cuidante"

Cada participante escreverá uma carta simbólica para seu “eu profissional do futuro”, expressando como deseja atuar diante da terminalidade.

Alternativa criativa: desenho ou colagem com a pergunta:

“Como quero ser lembrado como enfermeiro(a)?”

Trilha sonora sugerida: “Tocando em Frente” – Almir Sater

Materiais:

Roteiros de simulação por perfil
Fichas de observação
Cartões para cartas ou colagens
Recursos audiovisuais (música, slides, vídeos)
Flipchart ou quadro branco

OFICINA 03

TRILHA DE APRENDIZAGEM

Título: *Habilidades de Comunicação em Situações de Luto e Terminalidade*

Público-alvo: Acadêmicos de Enfermagem

Carga horária: 3 horas

Modalidade: Presencial

OBJETIVO GERAL:

Capacitar acadêmicos da área da saúde a desenvolver habilidades de comunicação eficaz, compassiva e ética para o manejo de situações clínicas complexas relacionadas ao luto, morte e terminalidade, com ênfase no acolhimento de crianças e adolescentes.

COMPETÊNCIAS:

Comunicação clínica humanizada;
Acolhimento emocional em situações de luto;
Escuta ativa e presença ética;
Adequação da linguagem por faixa etária;
Tomada de decisão ética em contextos de terminalidade;
Articulação com equipes multiprofissionais;
Autocuidado e gestão emocional do profissional.

METODOLOGIA:

A oficina será dividida em três momentos principais:

1. Comunicação Eficaz e Compassiva;
2. Escuta acolhedora e comunicação com crianças;
3. Cine Tanatologia e Literatura no Cuidado Infantojuvenil.

CONCEITUAÇÃO:

Percepções e ações de um paciente ao receber notícias ruins:



Ao receber o diagnóstico de uma doença cuja cura não é possível e vivenciar a ameaça ou a concretude das perdas inerentes à condição, o paciente pode percorrer fases ou estados psicológicos. Elisabeth Kübler-Ross (2002) identificou e descreveu, nesses pacientes, cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Tais fases constituem mecanismos de defesa ou de enfrentamento para os pacientes e seus familiares, têm durações variáveis, não são estanques, tampouco sequenciais. Desse modo, podem substituir-se no decurso do processo de morrer ou se mostrarem concomitantemente, sem seguir padrões (Kübler-Ross, 2002).

Quando o paciente nega sua doença e terminalidade, geralmente seu discurso verbal é intenso e superficial, focado em assuntos variados, evitando falar sobre o diagnóstico, sintomas ou qualquer outro dado relacionado à doença. É comum que nesta fase haja a busca por “uma segunda opinião” ou pela resolução mágica para os problemas, que muitas vezes são simplificados ou subestimados. Trata-se de um mecanismo de defesa utilizado pelos pacientes, o que lhes permite não entrar em contato, ao menos temporariamente, com os problemas e o sofrimento consequente aos mesmos (Kübler-Ross, 2002).

A fase da raiva é marcada pelo discurso verbal inflamado, ríspido, às vezes grosseiro do paciente, que direciona seu sentimento de raiva e inconformismo a toda e qualquer pessoa que interaja com ele, dos familiares e amigos ao profissional de saúde que dele cuida (Kübler-Ross, 2002). Seu comportamento e postura não verbal são defensivos e desafiadores, seu olhar tem um quê de impaciência, intolerância e até mesmo arrogância.

Para o profissional de saúde que assiste um paciente em tal condição, manter uma adequada interação é difícil, uma vez que ele também sofre as consequências dos sentimentos expressos pelo doente. É, sem dúvida, uma das situações mais difíceis de compreensão por parte de quem está sendo ferido; contudo, torna-se necessário lembrar que o paciente tem raiva de sua condição enferma e não do profissional.

Na fase da barganha, o paciente assume uma relação de troca com Deus ou um Ser Supremo no qual creia, que a esperança de cura ou melhora é negociada em troca de mudança de hábitos e atitudes (Kübler-Ross, 2002). O indivíduo reafirma e/ou reencontra sua fé religiosa, utilizando-a como força propulsora para enfrentamento e superação de dificuldades. Desse modo, o paciente passa a fazer um discurso otimista, de uma pessoa melhor, mais forte, que prega a solidariedade. Contudo, seus sinais não verbais podem ser contraditórios ao que expressa seu discurso verbal. Olhares que remetem dúvidas podem estar associados a um discurso verbal otimista e confiante.

Ao caracterizar a fase que denomina estado de depressão, no paciente que vivencia o processo de morrer, Kübler-Ross a diferencia da depressão enquanto psicopatologia: trata-se de sentimentos de pesar e angústia, aos quais o paciente é obrigado a se submeter ao se deparar com as perdas iminentes e inerentes à sua condição. Constitui um instrumento necessário à preparação da perda de seus projetos de vida, sonhos, trabalhos, familiares, amigos, vitalidade, independência e relacionamentos. É uma experiência necessária para a metabolização psíquica de sua real condição, facilitando o alcance da fase de aceitação (Kübler-Ross, 2002).

Muitos pacientes que vivenciam a doença em fase irreversível demonstram de modo não verbal e comportamental sua condição deprimida. Esse estado de depressão geralmente é silencioso e reflexivo. O paciente pode evitar contato visual, pode emitir respostas curtas e reticentes, permanecer longos períodos em silêncio e apresentar ausências de choro. Sentimentos de baixa autoestima, impotência, sensação de abandono e culpa também podem ser evidenciados em seus discursos (Araújo, 2006; Silva, 2003; Kübler-ross, 2002).



Quando o paciente compreende e aceita sua condição, o discurso verbal torna-se menos intenso. Assim, ele expressa sua compreensão por meio de olhares que demonstram resignação, de expressões faciais típicas, linguagem gestual e longos períodos de silêncio, nos quais perguntas e respostas são silenciosamente emitidas. Ao contrário do estado de depressão, de modo geral o paciente demonstra tranquilidade e serenidade nessa fase (Callanam e Kelley, 1994; Kübler-ROSS, 2002).

1. Comunicação Eficaz e Compassiva (45 min)

Conteúdos:

Fundamentos da comunicação clínica eficaz: escuta ativa, linguagem clara, presença e empatia.

Comunicação de más notícias: modelos SPIKES e COMFORT.

Comunicação Não Violenta (Marshall Rosenberg): escuta empática, expressão honesta e conexão humana.

Habilidades dialéticas (Marsha Linehan): regulação emocional e validação.

Aplicação da comunicação compassiva em contextos de terminalidade.

Fundamentos da Comunicação Clínica Eficaz

1. Presença Autêntica

- Estar **verdadeiramente presente** no momento da escuta ou comunicação.
- Evitar distrações e manter contato visual, postura aberta e disponibilidade emocional.
- A presença transmite **segurança, cuidado e empatia**.

2. Clareza na Informação

- Utilizar uma **linguagem objetiva, acessível e livre de jargões técnicos** (principalmente ao falar com pacientes e familiares).
- Estruturar a informação em partes, permitindo pausas e checagem de compreensão.
- Evitar ambiguidade, e sempre confirmar se a mensagem foi compreendida.

3. Empatia Comunicativa

- Capacidade de **se colocar no lugar do outro**, reconhecendo emoções e respondendo com humanidade.
- Frases como: “Imagino que isso seja muito difícil para você” validam o sofrimento e aproximam o profissional do paciente.

4. Escuta Ativa

- Envolve atenção plena ao que o outro diz (e também ao que não diz).
- Requer silêncio ativo, expressões faciais de acolhimento, gestos afirmativos (como acenos) e ausência de julgamentos.
- O profissional deve demonstrar interesse **não apenas pelos sintomas, mas pela experiência humana da dor**.

5. Congruência e Coerência

- O **tom de voz, postura e expressão facial** devem estar em sintonia com a mensagem verbal.
- Evita ruídos de comunicação e transmite **credibilidade**.

6. Respeito pela Autonomia do Outro

- Reconhecer que o paciente e a família têm direito a **compreender, decidir e expressar seus sentimentos**.
- A comunicação deve ser uma via de **acolhimento e não de imposição**.

7. Validação Emocional

- Validar sentimentos expressos (medo, raiva, tristeza) sem tentar minimizar ou corrigir.
- Exemplo: “Faz sentido que você se sinta assim...”, ao invés de “Não chore, vai ficar tudo bem”.

8. Pausas Estratégicas e Silêncio Terapêutico

- Saber **usar o silêncio** como forma de respeito e acolhimento.
- Pausas permitem que o outro processe a informação, respire, sinta.

9. Feedback Ético e Acolhedor



- Quando necessário corrigir percepções ou orientar, fazê-lo com **delicadeza e empatia**, evitando tons autoritários.
- Retornar ao paciente o que foi compreendido e oferecer espaços para dúvidas.

