

AMBULATÓRIO DIDÁTICO DE CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA AUXILIADORA CRAICE DE BENEDETTO - Médica de Família e Coordenadora do Departamento de Humanidades da SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família)

THAIS RAQUEL SILVA PAVÃO PINHEIRO - Diretora de Divulgação e Relações Públicas da SOBRAMFA

MARCELO ROZENFELD LEVITES - Diretor de Publicações da SOBRAMFA

PABLO GONZÁLEZ BLASCO - Médico de Família e Diretor Científico da SOBRAMFA

1 – INTRODUÇÃO

LIDANDO COM O SOFRIMENTO E A MORTE: OS CUIDADOS PALIATIVOS.

O sofrimento e a morte são ocorrências naturais da vida humana com as quais todo médico se depara com frequência em sua atividade prática. Paradoxalmente, dentro do modelo predominante de ensino e prática da Medicina não se dedica a devida atenção a tais temas (1).

Muitas vezes a morte é vista como uma derrota, um fenômeno que atrapalha o exercício e o êxito profissional. Não é incomum o médico não contar com a morte como uma possibilidade real a ser administrada. De acordo com essa visão, a morte é apenas uma circunstância infeliz que surge e impede a “brilhante” atuação médica. Temos observado alguns médicos dotados de grande conhecimento científico e capazes de utilizar alta tecnologia, mas que, explícita ou implicitamente, parecem abandonar os pacientes incuráveis, perante os quais os conhecimentos técnicos não funcionam. São médicos de “carros zero Km”, corredores de prova a quem, no entanto, falta fôlego para administrar situações prolongadas, incômodas, insólúveis do ponto de vista estritamente técnico (1).

Temos observado que a idéia de que não há nada a fazer para os pacientes terminais está de alguma forma arraigada em alguns médicos e estudantes de Medicina. No entanto, acreditamos que a experiência clínica com tais pacientes é essencial em educação médica uma vez que tais situações são inevitáveis na prática diária.

A Medicina Paliativa se encarrega do manejo de pacientes com doenças em que a cura não é mais possível e a morte é esperada dentro de um intervalo de tempo limitado. O foco está no controle dos sintomas e na melhora da qualidade de vida do paciente, o que requer, certamente, um

cuidado contínuo. O objetivo complexo de aliviar o sofrimento não pode ser unidimensional e sim incluir os quatro aspectos básicos do ser humano: físico (o qual envolve, por exemplo, o manejo de dor, dispnéia, tosse, constipação, delirium), emocional (ansiedade, depressão), social (negócios inacabados, problemas financeiros, filhos, questões culturais) e espiritual (culpa, medo da morte, baixa auto-estima). (1,2) Uma assistência assim ampla requer a atuação de equipes multidisciplinares, as quais estão presentes na maioria dos serviços de Cuidados Paliativos (3). A evidência mostra que a falta de treinamento em Cuidados Paliativos pode ser negativa para médicos e pacientes. Educadores concordam sobre a necessidade de se ensinar Cuidados Paliativos na graduação e em programas de residência e, por isso, a disciplina tem sido introduzida no currículo de muitas escolas médicas (4).

UM POUCO DE HISTÓRIA

Até um passado nem tão remoto assim, muitas vezes, os médicos não tinham recursos para fazer nada além de palição e controle de sintomas. A Medicina Paliativa pode, portanto, ser considerada uma prática bem antiga (5). Paliar é uma palavra que se origina do latim Palliare e que significa tapar, encobrir, diminuir a dificuldade de um processo.

Entretanto, o ideal de cuidar de pessoas e a tentativa de aliviar o sofrimento dos doentes, muitas vezes, acabam se transformando em ciência. Essa idéia está ilustrada em um relato de Ambroise Paré, um aprendiz de cirurgião-barbeiro da cidade de Laval, interior da França: “No ano do Senhor de 1536, Francisco, Rei de França, mandou um poderoso exército para os Alpes. Eu era, no exército real, o cirurgião do Senhor de Montejan, general de infantaria. Os inimigos tinham tomado os desfiladeiros de Suza, o castelo de Villane e todos os demais caminhos, de modo que o exército do rei não era capaz de expulsá-los de suas

