



O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: Ausências no Currículo de Medicina.

*The Study of Death and Palliative Care: Curriculum
in the Absence of Medicine.*

**Maria das Graças Mota Cruz
de Assis Figueiredo¹,
Rita de Cássia M. T. Stano².**

1 Especialista em Psiquiatria. Professora da
Faculdade de Medicina de Itajubá.
Mestranda em Ensino de Ciências da
Universidade Federal de Itajubá.

2 Doutora em Educação: Currículo pela
PUC-SP e Professora da Universidade
Federal de Itajubá.

RESUMO

O presente artigo acompanha a história da formação médica no Brasil e levanta algumas das origens do cenário atual da prática da medicina no país, considerada como bastante resolutiva na busca da cura do corpo, mas despreparada para a abordagem do sofrimento global que acompanha o processo de adoecimento e da morte. As autoras enfatizam a necessidade de reavaliação crítica dos currículos das escolas de formação médica, buscando-se aliar à excelência técnica da prática profissional, valores como o cuidado integral ao doente por detrás da doença, e a atenção às necessidades deste e da família quando se avizinha a morte. Com base na sua experiência no ensino da Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos em duas Faculdades de Medicina, o artigo aponta como um dos caminhos para a construção de uma nova base curricular, mais responsivo à necessidade de profissionais e doentes, o ensino desta Disciplina nas diversas escolas médicas do país.

Palavras-chave: Tanatologia, Cuidados Paliativos, Currículo.

ABSTRACT

This article outlines the history of medical education in Brazil and raises some of the origins of the current scenario of medical practice in the country, considered as quite resolute in the pursuit of healing the body, but unprepared for addressing global suffering that accompanies the process of illness and death. The author emphasizes the need for critical reappraisal of curricula of medical education, seeking to combine technical excellence in professional practice, values as comprehensive care for the patient behind the disease, and attention to the needs of the family and when approaching death. Based on his experience in teaching discipline Thanatology and Palliative Care in two medical schools, the article points out how one of the ways to build a new base curriculum more responsive to the needs of professionals and patients, the teaching of this discipline in several medical schools in the country.

Keywords: Thanatology, Palliative Care, Curriculum.

Recebido em agosto de 2013

Aceito em setembro de 2013

Correspondência:

Maria das Graças Mota Cruz de Assis
Figueiredo
Av. Renó Júnior, 368 - São Vicente
Itajubá - MG
CEP 37502-138
Tel.: (35) 3629-8700
E-mail: mottacruz@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A visão das pessoas a respeito da doença e da morte no Ocidente mudou muito ao longo dos tempos.

Já houve época em que se morria preferencialmente em casa, estando cercado o moribundo pelos familiares e amigos, pelas crianças da casa, com os vizinhos exercendo o caridoso dever da solidariedade. A morte era natural, e tornava-se até mesmo a oportunidade valiosa de encerrar com honra uma vida digna. Os ritos de morte, valorizados pela sociedade, cumpriam a delicada tarefa de confortar os familiares e homenagear o morto.¹

À morte se concedia dignidade, e aos mortos, respeito.

O médico tinha então, uma tarefa muito maior do que apenas curar. Ele curava sempre que possível, usando de todos os seus recursos e conhecimentos; mas acima de tudo e mais do que curar, acompanhava o doente e a família até o momento da morte, quando a cura não se fizera possível, confortando e consolando.²

Hoje o cenário é bem diferente. O ato de morrer vai se tornando, cada vez mais, um fato corriqueiro: o consumo generalizado de drogas e álcool, que induz à violência dentro e fora das casas; as guerras pelo mundo; o terrorismo; as catástrofes naturais, expostas pela mídia de forma imediata e explícita, com a apresentação exaustiva de detalhes muitas vezes de puro mau gosto; tudo contribui para a banalização da morte no nosso tempo.