Compartilhando más notícias

- Encontre um local apropriado e tempo adequado. Garanta conforto, privacidade, silêncio e ausência de interrupções.
- Prepare a si mesmo, recapitule pontos-chaves e observe suas reações pessoais.
- Considere o envolvimento da família, especialmente nas questões decisivas e outros profissionais da saúde. Pergunte ao paciente quem deveria estar presente. No hospital, inclua uma enfermeira e psicólogo. A menos que a conversa ocorra no contexto de uma relação bem estabelecida, comece por “sentir” o paciente e a família. O que o paciente e a família sabem? O que eles desejam saber? Permita-lhes fazer perguntas e absorver as informações dos seus próprios modos.
- Procure entender a perspectiva do paciente e/ou da família.
- Ouça. Atender o paciente costuma ser mais importante do que o que você diz. Ouça e reconheça as preocupações e emoções. Aceite o silêncio. Estimule perguntas. Clarifique. O que é “esperança” para esse paciente?
- Seja breve e simples, dando uma mensagem-chave em poucas sentenças. Dê explicações plenas e claras no jargão de uma linguagem livre. Esteja atento a eufemismos. Repita pontos-chave e sublinhe-os.
- Coloque objetivos realistas para a discussão inicial, evitando sobrecarga de informação. Entenda que más notícias são um processo, não um evento. Adapte a informação ao ouvinte. Exposição gradual para assuntos difíceis. Mantenha em mente objetivos-chave: o que o paciente realmente precisa saber?
- Seja honesto e fale de maneira firme e franca. Evite falso otimismo e falsa confiança, mas também excesso de desencorajamento. Respeite preferências pessoais e culturais ao compartilhar informações. Evite falsas certezas ou exatidões, mas atenda às necessidades do paciente com relação à informação prognóstica.
- Responda com afeto. Aja ativamente e encoraje reações emocionais. Seja companheiro. Tenha empatia. Reconheça as dificuldades. Transmita seu cuidado. Identifique apoios atuais e ofereça recursos adicionais.
- Ofereça os próximos passos que conduzam uma atenção continuada. Planeje um seguimento para compartilhar informação, resolver dúvidas e apoiar. Garanta disponibilidade e atenção continuada.
- Documente a informação compartilhada e comunique isso para a equipe dos cuidados de saúde.

Simulações clínicas em duplas: acadêmicos assumem o papel de profissional e familiar/paciente diante de uma notícia difícil.

Etapa 1. Formação dos Grupos



Divida a turma em grupos de 3 alunos:

- **Profissional de saúde (comunicador)**
- **Paciente ou familiar (receptor)**
- **Observador crítico (avaliador dos fundamentos)**

Etapa 2. Distribuição dos Cenários Clínicos

Prepare de 3 a 5 cenários clínicos curtos, com foco em:

- Comunicação de más notícias
- Diagnóstico difícil
- Atendimento a paciente terminal
- Comunicação com familiar em crise emocional
- Comunicação sobre limitações terapêuticas

Exemplos:

- “Você é o enfermeiro e precisa comunicar à esposa que o paciente foi intubado.”
- “Você é o médico e precisa explicar a um adolescente que o avô não irá se recuperar.”

ROTEIROS DE SIMULAÇÃO CLÍNICA

Bloco 1 – Comunicação Eficaz e Compassiva

Os roteiros abaixo devem ser utilizados em atividades de role playing para treinar os fundamentos da comunicação clínica eficaz.

Cenário 1 – Comunicação de Internação em UTI

Contexto Clínico:

Você é acadêmico de enfermagem e precisa comunicar a uma esposa que seu marido foi internado na UTI após agravamento súbito da condição respiratória.

Objetivo do Comunicador:

Informar com clareza, manter a calma e oferecer apoio emocional.

Desafio Emocional:

A familiar está muito ansiosa e começa a chorar logo no início da conversa.

Tempo Estimado: 8 a 10 minutos

Cenário 2 – Encaminhamento para Cuidados Paliativos

Contexto Clínico:

Você é acadêmico de medicina e precisa explicar à filha de uma paciente idosa que o tratamento curativo não está mais trazendo benefícios, e que a equipe indicará cuidados paliativos.

Objetivo do Comunicador:

Ser honesto sem tirar a esperança, validando emoções.

Desafio Emocional:

A filha insiste em “tentar mais uma medicação experimental” e não compreende o conceito de cuidado paliativo.

Tempo Estimado: 8 a 10 minutos



Cenário 3 – Reação de Negação Diante da Terminalidade

Contexto Clínico:

Você é acadêmico de psicologia e está em uma visita clínica com um paciente jovem terminal. Ele afirma: “Eu vou sair daqui curado, não aceito outra opção.”

Objetivo do Comunicador:

Escutar ativamente, validar sua fala e acolher sem confrontar diretamente.

Desafio Emocional:

O paciente demonstra euforia e negação, dificultando uma conversa realista.

Tempo Estimado: 8 a 10 minutos

Cenário 4 – Comunicação de Óbito a um Adolescente

Contexto Clínico:

Você está acompanhando um adolescente de 14 anos no hospital, enquanto a mãe dele está em cirurgia. Infelizmente, ela não resistiu. Você precisa comunicar a notícia.

Objetivo do Comunicador:

Utilizar linguagem apropriada à idade, ser direto, mas acolhedor.

Desafio Emocional:

O adolescente se fecha, evita olhar nos olhos e diz: “Não quero ouvir, não vou acreditar.”

Tempo Estimado: 8 a 10 minutos

Cenário 5 – Comunicação de Diagnóstico Grave a um Pai

Contexto Clínico:

Um menino de 7 anos foi diagnosticado com leucemia. Você, como acadêmico da equipe, é chamado para acompanhar a conversa com o pai.

Objetivo do Comunicador:

Ajudar a criar um ambiente acolhedor e esclarecer os próximos passos de tratamento.

Desafio Emocional:

O pai reage com raiva, grita e acusa a equipe de “ter escondido algo antes”.

Tempo Estimado: 8 a 10 minutos

Etapa 3. Rodízio de Estações

- Cada trio atua em um cenário por 8 minutos.
- Ao final de cada rodada:

O “observador” compartilha com o grupo os pontos fortes e os pontos de melhoria, com base em um roteiro de observação estruturado (fornecido pelo facilitador).

Os papéis são trocados até que todos experimentem cada função.

Etapa 4. Roteiro de Observação (para o Observador)

Os observadores devem avaliar a presença dos seguintes fundamentos:

O profissional manteve presença plena e escuta ativa?

A linguagem foi clara e acessível?

Houve empatia e validação das emoções?

O tom de voz, postura e expressão foram coerentes?

Houve respeito pela autonomia e tempo de reação do receptor?

O silêncio foi utilizado de forma terapêutica?



PPG ESA UEPA
ENSINO EM SAÚDE
NA AMAZÔNIA
MESTRADO E DOUTORADO



Escala sugerida: Sempre / Às vezes / Nunca
Espaço para anotações qualitativas

Etapa 5. Rodada Final de Reflexão Guiada

Após o rodízio:

- Conduza uma roda de conversa para que os participantes relatem:
O que sentiram nos diferentes papéis;
Qual fundamento foi mais desafiador;
O que aprenderam observando os colegas.

Materiais:

Roteiros impressos com os cenários clínicos
Fichas de avaliação para os observadores
Relógio ou cronômetro para marcar o tempo de cada estação
Espaço amplo para dividir os trios sem interferência sonora
Ficha para avaliadores

2. Escuta acolhedora e comunicação com crianças (45min)

Conteúdos:

Princípios da escuta ativa no cuidado em saúde: atenção plena, empatia e não julgamento.
Reações emocionais no processo de luto em diferentes ciclos do desenvolvimento.
Como comunicar a morte a crianças e adolescentes: linguagem adequada, metáforas seguras e validação emocional.
O papel do acadêmico como educador em saúde diante da perda.

Atividade Prática:

- Role playing com simulações específicas por faixa etária: comunicar a morte de um ente querido a uma criança ou adolescente fictício.

Resumo do Livro: *Como Dar Más Notícias* – Robert Buckman

Sobre o Autor: Robert Buckman foi oncologista, professor universitário e especialista em comunicação médica. Sua experiência com pacientes terminais e familiares o levou a desenvolver um método eficaz, sensível e replicável para a transmissão de más notícias no contexto clínico. Objetivo do Livro: Capacitar profissionais da saúde a comunicarem más notícias de forma ética, empática e tecnicamente estruturada, minimizando o sofrimento e promovendo uma relação de confiança com o paciente e seus familiares. Conceito Central: Dar uma má notícia não é apenas um ato informativo, mas uma intervenção terapêutica que deve considerar o momento emocional, os valores e a capacidade de compreensão do outro.