fortificações senão pela luta. Houve neste embate, de ambos os lados, muitos soldados com ferimentos produzidos pelas armas mais diversas, sobretudo por armas de fogo. Na verdade, naquela ocasião, eu não estava muito versado em questões de cirurgia e nem estava acostumado a tratar ferimentos dessa natureza. Havia lido que os ferimentos por arma de fogo eram envenenados e que, portanto, para seu tratamento, era necessário queimá-los ou cauterizá-los com óleo fervente misturado com um pouco de teriaga. Mas ainda que não desse crédito ao remédio, quis, antes de experimentar algo novo e correr qualquer risco, ver se os outros cirurgiões que estavam comigo na tropa usavam outro tipo de curativo. Observei e verifiquei que todos usavam o curativo prescrito. Aconteceu que, certa vez, devido à multidão de feridos, faltou óleo. Então, para que alguns não ficassem sem tratamento, fui forçado, porque podia parecer que não queria fazer nada, a aplicar uma mistura feita com outros materiais disponíveis – gema de ovos, óleo de rosas e terebentina. Durante aquela noite não pude dormir porque estava com o espírito conturbado. Julgava que o curativo realizado era impróprio, e essa idéia perturbava os meus pensamentos. Temia que no dia seguinte fosse encontrar os feridos mortos ou a ponto de morrer, pois o veneno da ferida não havia sido tratado como habitualmente. Levantei cedo e, sem grandes expectativas, examinei os pacientes. Foi grande a minha surpresa ao notar que aqueles tratados sem óleo fervente estavam bem, porque livres da violência de dor. Suas feridas não estavam inflamadas nem tumefeitas. Entretanto, os outros, queimados pelo óleo fervente, estavam febris, atormentados com muitas dores e com as partes que cercavam as feridas tumefeitas e inflamadas. Depois de ter experimentado isto muitas vezes em diversos outros feridos e refletido muito a respeito, passei a considerar que nem eu nem ninguém deveríamos cauterizar com óleo fervente os ferimentos por arma de fogo” (6).

No início do século XX, William Osler, um médico célebre em sua época, foi o primeiro cientista a escrever sobre Cuidados Paliativos. Os pacientes e médicos associavam as etapas terminais das enfermidades com um grande sofrimento, o que Osler tentou modificar. Osler foi um grande mestre. Era incontestavelmente o mais sábio de sua época, o mais arguto clínico; sua habilidade em diagnosticar era legendaria. Sua biografia escrita por Reid foi intitulada “O Grande Médico”. Fato curioso é que, numa época em que não havia recursos terapêuticos eficazes como hoje, Osler chegou a adquirir a fama de milagreiro. Parece que seu segredo era centrar-se nas pessoas e não em suas doenças. Ele entendia o sofrimento humano e o respeitava.

Compreendia o mecanismo e as conseqüências das doenças em uma dimensão além da biomecânica, pois era capaz de penetrar no espírito dos seres humanos e partilhar suas aflições. Era portador de um otimismo genuíno e de grande compaixão. Mostrava-se sempre bem-humorado com os pacientes e lhes transmitia grande segurança. Seu elo pessoal com os doentes tangia o sagrado. Osler como que os abençoava e eles melhoravam. Ele mesmo usava poucas drogas e foi descrito como um niilista no que diz respeito à terapêutica. Podia não acreditar muito nos medicamentos de então, mas era um crente no gênero humano. Foi um exemplo do genuíno médico de cabeceira (7).

Os conceitos atuais da Medicina Paliativa surgiram por volta de 1960 com Cecily Saunders, que ouvia os pacientes e, com eles, aprendeu suas reais necessidades. Dessa forma decidiu que dedicaria sua vida a cuidar de pacientes terminais. Baseada em sua própria experiência criou o movimento moderno de Hospice e Cuidados Paliativos. Foi a Dra Saunders quem fundou o primeiro hospital destinado ao tratamento de pacientes terminais em Londres – o Saint Christopher’s Hospice. Enfatizava a excelência no tratamento dos sintomas e a abordagem da pessoa em sua totalidade, incluindo seus aspectos físicos, emocionais e espirituais. Também advogou a necessidade de pesquisa nesta nova área da Medicina. A seguinte citação mostra como Saunders referia-se ao assunto: “Você é importante porque você é único. Você será importante para nós até o último dia da sua vida, e nós faremos tudo o que pudermos, não apenas para que você morra em paz, mas para que você ‘viva’ até o momento da sua morte” (8).