Ao mesmo tempo, no âmbito das áreas da saúde, de há muito vem se concretizando uma mudança bastante radical na relação do profissional com o indivíduo doente: este não é mais visitado no seu domicílio, mas tem que procurar pela ajuda da qual necessita nos

consultórios dos profissionais, nos ambulatórios, nos hospitais, que são hoje os locais onde se processam as tentativas de cura.²

Este padrão de assistência médica teve início há mais de cem anos. Em 1910, nos Estados Unidos, Abraham Flexner iniciou a revolução que influenciou todo o mundo ocidental e que importamos para o Brasil: o exercício da medicina foi se fazendo cada vez mais no interior dos hospitais, e a divisão do saber em especialidades progressivamente mais restritas e com o privilégio do uso intensivo da tecnologia, se tornou o modelo da educação nas escolas médicas. O currículo se estruturou sob a forma de dois grandes ciclos ao longo da formação do jovem médico: as disciplinas básicas e as aplicadas, com bem pouca integração entre elas.³

Importante é registrar que, mais de 100 anos passados da publicação do Relatório Flexner (Flexner Report), as opiniões dos estudiosos de educação médica se dividem: uns o consideram o grande reformador, outros o criticam acerbamente por ter sido o responsável pela consolidação de um modelo de formação profissional que nunca atendeu às necessidades das sociedades onde foi implantado.⁴⁻⁷

Progressivamente, a ideia de que o diagnóstico suportado por recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados é superior aquele oriundo da observação do médico, e que a cura das doenças é a única atividade meritória na medicina, se vai cristalizando na sociedade.⁵

Interessante notar que, ao se desmerecer os recursos diagnósticos próprios do profissional, recursos estes advindos do raciocínio atento, progressivo e cauteloso, do uso criterioso dos sentidos, da experiência acumulada ao longo de um processo de acertos e erros criticamente avaliados, desmerece-se o

próprio ser humano. Por consequência, igualmente supõe-se pouco significativa a capacidade do corpo do doente de ser coautor da sua própria saúde, e apenas os agentes externos sob o controle do médico (no caso, os remédios e os recursos de diagnóstico e de cura, especialmente aqueles que usam tecnologia, considerada menos falível) é que têm a capacidade de produzir a cura.²

Nesta visão, quando a cura não é alcançada e advém as limitações e a morte, trata-se exclusivamente da derrota amarga do poder da ciência.²

Um dos fatos que contribuem para a formação deste conceito é que, a partir do final do século XIX, a emergente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association, fundada em 1847, e em outras publicações ortodoxas.⁸

A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica”.

“Pode-se concluir, pois, que a chamada medicina científica ou o ‘sistema médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades.”⁹

Por um lado, há vantagens evidentes em se buscar um padrão superior de formação e capacitação profissional do médico com vistas à cura das doenças; por outro lado, a exclusividade deste padrão de atenção à saúde, a busca incessante da cura, condenou qualquer outro modelo a ser visto como menos importante (o cuidado ao doente que a medicina não pode curar, por exemplo).

As posturas são de origem claramente positivista, validando como único conhecimento seguro o científico, que se obtém mediante a observação e a experimentação. O método científico, assumido como a única forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente. E a medicina ilustra claramente este processo.¹⁰

O legado de Dèscartes, a busca intensiva pelo lógico, pelo conhecimento “puro”, ou seja, aquele oriundo apenas da razão metódica e investigativa, excluindo-se toda e qualquer percepção advinda dos sentidos, enganosa na sua essência, se instala firmemente no pensamento médico. Com isto, se confirma o desprezo pelas sensações, pelas intuições, pelo conhecimento advindo “apenas” da experiência acumulada, supondo-se talvez que a complexidade do Ser Humano se deixasse capturar exclusivamente pela abordagem racional e que esta fosse suficiente para a compreensão empática de fenômenos que insistem em não se deixar quantificar, tais como, a dor e o sofrimento.²

A ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas de formação de médicos a uma visão fortemente reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal e biologicista, a proposta de Flexner reserva pouco ou nenhum espaço para as dimensões social, psicológica, espiritual e até mesmo econômica da saúde.³

O currículo das escolas médicas segue então o modelo imposto e, com isso, claramente se delinea a partir de uma certa ótica de mundo, de ser humano, de constituição da sociedade, seguindo e validando a ideologia vigente.

A busca exclusiva pelo controle e pela cura das doenças substituiu definitivamente e

transforma em desnecessário, inútil e muito pouco “glamuroso” o cuidado que o médico deve ter para com aqueles doentes que a sua ciência não deu conta de curar, e que se preparam para morrer.²

A preservação da manutenção da vida a qualquer custo substitui definitivamente a aceitação da morte como fenômeno natural e necessário à própria valorização e dignidade desta mesma vida. Este critério é prevalente em toda a sociedade e, dolorosamente, plasma no médico a permissão para o abandono do doente que não “obedece” aos seus esforços de cura.¹¹

O presente artigo pretende enfatizar a necessidade de se buscar novos modelos curriculares para a educação médica, que incluam o estudo da morte (Tanatologia) e dos Cuidados Paliativos (cuidados que se prestam a doentes fora de possibilidade de cura) a todos os jovens em formação nas escolas de medicina do país.