Buckman define **má notícia** como *"qualquer informação que altera negativamente a percepção do futuro de alguém."*

Modelo SPIKES (6 Etapas)

O protocolo SPIKES, criado em 1992 por Robert Buckman, consiste em um guia metodológico para a comunicação das más notícias (Burlá E Py, 2015). Os objetivos são: solidificar o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente (conhecer o grau de informação sobre a doença, expectativas e reações próprias: escutar o paciente concernente à má notícia); transmitir a informação médica (de acordo com o desejo do paciente, necessidades e desejos do paciente);



dar suporte ao paciente (reduzir o impacto emocional); e, por fim, desenvolver estratégias em forma de plano de tratamento com a participação e colaboração do paciente (Brasil, 2010).

A principal contribuição técnica do livro é o protocolo **SPIKES**, amplamente utilizado no ensino médico e na prática clínica:

Passo 1: S – Setting up

Planejamento da entrevista (Brasil, 2010), postura do profissional (Burlá e Py, 2015) ou preparo para o encontro (Cruz e Riera, 2016). Deve-se rever no que consiste e se sustenta a má notícia, avaliar o próprio sentimento sobre a transmissão da notícia, buscar privacidade e evitar interrupções, de modo a escutar atentamente o paciente (BVMS).

Passo 2: P – Perception

Percepção do paciente (Burlá e Py, 2015; Cruz e Riera, 2016) ou “Antes de contar, pergunte” (Brasil, 2010). Este passo consiste na busca ativa pela percepção do paciente frente à condição médica vivida (Brasil, 2010). Averiguar negação, pensamento mágico ou expectativas irreais do tratamento, possibilitando a correção das informações obtidas de acordo com a capacidade de compreensão e absorção do paciente em questão (Brasil, 2010).

Passo 3: I – Invitation

Possibilidade de troca de informações (Burlá e Py, 2015) ou convite para o diálogo (Cruz e Riera, 2016; Lino *et al.*, 2011). Saber se o paciente deseja detalhes sobre o diagnóstico (Cruz e Riera, 2016; BVMS), se prefere ser informado ou que um familiar tome as decisões (Cruz e Riera, 2016).

Passo 4: K – Knowledge

Conhecimento do assunto em questão (Burlá e Py, 2015), transmissão de informações (Cruz e Riera, 2016; Lino *et al.*, 2011; Baile, 2000) ou forma de transmissão da notícia e das informações ao paciente (Brasil, 2010). Usar palavras adequadas ao vocabulário do paciente (Cruz e Riera, 2016; Brasil, 2010). Informar e buscar conferir o progresso conhecimento adquirido (Brasil, 2010).

Passo 5: E – Emotions

Capacidade de explorar e enfatizar as emoções (Burlá e Py, 2015), expressando emoções (Cruz e Riera, 2016; Lino *et al.*, 2011; Baile, 2000) ou maneira de validar a expressão de sentimentos e oferecer respostas afetivas às emoções dos pacientes (e familiares) (BRASIL, 2010). Manter postura empática e mostrar compreensão ao paciente (Cruz e Riera, 2016).

Passo 6: S – Strategy and Summary

Finalização da conversa, com estratégias e síntese (Burlá e Py, 2015). Finalizar e organizar as estratégias (Cruz e Riera, 2016, Lino *et al.*, 2011, Brasil, 2010). Resumir as principais questões e elucidar ao paciente um plano de tratamento com a finalidade de deixá-lo menos ansioso, além disso é importante compartilhar a responsabilidade da tomada de decisão com o paciente (Brasil, 2010).

Temas-Chave Abordados:

- O impacto da comunicação nos desfechos clínicos e emocionais
- Diferença entre informar e comunicar
- Como lidar com o choro, a raiva, a negação e o silêncio
- Comunicação em terminalidade, pediatria, oncologia e emergências



- O papel da **linguagem não verbal** e do **tempo de escuta**
- Técnicas de **regulação emocional** para o próprio profissional

Frases-Chave do Livro:

- “O silêncio pode ser mais terapêutico que a melhor das palavras.”
- “Não é o que você diz, mas **como** você diz, que permanece.”
- “A má notícia pode romper um mundo — ou abrir espaço para um novo tipo de cuidado.”

“Missão SPIKES – Comunicação que Cuida”

Formação em Ensino e Saúde

Objetivo: Ensinar o protocolo SPIKES por meio de **vivência ativa, dramatização e construção coletiva**, com foco na empatia, escuta e comunicação humanizada diante de más notícias.

Etapas da Atividade (90 minutos)

1. Introdução Temática – “Missão: Cuidar com Palavras” (10 min)

- Exibição de um vídeo curto ou cena de série (ex: *Grey’s Anatomy*, *The Good Doctor*) onde uma má notícia é mal comunicada.
- Roda de conversa inicial: “*O que doeu mais: o que foi dito ou como foi dito?*”

2. Apresentação Interativa do SPIKES (20 min)

- Cada letra do protocolo será explicada de forma **dramatizada e visual**:

S: cenário caótico vs ambiente acolhedor (representado com objetos ou imagens)

P: percepção do paciente (cartas com frases típicas: “já sei que é grave”, “tenho medo da resposta”, etc.)

I: convite simbólico (usar envelopes com perguntas: “Você quer saber todos os detalhes?”)

K: cubos de linguagem (expressões claras vs técnicas – participantes classificam)

E: emojis impressos ou emojis gigantes para expressar emoções comuns e reações empáticas

S: planejamento com cartões de “próximos passos” (marcar exames, sugerir apoio, retorno)

3. Missão em Equipe: “Sala SPIKES” – Rodízio de Estações (40 min)

Divida os participantes em grupos que percorrerão 6 estações temáticas, uma para cada letra do SPIKES:

Estação	Atividade Lúdica	Objetivo
S	Montar o ambiente ideal com objetos simbólicos (almofada = acolhimento, celular = distração, cadeira = presença)	Entender o impacto do contexto



P	Jogar o “Jogo da Percepção” (cartas com diferentes percepções de pacientes – grupo deve ajustar a comunicação)	Adequar o discurso ao saber do paciente
I	Role playing com diferentes níveis de desejo de informação	Respeitar o ritmo do paciente
K	Escolher entre frases técnicas e simples	Praticar linguagem clara
E	Sortear uma emoção e reagir com empatia	Desenvolver escuta afetiva
S	Construir um plano de cuidado com base em um caso	Oferecer esperança e direção

4. Reflexão Guiada Final (15 min)

Cada grupo compartilha um aprendizado ou “frase que marcou”.
Exposição da frase do dia:

“Não existe protocolo que substitua a presença, mas o SPIKES é um bom começo.”

Recursos Didáticos:

Cartas de jogo (emoções, percepções, frases técnicas x claras)
Emojis impressos
Cubos de linguagem
Cartões de ação (planejamento de cuidado)
Objetos simbólicos para montar cenários
Música ambiente suave para a abertura e encerramento

Integração com Literatura ou Casos Reais

Ao final, você pode relacionar a vivência com o livro **“Como Dar Más Notícias” (Robert Buckman)** ou integrar com um **caso clínico real** (adaptado) para aplicar o SPIKES em uma simulação formal.

Dica extra: criar um “cartão SPIKES de bolso” para cada aluno levar, com as seis letras explicadas em linguagem acessível.

3.Cine Tanatologia e Literatura no Cuidado Infantojuvenil (45min)

Conceituação:

ACOLHIMENTO NO CUIDADO COM A CRIANÇA

As sensações e mudanças corporais provocadas pela progressão da doença se refletem no seu senso subjetivo, provocando alteração na imagem corporal e intensa angústia de aniquilamento do self.

É preciso criar na criança um lugar de continência e de escuta à dor e ao sofrimento diante da inevitabilidade da morte. Assim, através do brincar, a criança vai encontrando formas de nomear ou representar o inominável, a morte. Como diz Rubem Alves em vários livros de histórias que escreveu sobre o tema da morte, separação e perda *“da morte, nada sabemos, a não ser as palavras que colocamos sobre ela”*. Por isso, brincadeiras, desenhos, filmes, histórias, música, poesia etc., têm o poder de ajudar no processo de enfrentamento, elaboração e aceitação da difícil realidade.



Wilma da Costa Torres, em seu livro “A criança diante da morte”, faz uma excelente revisão bibliográfica da morte enquanto desafio cognitivo e afetivo e apresenta as contribuições de vários estudiosos de como dialogar com a criança sobre a morte.

Destaca-se a relevância de romper com o silêncio e de reconhecer a criança como protagonista de sua própria história, considerando suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais, espirituais e, acima de tudo, respeitando seus desejos — incluindo o desejo de saber ou não sobre sua condição e sobre a própria morte. A autora ressalta que, para conversar com a criança sobre a morte, o adulto deve demonstrar sensibilidade e estar disposto a acolher perguntas, incertezas, medos e angústias, mostrando que o silêncio não é uma imposição, mas algo que pode ser dividido. A comunicação deve ser clara, direta e adequada ao universo infantil, utilizando a linguagem da própria criança. É fundamental estar atento às expressões verbais e não verbais, ser honesto nas respostas, e não ter receio de admitir dúvidas ou mesmo dizer “não sei” quando necessário.