O conceito de Cuidados Paliativos espalhou-se e hoje existem, em diversos países, serviços de Cuidados Paliativos que se estruturaram de acordo com os princípios criados por Saunders, além, é claro, de apresentarem algumas características próprias.

Em 1968, a Dra Elizabeth Kübler-Ross, uma psiquiatra que trabalhava com pacientes terminais nos Estados Unidos, publicou *On Death and Dying*. Neste livro, pela primeira vez, foi descrita a crise psicológica do paciente terminal em todas as fases, tornando-se literatura essencial aos que lidam com a terminalidade. Dra Kübler-Ross foi a primeira a colocar as necessidades do paciente cuja morte está próxima, a discutir a autonomia dos pacientes, a idéia de morrer com dignidade e os benefícios de morrer em casa ao invés de em uma instituição (9).

MEDICINA DE FAMÍLIA E CUIDADOS PALIATIVOS

Em nosso país, os Cuidados Paliativos repre-

sentam uma “especialidade” emergente praticada por clínicos, alguns oncologistas e médicos de família. Em países como Estados Unidos, Espanha e Canadá, o médico de família é quem pratica Cuidados Paliativos. A razão da escolha do médico de família para realizar este tipo de atendimento fica clara com o entendimento dos princípios desta especialidade. A Medicina de Família têm como apoio e como campo de ação os seguintes pontos: Atenção Primária, Educação Médica, Humanismo e Formação de Lideranças; é uma especialidade, portanto, centrada no indivíduo. O médico de família é um especialista em pessoas (10). Irigoyen explica que a incorporação do médico de família aos Cuidados Paliativos deve-se ao fato de ambas as especialidades possuírem como elementos fundamentais a continuidade no cuidado médico, a prevenção e o estudo da família. (11)

A filosofia da Medicina de Família entende que a atuação dos profissionais deve ter como objetivo melhorar o nível de saúde e bem estar das pessoas. Na visão da Medicina de Família a relação entre o médico e o paciente não termina com o aparecimento de uma enfermidade incurável e mortal, nem mesmo com a morte do paciente, pois a relação com a família é mantida após este evento (1).

2. AMBULATÓRIO DIDÁTICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Levando-se em conta todas essas questões e a necessidade de formar seus residentes em Cuidados Paliativos, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA) criou, em março de 2004, em parceria com o Departamento de Oncologia da Escola de Medicina do ABC, um Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos (ADCP) especialmente dirigido aos seus residentes de primeiro ano. Eventualmente, tal atividade ambulatorial eram freqüentada por estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano e de diferentes Universidades Brasileiras, os quais participavam dos estágios de curta duração oferecidos pela SOBRAMFA. Tratava-se de uma clínica gratuita com atendimento semanal a pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas, os quais eram encaminhados por seus oncologistas. Cerca de quatro pacientes eram vistos pelos residentes de Medicina de Família da SOBRAMFA sob supervisão de pelo menos um preceptor. Essa atividade se estendeu por quatro anos.

CARACTERÍSTICAS DO ADCP

Inicialmente os pacientes eram vistos pelos residentes. A presença de familiares era a regra

nas consultas, mas tanto pacientes quanto familiares tinham a oportunidade de falar isoladamente com membros da equipe. Diante de qualquer dificuldade inicial ou dúvida, os preceptores eram chamados a participar dessa fase inicial de atendimento.

Após esta abordagem inicial, estabelecia-se uma discussão entre residentes, estudantes e preceptores com o objetivo de se determinar a conduta apropriada a cada paciente. Em seguida, residentes e estudantes voltavam ao consultório para prescrever os medicamentos e orientar pacientes e familiares, geralmente acompanhados pelo preceptor. Os membros da família eram encorajados a se tornar envolvidos em todo o processo e detalhadas explanações lhes eram dadas, uma vez que tais conselhos são essenciais para um bom cuidado do paciente em casa.

Depois da dispensa de todos os pacientes e familiares, um cenário propício à reflexão era criado. Assim, todos os membros da equipe tomavam parte de uma sessão de escrita reflexiva em que as histórias de pacientes, médicos e estudantes eram compartilhadas em uma perspectiva narrativa. Onde havia espaço para a exteriorização de sentimentos e dúvidas existenciais.