O Currículo nas Escolas de Medicina

Define-se por currículo a tessitura de informações, práticas, compartilhamento de conceitos e reflexões conjuntas professor-aluno, que propiciam a ambos a construção ativa do conhecimento necessário ao exercício da vida profissional do aluno e ao contínuo aprimoramento do saber do professor. A função socializadora do currículo ultrapassa de longe o seu valor como apenas transmissão de conteúdo.¹²

A discussão sobre currículo nas escolas médicas brasileiras não se estabelece de maneira consistente desde a grande revolução flexneriana, em 1910.³ Entretanto, em 1969, na Mc Master University no Canadá, um educador chamado Jonh Dewey lançou as bases do

método que se denomina Problem Based Learning (PBL) ou, em português, Aprendizado Baseado em Problemas (ABP) e que tem servido de modelo para um certo número de escolas médicas brasileiras na atualidade.¹³

Embora não seja o objetivo deste artigo, vale assinalar que a prática do ABP no Brasil mostra resultados ainda incertos, produto talvez da pouca experiência que se acumulou, além de outras variáveis relacionadas ao perfil de alunos e professores, à estrutura das faculdades de medicina, etc.¹³

Mas a grande maioria das escolas médicas ainda se prende ao modelo tradicional: primeiro e segundo anos com o estudo das disciplinas chamadas básicas; terceiro e quarto anos, com o ensino teórico e prático das disciplinas ditas aplicadas, dentro dos hospitais, e os últimos dois anos, em regime de internato com privilégio da atividade prática nas diversas especialidades, em sistema de rodízio, exclusivamente nos hospitais.

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, no seu Art. 3 diga que:

“O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico com formação *generalista, humanista* (grifos das autoras), crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde *integral* (grifo das autoras) do ser humano.”¹⁴

Percebe-se com alarme o crescente descontentamento da população com os seus médicos, que não a trata com atenção nem resolutividade adequadas. A mídia divulga

exaustivamente o assunto, assim como tem um papel bastante ativo na exploração do “charme” dos exames caros e sofisticados e das pretensas curas espetaculares de doenças crônicas. O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais publicam incessantemente material de alerta e preocupação a respeito da qualidade dos médicos atuais. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) apenas aceitará o pedido de registro (obrigatório para a prática da medicina no estado) dos médicos que se submeterem ao exame de qualificação, que se realizará anualmente, a partir de 2012.¹⁵ É de se esperar que a avaliação dos médicos recém-formados ou mesmo daqueles ainda em formação aos poucos se torne prática comum em todos os estados brasileiros.

A instrução nas Escolas de Medicina no Brasil segue o mesmo padrão que o progresso tecnológico impôs à sociedade: informação em volume nunca antes visto e compartilhada rapidamente (antes que se torne obsoleta), curtíssimo tempo para elaboração do conhecimento, descartabilidade de teorias e conceitos, predomínio da técnica na abordagem do doente, uso de tecnologia sofisticada e cara para diagnósticos que se fariam com semelhante precisão através de uma história clínica colhida atentamente e de um exame físico acurado, crescente opção do formando pelas Especialidades, em detrimento da prática da medicina geral, distanciamento entre médico e família do doente, considerada muitas vezes por ele como um estorvo e uma ameaça.¹⁶

Vê-se então, que desde os anos 1960, e não só no Brasil, o clamor crescente da população por melhor qualidade na atenção médica tem demonstrado a falência do modelo de formação vigente nas escolas médicas.¹⁷

A partir desta constatação, intensa movimentação se registrou nos meios acadêmicos, instituições internacionais de saúde (Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e outras), governos, fundações internacionais (Rockefeller, Kellogs e outras), instituições representativas de classe e na sociedade em geral, no mundo inteiro.^{18,19}

De 1980 em diante, inicia-se a reforma nos sistemas de saúde no mundo e no Brasil, o que deveria atingir imediatamente as escolas de medicina. O setor educacional, entretanto, continuou desvinculado da reorganização, da redefinição das práticas de atenção à saúde e dos processos de reforma dos serviços de medicina.¹⁹

Ou seja, mudam as necessidades e o cenário da saúde no país, e a formação dos profissionais que deverão responder a estas novas necessidades permanece como antes.