Estudos mostram que a compreensão de morte pelas crianças envolve a compreensão de quatro componentes:

- Irreversibilidade: a morte não é reversível.
- Inevitabilidade: todos os seres vivos (incluindo ela mesma) irão morrer um dia (e ninguém escapará da morte).
- Não funcionalidade: reconhecimento que, com a morte, cessa todo o funcionamento do corpo, ou seja, não há mais movimentos, sentimentos, sensações, pensamentos.
- Causalidade: envolve a compreensão da razão da morte (Kovács, 1992; Priszkulnik, 1992; Nunes *et al.*, 1998; Torres, 1999).

Antes dos três anos de idade, a criança ainda não possui uma noção formada sobre a morte. Nessa fase, ela percebe a morte apenas como uma ausência ou sensação de perda. Entre os três e cinco anos, é comum que a criança tenha uma visão mágica e centrada em si mesma, acreditando que seus pensamentos ou palavras podem resolver problemas ou até provocar a morte de alguém. Nessa etapa, a morte costuma ser vista como algo que acontece com os outros, mas não com ela própria, sendo muitas vezes comparada a um estado de sono ou a alguém adormecido.

Pesquisas indicam que, por volta dos cinco aos sete anos, a criança começa a desenvolver a capacidade de compreender aspectos como a irreversibilidade, inevitabilidade e não funcionalidade da morte. Já entende que a morte pode acontecer com qualquer pessoa, embora ainda encontre dificuldades em compreender suas causas, pois isso exige certo conhecimento biológico e capacidade de pensamento abstrato.

As crianças menores tendem a relacionar a morte a fatores externos, como acidentes ou atos violentos. Com o amadurecimento, passam a entender que também pode ocorrer por motivos internos, como velhice, doenças ou outros fatores biológicos.

A partir dos 10 ou 11 anos, a criança já é capaz de pensar de maneira mais complexa, considerando múltiplas variáveis ao mesmo tempo. Nessa fase, ela passa a compreender a morte de forma mais abstrata, reconhecendo-a como algo inevitável, irreversível, universal e pessoal. Além disso, consegue explicar o fenômeno sob uma perspectiva natural e fisiológica, e até desenvolver reflexões com base em conceitos religiosos ou teológicos. (Kovács, 1992; Priszkulnik, 1992; Nunes *et al.*, 1998; Torres, 1999).

Sunderland (2005) observa que as crianças tendem a manifestar seus sentimentos por meio de formas de expressão menos estruturadas e elaboradas, o que pode dificultar sua compreensão



por parte dos adultos. A autora ressalta que a linguagem predominante na infância é simbólica, frequentemente expressa por imagens e metáforas presentes em narrativas, brincadeiras e sonhos. Essa forma de comunicação, distante da linguagem lógica e objetiva utilizada no cotidiano adulto, pode resultar em uma lacuna de entendimento. Assim, na tentativa de oferecer suporte, os adultos acabam recorrendo à linguagem racional e direta, que muitas vezes não alcança o imaginário infantil, comprometendo a eficácia do acolhimento e da escuta sensível às necessidades emocionais da criança

Conteúdos:

Representações da morte em filmes e livros: o que a mídia comunica e o que precisa ser complementado pelo profissional de saúde.

Análise de cenas selecionadas:

A Vida é Bela, O Menino do Pijama Listrado, Up: Altas Aventuras, Divertida Mente.

Uso de literatura infantil e juvenil no cuidado:

A Árvore Generosa, O Caderno de Roxy, Morreu, Mas Não Vai Ficar Assim.

A mediação profissional na indicação e no uso desses recursos como apoio ao luto.

Atividade Prática:

Debate em grupos com base em um trecho de filme ou livro: como utilizar esse recurso em uma consulta, grupo terapêutico ou acompanhamento de crianças.

Abertura da Oficina (15 min)

- Boas-vindas e sensibilização inicial: “Como você se comunica diante da dor alheia?”
- Apresentação dos objetivos e temas abordados.
- Dinâmica breve: escrita anônima sobre a experiência pessoal ou familiar com o luto (coletada para uso reflexivo no encerramento).

Livros infantojuvenis com potencial para ilustrar estratégias de abordagem do luto com crianças e adolescentes.

A história de Pedro e Lia – Adorno (1994)

A história de uma folha – Buscaglia (1982)

A montanha encantada dos gansos selvagens – Alves (1999)

A sementinha medrosa – Oliveira (2003)

A ponte invisível – Christophe Loupy

Através do espelho – Jostein Gaarder (1998)

A árvore generosa – Shel Silverstein

A vovó veio do céu – Cristina Porto

Cadê meu avô? – Carvalho (2004)

Corda bamba – Lygia Bojunga (2003)

Conversando sobre a morte – Hisatugo (2000)

Dona Saudade – Sonia Junqueira Pessoa (2001)

Emmanuela – Carvalho (2003)

Eu vi mamãe nascer – Emediato (2001)

Ficar triste não é ruim – Mundy (2001)

Fica comigo – Martins (2001)



Menina Nina – Ziraldo (2002)
Morreu, mas não vai ficar assim – Leila L. Almeida
Morte: o que está acontecendo? – Bryant-Mole (1997)
Não é fácil, pequeno esquilo – Ramón (2006)
O anjo da guarda do vovô – Bauer (2003)
O caderno de Roxy – Linda Z. Klein
O coração e a garrafa – Oliver Jeffers
O decreto da alegria – Alves (2004)
O dia em que a morte quase morreu – Branco (2006)
O dia em que o passarinho não cantou – Mazorra & Tinoco (2000)
O medo da sementinha – Alves (1999)
O teatro de sombras de Ofélia – Michael Ende (2005)
Os porquês do coração – Silva & Silva (1995)
Oscar e a Senhora Rosa – Éric-Emmanuel Schmitt (2002)
Para onde vamos quando desaparecemos? – Isabel Minhós Martins
Por que vovó morreu? – Madler (1996)
Quando a vovó era pequena – Raquel Matsushita
Quando os dinossauros morrem – Brown & Brown (1998)
Quando seu animal de estimação morre – Ryan (2004a)
Quando seus avós morrem – Ryan (2004b)
Sadako e os mil pássaros de papel – Eleanor Coerr (2004)
Sempre viverei com você – Maria Shriver
Tempos de vida – Mellonie & Ingpen (1997)
Vó Nana – Margaret Wild (2000)
Vovô foi viajar – Veneza (1999).

Avaliação (15 min)

- Devolutiva da atividade de abertura: leitura de reflexões escritas (mantendo o anonimato).
- Discussão: “Que habilidades eu levo comigo para a prática profissional?”
- Avaliação final da oficina (oral ou por ficha estruturada).
- Indicação de leituras complementares e filmes.

Materiais:

Projeto e acesso a trechos de vídeos
Textos literários impressos ou digitalizados
Fichas de simulação clínica
Roteiro para role playing
Quadro branco ou flipchart

OFICINA 04

TRILHA DE APRENDIZAGEM

Título: Cuidados paliativos

Público-alvo: Acadêmicos de Enfermagem

Carga horária: 4 horas

Modalidade: Presencial



OBJETIVOS:

Geral: Capacitar acadêmicos da área da saúde para a compreensão crítica e aplicação prática dos cuidados paliativos, com ênfase no conceito de dor total, na prevenção do burnout profissional e na atuação integrada da equipe multiprofissional, promovendo cuidado humanizado e ético a pacientes com doenças ameaçadoras da vida.

Específicos:

Analisar os fundamentos conceituais e éticos dos cuidados paliativos no contexto contemporâneo.

Compreender e aplicar o conceito de dor total na abordagem clínica de pacientes em sofrimento. Refletir sobre o impacto emocional e psicológico da atuação em cuidados paliativos para os profissionais de saúde.

Identificar critérios clínicos de elegibilidade para cuidados paliativos e discutir os desafios da comunicação de más notícias.

COMPETÊNCIAS:

Entendimento das fases do desenvolvimento humano frente à morte;
Comunicação empática e adaptada à maturidade emocional do paciente;
Acolhimento de sentimentos em contextos de terminalidade;
Postura profissional diante de situações emocionais difíceis.

METODOLOGIA:

A oficina será dividida em três momentos principais:

1. Base dos Cuidados Paliativos - Leitura guiada, debate crítico e linha do tempo interativa sobre a base dos cuidados paliativos;
2. O Conceito de Dor Total;
3. O Sofrimento dos Profissionais de Saúde: Burnout e Necessidade de Empatia.

1. Base dos Cuidados Paliativos - Leitura guiada, debate crítico e linha do tempo interativa sobre a base dos cuidados paliativos.