Jovens médicos e estudantes iniciavam o estágio de forma tímida e temerosa, com a idéia de que seriam incapazes de lidar com as situações que estavam prestes a enfrentar. Por isso, além do suporte técnico que recebiam através da Medicina Baseada em Evidências, eram orientados a aplicar um enfoque narrativo. Residentes e estudantes eram introduzidos à metodologia denominada Medicina Baseada em Narrativas além de receberem artigos científicos e obras literárias que abordam temas como dor, sofrimento e morte. Uma obra literária indicada e muito apreciada foi “A Morte de Ivan Ilitch” de Tolstói (12), escrita há mais de um século e que propiciou a clarificação de muitas das situações vividas por pacientes terminais e seus familiares. Assim, residentes e estudantes foram incorporando desde o início a idéia de que uma coisa sempre é possível fazer: ouvir os pacientes e familiares com atenção e empatia. As seguintes orientações lhes eram invariavelmente transmitidas:

“Simplesmente fale naturalmente, mostrando que está disposto (a) a ajudar em tudo o que for possível”.

“Olhe nos olhos dos pacientes, sem demonstrar medo ou repulsa.”

“Ouça sem se apressar em fornecer soluções que não dizem respeito ao contexto”

“Ouça, ouça e ouça antes de falar.”

“Preste atenção às histórias de pacientes e familiares, a tudo aquilo que tenham necessidade

de expressar, mesmo que esse discurso aparentemente nada tenha a ver com questões clínicas.”

Obstáculos que pareciam intransponíveis foram lenta e firmemente vencidos. Ao contrário do esperado, residentes e estudantes mostraram apreciar intensamente as atividades do ADCP desde as fases iniciais de participação. Comentários espontâneos sobre pacientes e familiares e sobre eventos ocorridos no cenário descrito podiam ser ouvidos comumente quando estagiários e preceptores estivessem reunidos em qualquer outra oportunidade, demonstrando que o grau de interesse despertado pela atividade foi significativo e o aprendizado promovido foi especial, mais profundo e intenso que o ocorrido em qualquer outro cenário de prática. As lições apreendidas em Cuidados Paliativos se mostraram úteis e puderam ser transpostas em outras situações que o médico comumente enfrenta em seu dia-a-dia. A dinâmica então estabelecida fez com que no ADCP não houvesse mestres e discípulos, apenas pessoas interessadas em aprender e compartilhar. Na verdade, os únicos mestres foram nossos pacientes. Certamente, eles não mais se encontram entre nós, mas sempre ocuparão um lugar especial no âmago de nossas memórias.

Atuando como observadores participantes, os autores verificaram que variações sobre esse tema básico – o aprendizado especial – foram se delineando até se tornarem uma constante. Esses temas predominantes são descritos sem seguida, todos eles ilustrados por frases de estudantes ou residentes.

3. TEMAS PREDOMINANTES MANTENDO O FOCO NO PACIENTE

Residentes e estudantes logo perceberam que os pacientes vistos em Cuidados Paliativos tinham diversos sintomas, alguns devidos ao câncer e outros não relacionados à doença de base. E se deram conta que, mesmo em um nível físico, é possível abordar o paciente em sua totalidade.

“Tivemos a oportunidade de manejar pacientes terminais com muitos sintomas concomitantes tais como dor, dispnéia, constipação, depressão, ansiedade, insônia e outros. Para se obter bons resultados é necessário se considerar a interação entre medicamentos e os seus efeitos colaterais. Conhecendo exatamente os efeitos colaterais de uma droga, podemos até mesmo utilizá-los em benefício dos pacientes. Por exemplo: se um paciente é portador de ileostomia ou apresenta secreções abundantes, poderia se beneficiar dos efeitos anticolinérgicos da morfina ou dos antidepressivos tricíclicos, os quais poderiam ser extremamente danosos para outros.”

Adquirir familiaridade com o mundo do paciente e buscar conhecer o contexto em que vive e

suas crenças foram consideradas ferramentas essenciais para um bom cuidado. Tal atitude permitiu que fossem feitos diagnósticos em muitos níveis e detectadas questões cruciais que não teriam sido evidenciadas em uma abordagem superficial.