Pode-se perguntar, então: forma-se quem, para o quê?

O currículo se dissocia da realidade, criando uma distância crescente entre a real necessidade e a oferta de respostas e soluções.

A Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) é fundada em 1962, e desde lá, vem questionando a formação dos médicos no Brasil.²⁰

Em novembro de 1990, a ABEM e o Conselho Federal de Medicina (CFM), durante o XXVIII Congresso da ABEM, em Cuiabá, criaram um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico no Brasil.²⁰

Para este fim, foi então criada em 1991, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que assumiu em nível nacional, o papel de articulação técnica e política do movimento em prol da reforma do ensino médico. A CINAEM

foi composta pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Educação Médica, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. A partir de 1998, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde também se integrou à CINAEM que, apoiada por uma equipe técnica, desenvolveu o PROJETO CINAEM, de cuja primeira fase participaram 76 das 80 Escolas Médicas então existentes no País. Os dados coletados nessa fase descrevem as condições das Escolas quanto a aspectos políticos, administrativos e econômicos, quanto aos recursos humanos e materiais, ao modelo pedagógico adotado pela escola, seu papel na assistência e na pesquisa e ainda, ao grau de adequação do médico recém-formado às demandas sociais.²⁰

As conclusões não eram nem um pouco animadoras. Baixa qualidade e qualificação dos professores, baixa produção de conhecimento, dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico, desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias, currículos arcaicos, são algumas das conclusões.¹⁸

Entretanto, e a despeito dos esforços feitos pelas instâncias federais e mesmo por algumas escolas isoladamente, quase nenhum resultado consistente se pôde identificar, e as razões são múltiplas e complexas. Elas envolvem desde o desinteresse dos professores,

até os interesses das indústrias de medicamentos ou de tecnologia médica.^{18,19}

A partir das décadas 1970-1980 ocorre um fenômeno sem precedentes na história das escolas médicas do Brasil: a proliferação abundante de faculdades de medicina, especialmente nas grandes cidades das regiões Sul e Sudeste, fixando mais ainda o médico nos grandes centros, onde o uso da tecnologia na prática diária e a especialização são a regra.²¹

Cada vez mais o perfil do médico egresso das nossas escolas de medicina se distancia daquele recomendado pelas DCN, conforme já citado anteriormente. E ainda, por mais ampla que pretenda ser esta recomendação, a uma leitura atenta das DCN nota-se que nenhuma recomendação é explicitamente feita no que se refere à atuação do futuro médico, quando os seus esforços de cura são inúteis e o paciente se encaminha para a morte.¹⁴

No entanto, todos estes movimentos têm induzido as escolas médicas, queiram elas ou não, a repensar as suas estruturas curriculares. O Ministério da Educação e Cultura (MEC) tem se esforçado, embora às vezes sofra críticas, em exigir das escolas médicas a busca incessante pela formação de médicos mais responsivos às necessidades sociais.

Em 2002, os ministérios da Saúde e da Educação decidiram incentivar as escolas médicas a fazer mudanças curriculares nos cursos de medicina de todo o país. Para atingir esse objetivo, foi lançado no dia 26 de março, o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), por meio da Portaria Interministerial nº 610.²²

O Programa pretendia investir R\$ 8 milhões até 2003 distribuídos por 20 escolas de medicina, escolhidas entre as que se

candidatassem a propor mudanças curriculares na sua estrutura. As verbas deveriam ser aplicadas na contratação de consultores, realização de oficinas, requalificação de professores e compra de material de ensino. Poucos resultados se viram, desde lá.²²

No entanto, mesmo que os debates sobre mudanças curriculares se imponham na atualidade com mais força no seio das escolas de medicina, o pensamento que os sustêm ainda é o de que a medicina tem como meta prevenir e curar as doenças, apenas.²³

Não se percebe abertura para a discussão de que a medicina e o médico possam ou não curar, precisam cuidar com desvelo do doente que vai morrer e da sua família. Um silêncio gélido se faz na medicina atual quando a cura, tão buscada, não se completa. Este silêncio é evidenciado pela análise atenta dos currículos das escolas médicas, que privilegiam apenas o aprendizado das ferramentas de diagnóstico e de cura, e nada, ou quase nada, falam sobre como cuidar de quem vai morrer. Fala-se também muito pouco aos estudantes sobre os sentimentos envolvidos no processo de morrer, do ponto de vista do doente e da família, da mesma forma que não se diz ao aluno que o próprio profissional sente o impacto do sofrimento e da morte diários, geralmente sem ter como elaborar os sentimentos provocados em si mesmo pela dor de outro ser humano.²³

