

Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: aprendendo com os nossos pacientes

Educational Outpatient Palliative Clinic: learning with our patients

Thais Raquel S. P. Pinheiro

Médica pela Faculdade de Medicina de Sorocaba – PUC/SP – com Residência em Medicina de Família. Diretora de divulgação e Relações Públicas da SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família).

Maria Auxiliadora C. De Benedetto

Médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP – com Residência em Cirurgia Geral. Coordenadora do Departamento de Humanidades da SOBRAMFA. Participa de projetos de pesquisa e educacionais do Centro de Estudos de História e Filosofia das Ciências da Saúde, UNIFESP, SP.

Pablo González Blasco

Médico (FMUSP, 1981). Doutor em Medicina (FMUSP, 2002). Membro Fundador (São Paulo, 1992). Diretor Científico da SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família. Membro Internacional da Society of Teachers of Family Medicine (STFM).

Correspondência:

*Thais Raquel S P Pinheiro
Rua Sílvia, 56 - Bela Vista
CEP 01331-010 - São Paulo - SP
E-mail: thaisraquel@sobramfa.com.br*

RBM Abr 11 V 68 Especial Oncologia

Indexado LILACS LLXP: S0034-72642011007300003

Unitermos: Cuidados Paliativos, Assistência Centrada no Paciente, Educação Médica, Humanização da Assistência, Medicina de Família e Comunidade.

Unters: Palliative Care, Patient-Centered Care Education, Humanization of Assistance, Family Practice.

Summary

Death in our society become something uncommon almost an aberration. Doctors have knowledge and art to avoid it, making the majority of residents and students feel uncomfortable and far away of palliative medicine. But clinical experience with terminally ill patients is essential to medical education because the future doctors will face this situation in their practice. To provide this kind of practice to family residents, the palliative care ambulatory started after a commitment between the ABC Medicine School Oncology Department and the Brazilian Society of Family Medicine (SOBRAMFA). This ambulatory provide free medical assistance to patients that the oncologists consider out of traditional therapeutic possibilities. The authors were participant observes and they took notes about student's and resident's learning. The following aspects were highlight: patient centered care, relationship with families and contact with death. The technical knowledge transmitted combined with a creative environment where reflection were stimulate has made the ADCP a unique setting of medical education. We believe that that the practice of palliative care in outpatient clinics, hospices, homecare and hospitals should be present in all medical schools and residencies.

Numeração de páginas na revista impressa: **19 à 25**

Resumo

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. Levando-se em conta a necessidade de formar seus residentes em Cuidados Paliativos, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA) criou 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, e eventualmente frequentado por estudantes de medicina. Tratava-se de uma clínica gratuita com atendimento semanal a pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas. Os autores atuaram como observadores participantes durante todo o tempo de duração do ADCP e foram anotando em um diário o que fosse relevante em relação ao aprendizado de estudantes e residentes. Foram destacados os seguintes aspectos: o paciente como foco de atendimento, relacionamento com as famílias, contato com a morte. 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 médica.

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 uma "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, insolúveis do ponto de vista estritamente técnico (1).

A idéia de que não há nada a fazer para os pacientes terminais está, de alguma forma, fortemente 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 e compreensivo. 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, familiares, questões culturais) e espiritual (culpa, medo da morte, baixa autoestima)^{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 em todo o mundo (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 sintomas⁵. A Medicina Paliativa pode, portanto, ser considerada uma prática bem antiga (6). Paliar é uma palavra que se origina do latim Palliare e significa tampar, encobrir, diminuir a dificuldade de um processo.

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 legendária. 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 âmago 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 medicamentosa. 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 seus pacientes com compaixão e empatia para identificar 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, e que, além disso, é claro, apresentam algumas características próprias.

Em 1968, a dra. Elizabeth Kubler-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, o que o transformou em literatura essencial a todos que se propõem a lidar com a terminalidade. Dra. Kubler-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 representam 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 princípios e campo de ação os seguintes pontos: Atenção Primária, Educação Médica, Humanismo e Formação de Lideranças. O método clínico que adora é o da Medicina centrada na pessoa e não na doença. O médico de família é um especialista em seres humanos (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 do 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).

Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos (ADCP)

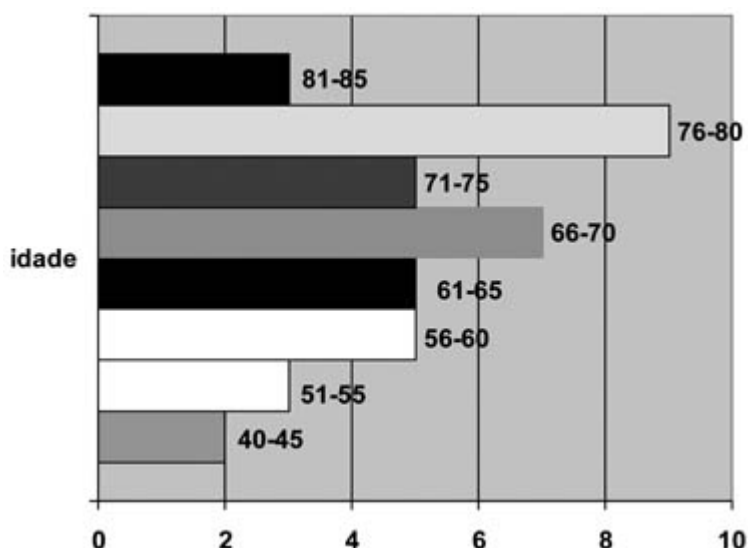
Levando-se em conta todas essas questões e a necessidade de formar seus residentes em Cuidados Paliativos, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA) criou, em março de 2004, em parceria com o Departamento de Oncologia da Escola de Medicina do ABC, um Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos (ADCP) especialmente dirigido aos seus residentes de primeiro ano. Eventualmente, tal atividade ambulatorial era frequentada por estudantes de Medicina do primeiro ao sexto ano.

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.

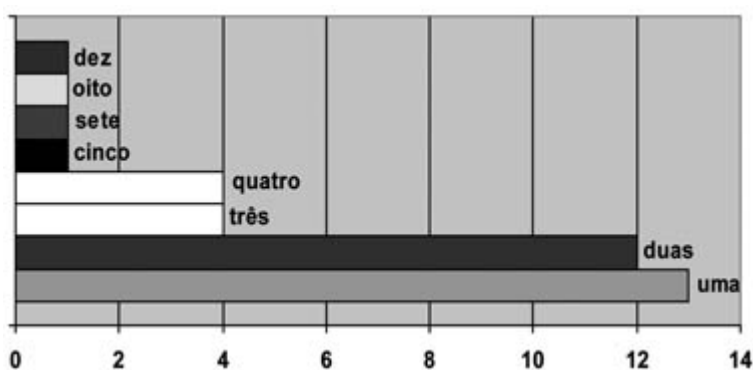
Perfil dos pacientes

A análise do período que compreende o ano de 2004/2005 (primeiro ano de atendimento) nos dá uma boa ideia do perfil dos pacientes assistidos no ADCP ao longo dos quatro anos. Nesse primeiro ano foram acompanhados 37 pacientes no total, sendo 22 homens e 15 mulheres, dos quais 24 evoluíram para óbito. Os gráficos apresentados em seguida representam o perfil dos pacientes.