“Conhecer o mundo particular do paciente e ter familiaridade com seu contexto e suas crenças são ferramentas que nos ajudam a obter a adesão ao tratamento. Em Cuidados Paliativos, a continuidade do cuidado, a qual propicia esse conhecimento, é essencial.”

Quando jovens médicos se sentem confortáveis em Cuidados Paliativos. Sua performance melhora intensamente em outros campos de ação menos complexos.

“Após atuar algumas semanas aqui, sinto-me confortável em trabalhar em qualquer outro local. As coisas se tornam cada vez mais claras e as outras atividades se tornam fáceis.”

Os residentes se deram conta que, no que diz respeito à Medicina de Família, adquirir habilidades em Cuidados Paliativos é um objetivo muito importante uma vez que, freqüentemente, o médico de família deverá lidar com pacientes terminais. Aprenderam que sempre se é possível fazer algo pelo paciente.

“Para mim, isso é algo novo. Vi toda a equipe tentando fazer o seu melhor para aliviar o sofrimento e motivar os familiares a se envolverem com o cuidado. Percebi que, mesmo quando a cura não é possível, nós podemos auxiliar o paciente fazendo-o compreender que ele não está sozinho pois há alguém ao seu lado, interessado nele.”

APRENDENDO A LIDAR COM OS FAMILIARES

Residentes e estudantes puderam logo compreender a importância de permitir que membros da família falem sobre os sentimentos do paciente e sobre seus próprios sentimentos e dificuldades.

“É necessário empregar tempo adicional com os familiares. Como resultado dessa atenção especial, eles podem prover melhor cuidado ao paciente em casa e ter uma participação ativa no processo do morrer”.

Uma ocorrência relativamente comum atraiu a atenção – algumas vezes, quando pacientes tinham dificuldades em comparecer ao consultório, os familiares iam sozinhos para obter conselhos e prover a continuidade do cuidado. Alguns familiares expressavam sua gratidão através de cartas, telefonemas ou mesmo visitando o ambulatório após a morte do paciente. Ocasionalmente retornavam com uma única necessidade – compartilhar sentimentos e experiências relacionados aos momentos finais do paciente.

Dia após dia, estudantes e residentes apren-

deram como lidar com esses difíceis momentos após terem se conscientizado de quão pobre havia sido seu preparo anterior para tal.

LIDANDO COM A MORTE, BUSCANDO SOLUÇÕES SIMPLES

O contato com pacientes terminais pode promover reações inesperadas, expressas com frases como essa: “Não quero retornar ao consultório para encerrar a consulta. Minha vontade é sair correndo.” Reações como essa denotam a referida falta de preparo para a abordagem dos pacientes terminais. Entretanto, em um primeiro momento, muitos dos pacientes terminais não terão necessidade de tocar nas questões as quais os jovens tanto temem, mas sim necessitam de um medicamento para dormir e de um analgésico.

“Pude perceber que meu paciente não queira ser visto como uma pessoa especial cuja morte é algo inexorável, mas, sim, como alguém que simplesmente necessita cuidados. Ficou calmo e muito satisfeito quando o ouvi com atenção e prescrevi os medicamentos requeridos. Quando ouvimos os pacientes com atenção e interesse, podemos detectar suas reais necessidades, que na maior parte das vezes são fáceis de suprir. Algumas vezes tornamos as coisas mais complicadas do que realmente são.”

Não é apenas a decisão clínica que conta, mas também a forma adequada de se lidar com pacientes e familiares.

“Muitas vezes é necessário se repetir uma orientação várias vezes para que se possa identificar e esclarecer qualquer dúvida.”