Materiais:

Texto impresso da definição da OMS (tradução oficial em português)
Trecho da obra de Pessini & Bertachini sobre princípios norteadores
Quadro branco ou cartolina grande para linha do tempo
Post-its coloridos ou cartões (um para cada aluno ou dupla)
Canetas hidrográficas
Projetor multimídia e slides com tópicos-chave

Etapas da Atividade

1. Leitura Guiada com Reflexão (20 min)

- Entrega do texto com a **definição da OMS sobre cuidados paliativos**.
- O facilitador solicita a leitura silenciosa seguida de discussão orientada com perguntas disparadoras:
 - O que diferencia cuidados paliativos de cuidados curativos?
 - Por que a OMS enfatiza a qualidade de vida?
 - Como os princípios se relacionam com o conceito de dignidade?

Referência: Who (2020), Pessini & Bertachini (2016).



2. Linha do Tempo Interativa (20 min)

- O facilitador apresenta os marcos históricos do movimento hospice e dos cuidados paliativos.
- Em duplas, os alunos recebem cartões para preencher com **eventos importantes, autores ou marcos normativos** (ex: Cicely Saunders, fundação do St. Christopher's Hospice em 1967, reconhecimento pela OMS em 1990 etc.).
- Os cartões são fixados em uma cartolina ou quadro branco, construindo uma linha do tempo coletiva.

Referência: Cicely Saunders; Ferraz Gonçalves (2018).

3. Debate Orientado: Princípios Éticos (20 min)

- A partir de frases selecionadas da obra de Pessini & Bertachini, propõe-se uma roda de conversa:
 - “O foco do cuidado paliativo não é a morte, mas a vida que resta.”
 - “A dor não é apenas física: exige um olhar integral.”
- Os estudantes são convidados a comentar, relacionando com experiências clínicas e dilemas éticos.

Referência: Pessini & Bertachini (2016).

Instrumentos de Avaliação Formativa

- Participação ativa e fundamentada nas discussões.
- Clareza na distinção entre cuidado paliativo e curativo.
- Capacidade de contextualizar os princípios com a prática clínica.

Conceituação - Cuidados Paliativos

1. Definição Segundo a OMS

“Cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.”
(World Health Organization, 2020)

Aspectos-chave:

Qualidade de vida como eixo central
Integração de múltiplas dimensões do cuidado
Valorização do paciente e de seus vínculos

2. Princípios Norteadores (Pessini & Bertachini, 2016)

Princípio	Descrição
Alívio da dor e do sofrimento	Não apenas físico, mas emocional, social e espiritual.
Afirmação da vida	O cuidado paliativo não acelera nem adia a morte.
Integração precoce	Pode ser iniciado juntamente com terapias modificadoras da doença.
Cuidado centrado na pessoa	Respeito à autonomia, valores, desejos e espiritualidade do paciente.



Apoio à família	Assistência ao grupo familiar durante e após o processo de luto.
-----------------	--

3. Filosofia do Cuidado Paliativo

Inspirada em **Cicely Saunders**, que defendia:

- “Você é importante porque é você. Você é importante até o último momento da sua vida.”
- A dor total deve ser acolhida com um cuidado que seja técnico, humano e espiritual.
- A morte deve ser tratada como parte natural da vida, não como fracasso terapêutico.

4. Distinção entre Cuidados Curativos e Paliativos

Critério	Cuidados Curativos	Cuidados Paliativos
Objetivo	Eliminar a doença ou prolongar a vida	Promover qualidade de vida e dignidade
Foco	Doença e tratamento	Pessoa e sofrimento
Tempo de início	Fase ativa da doença	Pode ser precoce e concomitante
Ênfase	Procedimentos, exames, cura	Escuta, conforto, vínculo, bem-estar
Indicadores de sucesso	Cura, controle da doença	Alívio de sintomas, satisfação do paciente, dignidade no processo de morrer

5. Aplicação em Contextos de Ensino

a) Análise de Documentos Oficiais

Distribuição da diretriz da OMS

Leitura coletiva em grupo com marcação de palavras-chave.

Apresentação em painel: “O que é essencial no cuidado paliativo/”

b) Diálogo com Bioética

Leitura de trecho de “*Bioética e Cuidados Paliativos*” (Pessini).

Debate guiado: “É possível falar em qualidade de vida quando não há possibilidade de cura?”

Materiais Complementares Sugeridos

Vídeo institucional da OMS sobre cuidados paliativos

Citação de Saunders em painel na sala

Texto breve: “*Morte sem Tabus*”, por Eliane Brum

Trecho do documentário “*A Partida*” (Netflix), com foco no sofrimento existencial.

Vídeo institucional da **Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)** sobre dor total.

2. O Conceito de Dor Total

O conceito de **dor total** foi formulado por **Cicely Saunders**, fundadora do movimento hospice, para representar a complexidade da dor vivida por pessoas em sofrimento terminal ou crônico, indo além da dimensão física. Esse conceito transformou a prática médica ao exigir uma abordagem **interdisciplinar e compassiva**.



“A dor não é só física. Ela é influenciada por fatores emocionais, sociais e espirituais, e precisa ser tratada como uma experiência humana integral.”
(Cicely Saunders, apud Pessini & Bertachini, 2016)

Componentes da Dor Total

Dimensão	Características
Física	Sintomas como dor, fadiga, náusea, dispneia, constipação.
Psicológica	Medo da morte, ansiedade, depressão, raiva, desesperança.
Social	Preocupações com família, finanças, perda de papéis sociais.
Espiritual/Existencial	Sentido da vida, culpa, perdão, crenças religiosas, medo do juízo.

Esse conceito implica que o **tratamento da dor** exige escuta ativa, vínculo, equipe integrada e respeito à história de vida do paciente.

Objetivos de Aprendizagem

Compreender os fundamentos conceituais e clínicos da dor total.
Analisar como cada dimensão da dor influencia o sofrimento do paciente.
Aplicar uma ferramenta de avaliação multidimensional da dor total em casos clínicos simulados.

Atividade Didática – “Mapeando a Dor Total”

Descrição:

Os alunos irão analisar **um caso clínico fictício**, mapear as quatro dimensões da dor total e elaborar um plano de cuidado humanizado, baseado em evidências e literatura científica.

Duração: 60 min

Grupos: 3 a 5 alunos

Materiais:

Caso clínico impresso (disponibilizado pelo professor)
Roteiro de análise com quadro das 4 dimensões da dor
Fichas de avaliação (Escala de dor, questionários breves)
Quadro branco ou flip chart para apresentação
Marcadores, canetas e adesivos

Etapas da Atividade

1. Apresentação Teórica Breve (15 min)

Exposição dialogada com slide único explicativo sobre as quatro dimensões da dor total.
Leitura de citação de Cicely Saunders.

2. Distribuição do Caso Clínico (5 min)

Exemplo: “Dona Maria, 78 anos, câncer metastático, viúva, religiosa, com filhos ausentes, relata dor intensa, tristeza e abandono...”

3. Análise e Mapeamento em Grupo (25 min)

Grupos usam o quadro das 4 dimensões para identificar sintomas e fontes de sofrimento.
Preenchimento do roteiro e discussão sobre intervenções.



4. Apresentação dos Grupos (15 min)

Cada grupo apresenta um resumo das dores identificadas e propõe uma abordagem terapêutica multidisciplinar.

5. Síntese e Conexão Clínica (5 min)

Professor finaliza destacando a importância de abordar o paciente como ser biopsicossocial e espiritual.

Instrumentos de Avaliação Formativa

Participação e argumentação nas discussões.
Clareza na identificação das dimensões da dor.
Coerência entre diagnóstico e proposta de cuidado.

Sugestões Complementares

Aplicação de um trecho do documentário “A Partida” para ilustrar sofrimento existencial.
Reflexão escrita individual: “Como minha prática clínica pode considerar a dor total?”

Caso Clínico Fictício – Dona Maria, 78 anos

Identificação

Nome: Maria das Dores Silva

Idade: 78 anos

Estado civil: Viúva há 12 anos

Religião: Católica praticante

Residência: Vive sozinha em uma casa simples, em zona urbana periférica

Filhos: Três filhos adultos, dois moram em outros estados e um vive na mesma cidade, mas raramente a visita

Histórico Clínico

Dona Maria foi diagnosticada com adenocarcinoma de cólon há 5 anos, com metástase hepática e pulmonar diagnosticada há 1 ano. Realizou duas linhas de quimioterapia, atualmente em cuidados paliativos exclusivos, com prescrição de opioides e cuidados domiciliares supervisionados por equipe básica de saúde.

Apresenta:

Dor abdominal intensa (escala verbal: 8/10), piora à noite;

Perda ponderal significativa nos últimos 4 meses;

Episódios de náuseas, constipação e fraqueza progressiva;

Mobilidade reduzida (deambula com ajuda).