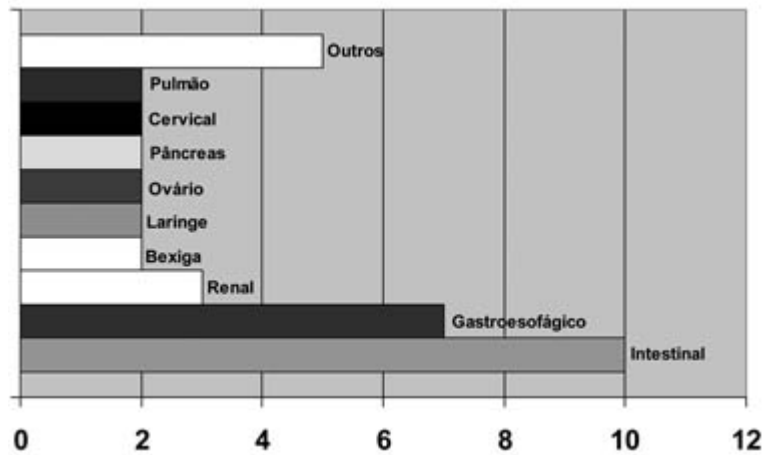
Faixa etária



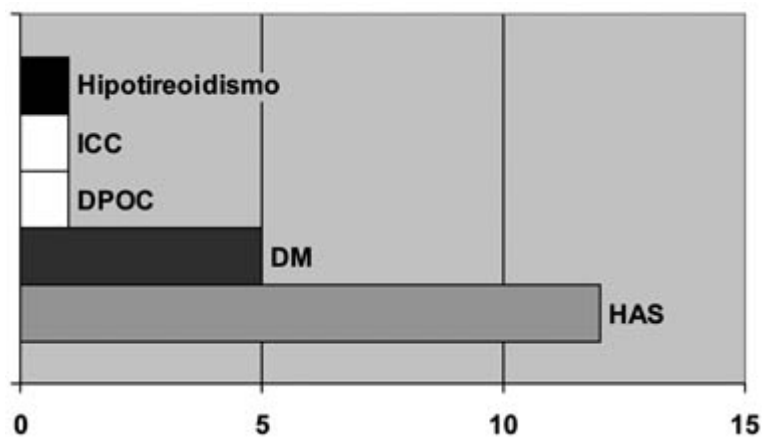
Número de consultas por paciente



Diagnóstico (câncer)



Patologias associadas



Observação: a depressão, embora presente em grande parte dos pacientes, cerca de 70%, não consta neste gráfico porque as doenças acima citadas são as que os pacientes referiam já estar tratando antes mesmo do diagnóstico de câncer e de sua inclusão no ADCP. Os pacientes por estarem, em sua maioria, muito debilitados e tendo dificuldades para se alimentar, dormir e realizar as atividades da vida diária apresentavam-se deprimidos e se beneficiaram com o uso de antidepressivos.

Características do ADCP e metodologia

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.

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 explicações 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. Dessa forma, sentimentos e dúvidas existenciais que emergem comumente nessas situações não foram ignorados, pois se proporcionou uma oportunidade para sua exteriorização, o que certamente fez toda diferença para os residentes e estudantes em formação.

Temas relevantes destacados

Os autores atuaram como observadores participantes durante todo o tempo de duração do ADCP e foram anotando em um diário tudo que lhes atraiu a atenção e fosse especialmente relevante em relação ao aprendizado de estudantes e residentes. Esses dados assim colhidos foram analisados de acordo com uma perspectiva fenomenológica e alguns temas relevantes foram identificados. Alguns dos temas emergentes são citados e descritos em seguida.

O paciente como foco do atendimento

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 a obtenção de 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 começam a se sentir 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 parecem mais 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, frequentemente, 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 dos cuidados. 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 aprenderam 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.

O que melhor prepara para a morte é uma postura realista, profunda, “transcendente”, para usar a linguagem filosófica, em relação à própria vida. Quer dizer: é necessário balizar a vida em termos objetivos, contando com a limitação do tempo e da própria existência. Isso implica que, para enfrentar a morte com coragem, sem medo, enfim, para saber morrer com dignidade, é preciso aprender a viver pautado em valores perenes, que estruturam um alicerce sólido. Saber morrer é, antes de tudo, saber viver, pois a morte é um passo a mais – o último – no caminho da vida.