NARRATIVAS PARA ENSINAR E CURAR – PACIENTES, FAMILIARES, ESTUDANTES E MÉDICOS: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Sem nos esquecermos da importância dos recursos técnicos e farmacológicos para um bom cuidado, ficou evidente que os resultados descritos foram, de alguma forma, conseqüências da abordagem narrativa atribuída ao ADCP. Um dos textos recomendados para a leitura foi considerado fundamental e esclarecedor – *Just listening – narratives in deep illness*. (13) Neste artigo, Arthur Frank ensina-nos que quando ouvimos os pacientes terminais com empatia e compaixão, nós podemos fazê-los sentir que não estão sozinhos, um sentimento que costumam vivenciar e, assim, auxiliamos na transformação de suas histórias de caos em histórias de busca, na qual a doença pode se tornar um aprendizado para todos os envolvidos na situação. Histórias de busca são histórias de

transcendência. Diante de um testemunho compassivo, o paciente terminal tem a oportunidade de organizar o caos que se produziu em sua mente pela doença e encontrar um significado para sua dor, o que permite que aceite a vida incondicionalmente. Após as primeiras leituras do artigo mencionado, alguns de nós experimentamos sentimentos de dúvida e pensamos que talvez essas concepções não seriam efetivas na vida real. “Penso que essa idéia seja um tanto romântica que talvez não funcione na prática”. Mas, como não custava nada tentar, tratamos de seguir suas orientações e pudemos perceber que as idéias de Frank eram totalmente aplicáveis em Cuidados Paliativos. O autor passou a ser muito apreciado, um modelo a ser seguido.

Atualmente, um número cada vez maior de autores concorda que expressar sentimentos através da palavra falada ou escrita, em poesia ou prosa, tem um efeito paliativo ou curativo. (14, 15)

“Quando têm a oportunidade de falar livremente sobre sentimentos e dificuldades durante a consulta, pacientes e familiares mostram-se bem melhores em relação ao estado em que chegaram. Os familiares, por exemplo, percebem que um ato, mesmo insignificante, adquire uma dimensão enorme, quando feito com carinho.”

Após tão profundas experiências, estudantes e médicos também têm muitas histórias para contar ou escrever, algumas vezes, suas próprias histórias de caos que deverão ser transcendidas, transformadas em histórias de busca. Têm a oportunidade de fazer isso na sessão de escrita reflexiva (17) mencionada anteriormente.

Um estudante, em sua segunda participação na clínica, escreveu: “estava cansado ao final da última consulta, louco para chegar logo em casa. Mas, a oportunidade de escrever e expressar minha própria dor e sofrimento antes de partir deu-me um alívio inesperado. Se não tivesse feito isso, certamente não dormiria bem esta noite.”

A abordagem narrativa adotada no ADCP demonstrou ser uma excelente ferramenta didática e terapêutica e está totalmente alinhada com os preceitos da Medicina de Família.

4. DISCUSSÃO E TENDÊNCIAS PARA O FUTURO

Os resultados visualizados mostram que os principais objetivos do ADCP foram atingidos. Nossos residentes tiveram a oportunidade de aprender o manejo, em nível ambulatorial, dos principais sintomas de pacientes terminais portadores de câncer. Deram-se conta de que sempre há algo a fazer em benefício de pacientes e familiares. A idéia vigente de que palição

é uma falência de tratamento e demanda sem interesse foi rapidamente abolida após algum tempo de trabalho. Entenderam que quando prolongar a vida e curar os pacientes mediante intervenções convencionais não é indicado e a palição é a única conduta possível, trabalhar sob esta perspectiva é um objetivo muito significativo. O trabalho desenvolvido no ADCP permitiu-lhes desenvolver discernimento para reconhecer se existe possibilidade de que o paciente morra em sua casa ou o exato momento de encaminhar os pacientes terminais para um hospital ou hospice.

Por não terem recebido nenhuma forma de treinamento formal em Cuidados Paliativos ou para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, muitos médicos têm dificuldades em comunicar más notícias adequadamente e tratar de temas relacionados a dor, sofrimento e morte. Assim, sentem-se desconfortáveis em atuar em contextos em que esses temas são predominantes. Estudantes também se queixam de que não lhes é ensinado nenhum meio que os auxilie a lidar com os sentimentos que emergem em cenários de cuidados aos pacientes terminais. Ao contrário, costumam receber conselhos para não se envolverem e, sim, manterem uma distância confortável de pacientes e familiares. (16) “Não se aproximem de seus pacientes, jamais sentem-se em seu leito ou lhes dêem demonstrações de carinho. Atenham-se ao seu conhecimento técnico, não se envolvam emocionalmente com pacientes e não prestem atenção aos sentimentos, próprios ou alheios. Se isso ocorrer vocês terão mais problemas” – são orientações comuns em alguns cenários de ensino da Medicina. No ADCP, os estudantes e jovens médicos puderam aprender, dia a dia, a enfrentar a morte e o sofrimento da forma mais natural possível, considerando-os eventos naturais da condição humano, mas sem perder uma atitude respeitosa.