Aspectos Psicológicos

Relata tristeza constante, “vontade de desistir”, choro frequente

Dificuldade para dormir

Sente-se desvalorizada como mãe e como mulher

Teme “ser um peso” para o filho e vizinhos



Demonstra sinais compatíveis com depressão reativa ao luto antecipatório

Aspectos Sociais

Apoio intermitente de uma vizinha que ajuda com alimentação e remédios
Recebe visita esporádica de um neto adolescente
Filhos distantes justificam ausência por “trabalho e rotina”
Sente-se socialmente invisível, desamparada pelo sistema e pela família
Dificuldade financeira: aposentadoria mínima, sem cuidador formal

Aspectos Espirituais

Frequenta missas quando está melhor; atualmente não consegue ir à igreja
Pede para receber visitas do padre, mas não há disponibilidade frequente
Expressa dúvidas quanto ao propósito do sofrimento: “Será que Deus me esqueceu?”
Tem medo do julgamento divino por conflitos familiares antigos
Encontra certo conforto em orações, mas se sente “abandonada por todos, até por Deus”

Síntese para Análise em Sala

O caso de Dona Maria permite que os estudantes avaliem a complexidade da dor total, articulando:

Intervenções clínicas (médicas, farmacológicas e nutricionais)
Suporte psicológico e social (vínculos, comunicação, rede de apoio)
Cuidados espirituais e existenciais (acolhimento, escuta, sentido de vida)

Sugestão de Roteiro para Análise em Grupo

1. Identifique os elementos de dor física, emocional, social e espiritual.
2. Relacione possíveis intervenções da equipe multiprofissional.
3. Sugira estratégias práticas e realistas dentro da lógica dos cuidados paliativos.
4. Elabore um microplano de cuidado humanizado (em até 5 linhas).

Possíveis Discussões Disparadoras

- Como responder a um paciente que diz: “Acho que Deus me esqueceu”?
- Como promover cuidado integral quando a equipe de saúde é reduzida?
- Qual o limite entre empatia e sofrimento vicariante?
- Como lidar com o abandono familiar em um contexto de finitude?

3. O Sofrimento dos Profissionais de Saúde: Burnout e Necessidade de Empatia

Objetivo de Aprendizagem

Promover a consciência crítica e emocional dos acadêmicos sobre o impacto psicológico do cuidado intensivo, reconhecendo sinais de burnout, compreendendo o sofrimento vicariante e desenvolvendo estratégias de empatia protegida e autocuidado profissional, no contexto dos cuidados paliativos.

CONCEITUAÇÃO:



“O sofrimento dos cuidadores deve ser cuidado, reconhecido e acolhido como parte do processo assistencial. Ninguém cuida de verdade quando está exaurido.”
(Pessini & Bertachini, 2016)

O burnout é caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho (Maslach & Jackson, 1981).

Profissionais de saúde em cuidados paliativos enfrentam altos níveis de exposição ao sofrimento alheio, o que pode gerar **sofrimento empático crônico** e **fadiga por compaixão** (Figley, 1995). A **empatia protegida**, conforme Norbert Elias e Remen(1996), é aquela que acolhe sem absorver, que se sensibiliza sem colapsar emocionalmente.

Estratégias como supervisão clínica, escuta entre pares, espiritualidade e autocuidado são essenciais para sustentabilidade da prática.

Duração: 60 minutos, divididos em 15 min: exposição teórica breve; 25 min: roda de escuta e reflexão; 20 min: dinâmica + fechamento

Materiais:

Questionário reduzido de burnout (adaptado da Maslach Burnout Inventory – MBI);

Texto breve de leitura: “Fadiga por compaixão e limites da empatia”;

Fichas para escrita anônima;

Sala com espaço circular e ambiente acolhedor;

Caixa de som e playlist instrumental suave;

Slides com conceitos-chave e citações motivacionais.

Etapas da Atividade

1. Introdução Teórica e Sensibilização (15 min)

Apresentação dos três eixos do burnout (exaustão, despersonalização, baixa realização pessoal).

Conceito de **empatia protegida** e **sofrimento vicariante**.

Projeção de citação inspiradora de Rachel Remen:

“O dom de escutar é a forma mais generosa de presença humana.”

2. Roda de Escuta: "Como estou cuidando de mim?" (25 min)

Em círculo, cada participante recebe uma ficha com a pergunta:

“O que mais me pesa no cuidado?”

Escrita individual (5 min), seguida de **compartilhamento voluntário**.

Professor atua como facilitador, sem intervir com julgamentos.

As falas são escutadas com silêncio, respeito e empatia.

3. Dinâmica: “Empatia com Limites” (15 min)

Metáfora da jarra e da esponja:

A jarra representa o cuidado empático que flui sem se contaminar.

A esponja representa o profissional que absorve o sofrimento alheio e se sobrecarrega.

Alunos refletem: “Sou mais jarra ou mais esponja?”

Debate final sobre estratégias de autocuidado: espiritualidade, pausas programadas, grupo de escuta entre pares, supervisão psicológica.



4. Síntese e Fechamento (5 min)

Registro coletivo em quadro branco:

“Uma ação prática de autocuidado que posso começar esta semana”

Encerramento com música suave e leitura de mensagem de esperança.

Sugestões Audiovisuais

Trecho do documentário *“Em Terapia – Sessão de Psicólogos em Luto Profissional”*

Vídeo da **Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**: *“Quem cuida de quem cuida?”*

OFICINA V

TRILHA DE APRENDIZAGEM

Título: Luto

Público-alvo: Acadêmicos de Enfermagem

Carga horária: 4 horas

Modalidade: Presencial

OBJETIVOS:

Geral: Proporcionar aos acadêmicos da área da saúde um espaço de formação e reflexão crítica sobre o processo do luto, compreendendo suas dimensões (psicológica, relacional, espiritual e profissional), com enfoque especial no luto antecipatório e na atuação ética e compassiva dos profissionais de saúde diante da finitude e da morte.

Específicos:

Compreender os fundamentos teóricos do luto e suas expressões clínicas e relacionais.

Diferenciar os tipos de luto (antecipatório, por morte, silencioso) e suas manifestações.

Analisar os impactos do luto antecipatório na família e no profissional de saúde.

Refletir sobre as estratégias de acolhimento, escuta e cuidado nos contextos de perda.

Desenvolver ferramentas sensíveis de atuação profissional diante da dor do outro.

CONCEITUAÇÃO:

O luto é um processo natural e necessário, mas que pode se tornar patológico quando não acolhido ou reconhecido.

O luto antecipatório acontece antes da perda concreta, tanto para o paciente quanto para familiares e cuidadores.

Profissionais de saúde vivem duplamente expostos ao luto: o alheio (do paciente) e o pessoal (sua própria impotência, perdas simbólicas, esgotamento).

Cuidar do enlutado requer presença, escuta, respeito ao tempo do outro e linguagem não impositiva.

“O luto não é uma doença a ser curada, mas uma ferida a ser cuidada com presença e paciência.”
(Worden, 1997; Kübler-Ross, 1969; Corr, 2019)

Luto antecipatório: O luto antecipatório acontece antes da perda concreta, tanto para o paciente quanto para familiares e cuidadores.

Após a morte de um colega ou paciente, pode-se contar com reações de luto por parte dos demais funcionários, sobretudo nos primeiros dias, quando se constata a ausência e as



mudanças dela decorrentes. A experiência recomenda que haja um tempo para o acolhimento dos colegas ou amigos mais próximos antes de se retomarem as atividades cotidianas. A morte de um colega de trabalho não é um fato cotidiano, e isso precisa ficar claro nas decisões que se seguem a ela, a respeito de quem substituirá o falecido, quem ocupará seu local de trabalho (mesa, computador, armário, área, identidade etc) e a quem caberá a condução das suas responsabilidades, numa tentativa de volta ao normal.

Flux, Hassett e Callanan (2020) pesquisaram como os empregados veem o suporte no ambiente de trabalho após a morte de um colega, ressaltando que o mais importante é encontrar reconhecimento pelo luto e não a negação da realidade da morte.

A mudança do espaço físico para integrar a falta do colaborador ao funcionamento da empresa é exemplar para os demais quanto ao que será feito após uma morte. Serão esquecidos rapidamente? Haverá alguma cerimônia em sua memória? Seu luto será validado? A realização de um ritual pode abrir espaço para o compartilhamento de memórias que facilitem a retomada dos trabalhos. Esse ritual deve ser elaborado não como uma tarefa a ser executada por força do costume, mas com significados (Norton e Gino, 2014).

O que não deve ocorrer no enfrentamento do luto no ambiente de trabalho é, sobretudo, sua negação, seu não reconhecimento. A falta de memorialização e registro da existência daquele trabalhador, independentemente de seu cargo e sua posição hierárquica, representa o risco de uma ausência permanente e não simbolizada, com consequências para a saúde mental dos colegas mais próximos. Tornando-se um luto não reconhecido, sequencialmente passa a se colocar entre os fatores de risco para um luto complicado, com desdobramentos no cotidiano. laboral, como absenteísmo, por exemplo.

Há possibilidades de memorialização que devem ser buscadas ou construídas para que se registre a passagem daquela pessoa na história da instituição. Elaborar e celebrar rituais é uma ação terapêutica importante, desde que se respeitem os valores da cultura local, seja ela uma indústria, um ambiente escolar, uma organização sem fins lucrativos, entre outras.