Certamente, o ensino das Humanidades (Literatura e Artes em geral), o qual vem sendo introduzido em muitas escolas médicas com o objetivo de proporcionar um maior conhecimento do ser humano e preparar estudantes e jovens médicos a lidar melhor com as questões que emergem, por exemplo, em um cenário de Cuidados Paliativos, tem se mostrado, de alguma forma, benéfico. No entanto, esse ensinamento somente é útil quando realizado paralelamente à prática e proporcionado por profissionais que consigam transitar livremente pelos dois mundos – o das artes e o da vida real. Assim, tais profissionais permitem a integração de conhecimentos graças a seus exemplos e orientações, os quais remetem à ideia de que não existem regras prontas – é necessário refletir e criar em cada situação vivida.

“Pude perceber que meu paciente não queria 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.”

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 ideia 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.

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 expressivo 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 nos recessos de nossas memórias.

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 à 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 familiares¹². “Não se aproximem de seus pacientes, jamais se sentem 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 inerentes à condição humana, sem, no entanto, perder uma atitude respeitosa.

A reflexão acerca desses temas é de capital importância para qualquer pessoa, seja qual for a profissão que desempenhe. No caso do médico, cuja matéria-prima de atuação é o ser humano, reveste-se de interesse particular: é uma condição necessária, imprescindível, para a boa prática da Medicina.

Não é possível ser médico à margem desta dimensão antropológica.

Em seu livro, “Querida Mathilda”, Susana Tamaro comenta sobre a atuação médica: “Alma! Que médico se atreve atualmente a utilizar esta palavra? A alma desapareceu de nossos pensamentos como uma velha tia fechada em seu quarto. Com sistemas tecnológicos cada vez mais avançados, a esta altura os médicos estão em condições de analisar cada uma das menores partículas do nosso corpo. A medicina se especializou extraordinariamente, porém nesta corrida pela especialização terminou por esquecer que ao redor de cada organismo existe uma totalidade e a complexidade do ser humano. E não se recorda de que o corpo, a grande medida, está plasmado pela psique, responde a suas neuroses, suas inseguranças, com a dócil obediência de um cavalo com o freio ajustado demais” (13).

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 sempre que pensamos na necessidade de se programar o ensino dos Cuidados Paliativos na graduação e nos programas de residência médica nos vem à mente o texto "Sobre a Morte e o Morrer" de Rubem Alves, o qual nos brinda com a ideia de uma nova especialidade médica: "Dizem as escrituras sagradas: 'Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer'. A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A "reverência pela vida" exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetrícia: a "morienterapia", o cuidado com os que estão morrendo. A missão da "morienterapia" seria cuidar da vida que se prepara para partir. Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos, longe de UTIs. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a "Pietà" de Michelangelo, com o Cristo morto nos seus braços. Nos braços daquela mãe, o morrer deixa de causar medo" (14).

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 ambulatorios, hospices, homecare e hospitais, deveriam estar presentes em todas as escolas e residências médicas.

Bibliografia

1. Blasco PG. 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 JE, Matheny SC, Lewis EL. Current Diagnosis & Treatment in Family Medicine. McGraw-Hill Medical 2004, pg 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. Helliwell JA. A shave, a chat, and a bloodletting: two bits. The evolution and inevitability of family practice. Canadian Family Physician 1999 45: 859-861.
6. Melo AGC. Os Cuidados Paliativos no Brasil. O Mundo da Saúde. 2003 27(1): 58-62.
7. Relman AS. 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. São Paulo, Editora Martins Fonte, 2008.
10. Blasco PB, Janaudis MA, Leoto RF, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR. Princípios de Medicina de Família. São Paulo, SOBRAMFA, 2003, pg 121-36.
11. Irigoyen A. El paciente terminal: Manejo del dolor y Cuidados Paliativos em Medicina Familiar, 2002
12. Hennezel M. A Arte de Morrer. São Paulo, Editora Vozes, 2000.
13. Tamaro S. Querida Mathilda. Seix Barral, 1997.
14. Alves R. Sobre a morte e o morrer. Texto publicado no jornal "Folha de São Paulo", Caderno

Sinapse, dia 12/10/2003, fl 3.