Os residentes compreenderam que os familiares de pacientes terminais desempenham um

importante papel no período de fim de vida e que, portanto, devem receber um suporte adequado para auxiliá-los efetivamente.

Os estudantes foram expostos a tais experiências por um curto período. Mesmo assim, as atividades no ADCP mostraram-se essenciais para sua formação. Os objetivos de capacitá-los com habilidades para uma abordagem inicial de pacientes e familiares, promover reflexão sobre temas como dor, sofrimento e morte e quebrar bloqueios que impediam estudantes de lidar adequadamente com os pacientes terminais foram cumpridos.

A principal mensagem é que sempre há algo a fazer. Médicos podem auxiliar os pacientes graças a seu conhecimento técnico. Mas podemos fazer muito mais quando estamos realmente presentes e interessados em ajudar nossos pacientes. Qualidades como honestidade, humildade, compaixão, empatia e capacidade para ouvir com atenção são essenciais para esse cuidado, pois pacientes e familiares saberão como se beneficiar de nossas ações, pois é isso que estão buscando. E a maior parte de nossos trainees pode confirmar essa afirmação.

5. CONCLUSÃO

O conhecimento técnico transmitido aliado à criação de um ambiente propício à reflexão fez do ADCP um cenário ímpar de educação médica. Acreditamos que atividades didáticas em cenários destinados à prática de Cuidados Paliativos, em ambulatórios, hospices, homecare e hospitais, deveriam estar presentes em todas as escolas e residências médicas. Pois os obstáculos para a prática de Cuidados Paliativos inicialmente visualizados por jovens médicos e estudantes representam um verdadeiro teste vocacional. Aqueles que conseguem vencer tais obstáculos apreendem qual é o verdadeiro sentido da Medicina. Serão capazes de praticá-la como Ciência e Arte, onde quer que sejam chamados a atuar.

REFERENCES

1. Blasco, P.G. O médico de família hoje. São Paulo: SOBRAMFA;1997.
2. Melvin, AT. The Primary Care Physician and Palliative Care. *Palliative Care*; 2001, 28(2):239-45.
3. South-Paul, J.E.; Matheny, S. C.; Lewis, E.L. Current Diagnosis e Treatment in Family Medicine. 2004. 714-29.
4. Jubelier, SJ; Welch, C; Babar Z. Competences and concerns in end of life care for medical students and residents. *The West Virginia Medical Journal*; 2001, 97:118-21.
5. Melo, A.G.C.; Os cuidados paliativos no Brasil. *O mundo da saúde* 2003; 27(1):58-62.
6. Helliwell, J.A. A shave, a chat, and a bloodletting: two bits. The evolution and inevitability of family practice. *Canadian Family Physician*; 1999; 45: 859-861.
7. Relman, A.S. The Johns Hopkins Centennial. *N Engl J Med*; 1989; 320: 1411.
8. Coulombe, L; Talking with patients: it is different when they are dying? *Canadian Family Physician* 1995; 41:423-37
9. Kubler-Ross, E. Sobre a morte e o morrer. Editora Martins Fonte, 2008, Brasil.
10. Blasco, P.B.; Janaudis, M.A.; Leoto, RF at al;(2003) Principios de Medicina de Família..São Paulo. 121-36
11. Irigoyen, M. El paciente terminal: Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos em Medicina Familiar. México DF; Medicina Familiar Mexicana; 2002.
12. Tolstói, L. A morte de Ivan Ilich. Editora 34, Brasil, 2006.
13. Frank, A. Just listening narrative and deep illness. *Fam Syst Health*; 1998, 16: 197-212.
14. Carroll, R. Finding the Words to Say It: The Healing Power of Poetry. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*; 2005, 2 (2): 161-172.
15. Smyth, I.M.; Stone, A.A.; Hurewitz, A.; Kaell. A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA*, 281, (14): 1304-1309.
16. Hennezel M. A Arte de Morrer. Editora Vozes, Brasil, 2000.
17. Bolton, G. Stories at work: reflective writing for practitioners. *Lancet*, 1999, 354 (9174): 243-5.