Mesmo no ambiente da universidade, quando ocorre morte de alunos, professores, funcionários, abrir esse espaço de atenção diz muito da postura daquela instituição de ensino. A oferta de ações terapêuticas para o luto no ambiente de trabalho pode contar com a participação de

colaboradores, quando o especialista em luto atua como consultor. A cultura própria da instituição valoriza esta ou aquela pessoa por sua personalidade, pelo registro que deixa na cultura local. Aquele que causa admiração pela sua experiência, pelo trato com os demais recebe uma atenção que focaliza essas características. Por outro lado, alguém que deixa na memória uma figura ambígua deve ser lembrado com rituais mais sutis.

Há possibilidades de memorialização que devem ser buscadas ou construídas para que se registre a passagem daquela pessoa na história da instituição. Elaborar e celebrar rituais é uma ação terapêutica importante, desde que se respeitem os valores da cultura local, seja ela uma indústria, um ambiente escolar, uma organização sem fins lucrativos, entre outras.

Materiais:

Impressos com os modelos de tarefas do luto (Worden)
Caso clínico fictício (luto antecipatório e luto por morte)
Fichas para roda de sentimentos
Música instrumental leve e ambiente com disposição em roda



Citação impressa de apoio (para fechamento simbólico)

METODOLOGIA:

A oficina será dividida em três momentos principais:

1. Luto e finitude;
2. Luto por morte;
3. Luto antecipatório.

“Cartas de Luto e Luto Antecipatório”

Objetivo: Refletir sobre as emoções envolvidas na perda e nas despedidas simbólicas, tanto pela perspectiva da família quanto do profissional de saúde.

Etapas:

1. Exposição teórica breve (15 min): Apresentação dos modelos de luto (Worden e Kübler-Ross) com exemplos.
2. Leitura de caso clínico duplo (10 min):
Caso 1: Filho cuida da mãe com Alzheimer avançado (luto antecipatório).
Caso 2: Profissional que acompanha paciente paliativo que falece após meses de vínculo.
3. Atividade individual escrita (20 min):
Redigir uma carta (anônima) como se fosse o filho ou o profissional.
Início sugerido: *“Hoje, eu percebo que estou perdendo você aos poucos...”*
4. Roda de partilhas (opcional) (15–20 min): Leitura voluntária de trechos das cartas.
5. Fechamento simbólico (10 min): Entrega de uma citação em papel dobrado:
“O amor não morre. Ele apenas muda de forma.”

1. LUTO E FINITUDE

Objetivo de Aprendizagem: Refletir criticamente sobre a experiência do luto e da finitude como processos humanos universais, compreendendo seus impactos emocionais, espirituais e profissionais, e integrando conceitos teóricos à vivência clínica.

1 – “Linha da Vida e da Morte”

Descrição: Os alunos são convidados a traçar uma linha horizontal em uma folha, representando sua trajetória de vida e relacionando-a a perdas significativas (pessoais ou simbólicas). Ao final, conectam as vivências com a sua formação profissional.

Materiais:

Papel A4;
Canetas coloridas;
Ambiente reservado e respeitoso;
Música instrumental suave

Etapas:

Momento individual (15 min): cada participante desenha uma linha da vida, marcando eventos de perda, despedida, ruptura ou morte (de pessoas, sonhos, ciclos).
Momento de escuta em duplas (15 min): partilha da linha da vida com um colega de confiança.



Debriefing coletivo (15 min): como essas experiências influenciam minha maneira de cuidar?

Avaliação Formativa:

- Participação sensível
- Capacidade de autorreflexão
- Respeito à escuta alheia

2 – “As Fases ou As Tarefas?”

Descrição:

Dinâmica comparativa entre os dois modelos clássicos de luto (Kübler-Ross e Worden), com aplicação prática em casos reais e discussão crítica sobre reducionismos na abordagem do luto.

Materiais:

Quadro comparativo impresso com os dois modelos
Estudo de caso simples (ex: idoso que perdeu o cônjuge recentemente)
Cartões com frases fictícias de pacientes enlutados

Etapas:

Exposição breve (10 min): apresentação dos dois modelos de forma esquemática.

Análise em grupo (20 min): os grupos recebem cartões com frases (“Eu ainda falo com ele toda noite”, “Sinto raiva do hospital”, “Estou fingindo que nada aconteceu”) e associam cada frase a uma fase ou tarefa.

Discussão guiada (15 min): qual modelo é mais aplicável na clínica? Eles se complementam?

Dica:

Estimular o pensamento crítico: *“O luto não é linear. Modelos ajudam, mas não substituem a escuta.”*

3 – “Círculo do Significado”

Descrição:

Roda de diálogo orientada pela pergunta: *“Como posso transformar a dor em aprendizado?”*, promovendo reconstrução de sentido (Niemeyer) e ressignificação profissional.

Etapas:

Leitura de um excerto inspirador (ex: trecho de Viktor Frankl ou texto de apoio).
Rodada de falas voluntárias sobre perdas vividas como profissionais da saúde.
Registro coletivo das palavras associadas ao luto e à finitude: amor, medo, memória, legado, vínculo, silêncio, etc.

Materiais:

Quadro branco ou cartolina



Marcadores coloridos

Círculo simbólico (velas, flores secas, objetos afetivos, se desejado)

Avaliação Formativa:

- Envolvimento afetivo respeitoso
- Clareza na articulação entre experiência e sentido
- Postura de escuta ativa

2. LUTO POR MORTE

Atividade 1 – Memorial das Ausências

Objetivo Geral: Proporcionar aos participantes uma vivência simbólica de memorialização e ritualização, reconhecendo a importância da memória afetiva e da continuidade dos vínculos no processo de luto por morte.

Objetivos Específicos:

Reconhecer o papel dos rituais simbólicos na elaboração do luto.

Valorizar as manifestações não verbais do afeto e da saudade.

Integrar o legado de quem partiu como parte da identidade de quem permanece.

Fundamentação Teórica:

A atividade se baseia na teoria dos vínculos contínuos de Klass, Silverman e Nickman (1996), que propõem que o luto saudável não exige o rompimento com a pessoa falecida, mas sim uma ressignificação da presença simbólica. Também incorpora os princípios da presença simbólica de Pauline Boss, que destaca o papel da memória afetiva e do espaço simbólico na integração da perda.

Materiais:

Papéis coloridos em formato de folhas, corações ou círculos;

Canetas hidrográficas de diversas cores;

Galhos secos (em vaso) ou mural de tecido/papel para fixação;

Fita dupla face ou prendedores;

Música instrumental suave.

METODOLOGIA:

O facilitador introduz brevemente o tema da memória e da presença simbólica.

Cada participante recebe um papel colorido e é convidado a escrever:

Um nome (real ou simbólico) representando uma perda significativa;

Uma palavra-chave que represente o que essa pessoa deixou de legado

Um símbolo, desenho ou imagem que represente essa presença.

1. Os papéis são fixados em um espaço comum, formando um “Jardim da Memória”.
2. Ao final, o grupo observa em silêncio ou com música, simbolizando o respeito às ausências e a eternidade dos vínculos.

Possibilidades de mediação:



O facilitador pode ler alguns papéis (com autorização) como forma de validar o afeto compartilhado. Pode-se finalizar com uma frase de Viktor Frankl, como: “O que dá sentido à vida, dá sentido à perda.” (*Viktor Frankl*)

3 - LUTO ANTECIPATÓRIO

“Cadeiras Vazias”

Objetivo: Promover uma vivência simbólica do luto antecipatório por meio da representação do espaço afetivo deixado por quem está partindo, gerando reflexão sobre ausência progressiva, despedidas invisíveis e a convivência com o "quase adeus".

METODOLOGIA:

Descrição Geral:

Os participantes formam um círculo com cadeiras. Algumas delas são deixadas vazias intencionalmente, como representações simbólicas da perda que já começou antes da morte. A dinâmica é silenciosa e guiada por uma narrativa reflexiva. O grupo interage com o espaço, reconhecendo que o luto antecipatório é também sobre presenças que já não são plenas.

Materiais:

Cadeiras (uma por participante + algumas vazias)
Etiquetas ou pequenos objetos sobre as cadeiras vazias (ex: flor seca, lenço, moldura, nome simbólico)
Música instrumental suave (opcional)
Ambiente silencioso e com luz indireta, se possível

Etapas da Atividade

1. Preparação do Espaço

Organize todas as cadeiras em círculo. Deixe 3 ou 4 vazias entre elas.
Sobre as cadeiras vazias, posicione símbolos: uma flor seca, um lenço dobrado, uma frase impressa ou um nome genérico (“Mãe”, “Sr. Augusto”, “Ela”).

2. Introdução Guiada

O facilitador convida:

“Hoje vamos refletir sobre aquilo que está se esvaziando. Sobre presenças que continuam, mas não da mesma forma. Sobre dores que já moram conosco antes que o adeus chegue por completo.”

3. Silêncio Significativo

Todos se sentam no círculo.

O facilitador convida à observação:

“Olhe para as cadeiras vazias. Há alguém nelas, mesmo que você não veja?”

Mantenha o grupo em silêncio por 5 minutos. Música suave pode acompanhar.



4. Caminhada Lenta

Convida-se o grupo a andar lentamente ao redor das cadeiras, em fila, refletindo sobre as ausências e suas memórias.

Ao final, voltam para seus lugares.

5. Roda de Compartilhamento

Sugestões de perguntas:

“O que você sentiu ao ver as cadeiras vazias?”

“Qual cadeira vazia você carrega hoje no coração?”

“Como isso se conecta ao seu trabalho como profissional da saúde?”

Oficina VI

TRILHA DE APRENDIZAGEM

Título: *Finitude da Vida: Criando um Espaço Afetivo*

Público-alvo: Acadêmicos de Enfermagem

Carga horária: 2 horas

Modalidade: Presencial

OBJETIVOS:

Geral: Criar um espaço afetivo de aprendizado e reflexão para que acadêmicos da área da saúde compreendam seus sentimentos diante da morte, desenvolvam escuta compassiva e reconheçam os próprios limites no cuidado de pacientes em terminalidade.

Específicos:

Identificar os sentimentos que emergem no contato com a morte e com o processo de morrer;

Aplicar estratégias de escuta, presença e cuidado compassivo sem sofrimento vicário;

Compreender a diferença entre fadiga por compaixão e burnout;

Elaborar estratégias de autocuidado profissional e emocional.

Materiais:

Impressos para o Mapa Emocional

Impressos da Escala Pessoal de Energia

Cadeiras em roda ou duplas para exercícios de escuta

Cartões de sentimentos (projetivos ou com frases inspiradoras)

Músicas suaves para ambientação

Equipamentos multimídia (projektor, caixa de som, slides)

Estratégia: **Corpo & Cor – Emocionar-se é Humano**

Objetivo: Permitir que os participantes revisitem os conceitos de emoções básicas e complexas e expressem, de forma sensível e prática, onde e como sentem essas emoções diante da morte, utilizando linguagem corporal, cores e metáforas visuais.



Etapas da Atividade 1.

1.1 Ativação da memória conceitual (10 min)

Dinâmica interativa com perguntas projetadas ou oralizadas:

- “Quais emoções costumam surgir diante da morte?”
- “Você se lembra da diferença entre sentimento e emoção?”
- “O que significa sentir medo, raiva ou alívio diante da perda?”

Sugestão: Use um **slide com imagens de expressões faciais** (tristeza, raiva, medo, aceitação, alívio) e peça que os participantes associem a emoções ligadas ao luto.

1.2 Criação do Mapa Emocional com Cores (20 min)

Materiais:

Silhuetas do corpo humano (A4 ou A3)

Lápis de cor ou canetinhas

Legenda com cores (ex: azul = tristeza, vermelho = raiva, amarelo = medo, verde = alívio etc.)

Instrução verbal:

“Agora, pense em uma situação de perda ou luto que você já vivenciou ou acompanhou. Onde no corpo você sente essa emoção? Use as cores para representar as emoções sentidas e onde elas ‘moram’ no seu corpo.”

O resultado será um retrato emocional corporal, único e simbólico.

1.3 Escrita criativa: “Se meu corpo falasse...” (10 min)

Peça para que escrevam uma frase curta como:

“Se meu corpo falasse agora, ele diria que sente...”

ou

“Minha dor tem cor de...”

ou

“O luto mora no meu...”

Essa etapa ajuda a nomear e legitimar os sentimentos vivenciados.

Fechamento da atividade (5 min)

Monte uma **exposição instantânea** (em mural ou em tela compartilhada online), e conduza um momento de observação silenciosa dos mapas.

Finalize com a pergunta:

“O que você aprendeu sobre si mesmo com essa atividade?”

Etapas da Atividade 2.

2.1 Roda Conceitual: Compaixão x Sofrimento Vicário (15 min)

Objetivo: Diferenciar a compaixão genuína do desgaste empático que leva ao sofrimento vicário.

Método:

Projete as duas definições em slide ou papel.

Use exemplos reais (sem identificação) para ilustrar a diferença:

Compaixão: “Estou com você.”

Sufrimento vicário: “Sinto tudo o que você sente.”



Promova debate:

“Como posso ser empático sem me consumir?”

Frases que Representam a Compaixão

Essas frases revelam presença, empatia equilibrada e cuidado genuíno:

“Eu estou com você, mas não sou você.”

“Sinto sua dor sem carregar o seu fardo.”

“Permito-me estar presente, sem me afundar.”

“Você não está só, e eu posso ser apoio.”

“Ofereço meu silêncio como espaço de escuta.”

“Minha presença é meu cuidado.”

“Não quero resolver, quero acolher.”

“Eu não te salvo, mas caminho ao seu lado.”

“Estou aqui para te ouvir, com o coração atento.”

“Meu toque é leve, mas minha presença é inteira.”

Frases que representam o Sofrimento Vicário

Essas frases indicam envolvimento excessivo, fusão emocional e desgaste psíquico:

“O que você sente me destrói por dentro.”

“Sinto como se eu estivesse morrendo junto.”

“Sua dor virou minha dor, e eu não consigo mais separar.”

“Fico arrasado por dentro cada vez que escuto um caso desses.”

“Não durmo pensando no que você está passando.”

“Tudo o que você sente me paralisa.”

“Estou emocionalmente exausto por estar ao seu lado.”

“Sinto culpa por não conseguir fazer mais por você.”

“É como se eu estivesse vivendo a sua dor no meu corpo.”

“Seu sofrimento é tão grande que me anula.”

2.2 Dinâmica: A Cadeira da Escuta Compassiva (25 min)

Objetivo: Praticar escuta ativa, sem interrupções ou julgamentos.

Método:

Organize duplas:

um fala por 5 minutos, o outro apenas escuta com atenção plena.

Roteiro do falante: “Fale sobre uma situação em que você acompanhou alguém em sofrimento.”

O ouvinte deve manter:

Postura receptiva;

Contato visual suave;

Ausência de distrações.

Troca de papéis após 5 minutos.

Fechamento em grupo:

“O que foi mais difícil: falar ou apenas escutar?”



2.3 Microgestos de Cuidado: Mãos que falam (15 min)

Objetivo: Reconhecer o poder da comunicação não verbal no alívio da dor.

Método:

Assista a uma breve cena silenciosa de cuidado (pode ser um clipe de filme ou dramatização curta).

Peça aos participantes que identifiquem os gestos que transmitem acolhimento:

Tocar o ombro;
Ajustar o lençol;
Sentar-se ao lado.

Faça um inventário coletivo no quadro:

“Quais pequenos gestos aliviam a dor sem precisar de palavras?”

Gestos de Acolhimento com as Mãos

Estes microgestos comunicam segurança, empatia e proximidade sem precisar de palavras:

1. Toque afetuoso e respeitoso

Tocar levemente o ombro da pessoa
Segurar a mão com firmeza suave
Encostar a mão no braço enquanto escuta
Colocar a mão no peito ao se identificar com o sentimento do outro
Alisar suavemente o lençol ou o travesseiro da pessoa em cuidado

2. Presença com o corpo e o olhar

Abrir as mãos em gesto de escuta receptiva
Sentar-se na altura do olhar da pessoa (não ficar em pé)
Inclinar o corpo levemente para frente durante a escuta
Manter o olhar presente, sem pressa ou distração
Balançar a cabeça em sinal de atenção ou consentimento

3. Expressões de contenção e estabilidade

Oferecer apoio físico ao levantar ou caminhar
Organizar objetos ao redor de forma gentil (ajustar cadeira, aproximar coberta)
Cobrir a mão da pessoa com as duas mãos
Apoiar o cotovelo ou ombro com firmeza acolhedora
Entregar um lençol sem palavras, com contato visual compassivo

4. Gestos simbólicos e rituais de cuidado

Trazer um copo de água com delicadeza
Ajudar a vestir ou cobrir a pessoa com cuidado
Tocar o próprio coração como sinal de empatia
Fazer um gesto de bênção ou oração respeitosa (caso apropriado)

5. Vídeo-Reflexão e Discussão em Grupo (20 min)



Objetivo: Refletir sobre atitudes de cuidado, escuta e presença.

Método: Vídeo curto (3 a 5 minutos) com cenas de escuta e cuidado em ambiente de sofrimento (ex: hospital, lar de idosos, atendimento domiciliar).

Sugeridos:

Trecho do documentário *Human* (Yann Arthus-Bertrand)

Cena do filme *Patch Adams*

Roda de conversa guiada:

“O que mais te tocou?”

“Que atitudes mostraram compaixão real?”

“Você se viu em alguma situação parecida?”

Sugestões de Fechamento:

Compartilhar em duplas: “Que técnica você levaria para sua prática diária?”

Registrar em papel ou mural coletivo:

“Um microgesto que transforma o cuidado...”