Assim, o aluno e mais tarde, o médico, ao se avizinharem do doente e das suas dores, não encontram na sua formação um padrão adequado de relação com o sofrimento que lhes permita ficarem próximos ao doente, consolando-o e dele cuidando.²⁴

O doente se sente com frequência abandonado à própria sorte, sozinho com os seus medos, as suas dores e as suas necessidades

não reconhecidas, porque os médicos não são preparados para aceitarem permanecer ao lado da morte. Para o médico de hoje, a morte se afigura apenas como derrota do seu saber e não como fato natural e inevitável, que faz parte e completa o ciclo da vida e que, mais ainda, valoriza e confere sentido a esta mesma vida.²⁴

Em 2010, a Fundação Lien, uma organização não governamental de Cingapura, encomendou uma pesquisa sobre Qualidade de Morte à empresa de consultoria britânica, Economist Intelligence Unit.²⁵ Quarenta países foram avaliados através de indicadores quantitativos, tais como, taxas de expectativa de vida e porcentagem do PIB gasta em saúde, e indicadores qualitativos baseados na avaliação individual de cada país, em quesitos como, conscientização pública sobre serviços e tratamentos disponíveis a pessoas no fim de suas vidas e disponibilidade de remédios e de cuidados paliativos aos doentes e às suas famílias. Buscava-se identificar os países que melhor propiciavam aos seus cidadãos condições adequadas a uma morte digna e bem acompanhada.²³

O Brasil amarga um vergonhoso 38º lugar, à frente apenas de Uganda (39º) e da Índia (40º). A Grã Bretanha encabeça a lista dos países com melhor qualidade de morte, seguida de Austrália e Nova Zelândia.²³

O estudo aponta algumas soluções, entre elas:

- controle eficaz dos sintomas da proximidade da morte, especialmente o uso adequado e isento de preconceitos de opióides para o controle da dor*;
- combate vigoroso às percepções negativas arraigadas sobre a morte entre profissionais e leigos e aos tabus

culturais, que dificultem o trato natural da morte;

- reavaliação da ideia de “cura a qualquer custo”, vigente na sociedade e entre os profissionais da saúde;
- oferta generosa de serviços de cuidados paliativos a pacientes fora de perspectiva de cura, bem estruturados e disponíveis a toda a população;
- amplo envolvimento de todos os setores da sociedade no debate sobre o direito à implementação dos cuidados aos moribundos.
- no Reino Unido, entre os destaques, estão o sistema de atendimento à saúde mental e o envolvimento institucionalizado dos profissionais com os cuidados no fim da vida. A consultoria aponta que o sistema de saúde britânico não é um dos primeiros do mundo, mas o país ganhou pontos em quesitos como atenção pública à questão da qualidade da morte, disponibilidade de treinamento para esses cuidados, acesso a analgésicos e a transparência na relação entre médico e paciente. Aqui se está falando de Cuidados Paliativos, e da necessidade de que sejam implantados e/ou mantidos como programas atuantes nos sistemas de saúde de todo o mundo, para que possamos incrementar a qualidade de morte da população, da mesma forma que se busca a qualidade de vida.²³

Cuidados Paliativos é o nome dos cuidados que se prestam a pacientes fora de possibilidade de cura. Esta ação teve origem na Inglaterra, por volta dos anos 1960, e se deve a

uma grande figura humana, Dame Cicely Saunders.²⁶

Para incremento de todas, ou quase todas as ações recomendadas para a melhora dos índices de baixa qualidade de morte, a solução passa obrigatoriamente pela educação dos profissionais de saúde, em especial do médico.²⁷

No Brasil, desde agosto de 2011, a Medicina Paliativa tornou-se Área de Atuação de seis especialidades médicas: Anestesiologia, Pediatria, Geriatria, Oncologia, Clínica Médica e Medicina de Família e, conseqüentemente, os órgãos de educação médica se mobilizam intensamente para oferecer em breve e em caráter oficial, formação conceitual e prática em Cuidados Paliativos aos médicos destas especialidades.²⁸

Entretanto, não se pode imaginar que apenas uma pequena parcela de médicos possa responder à necessidade crescente da população por melhor trato e cuidado ao paciente sem perspectiva de cura e às suas famílias. Em comunicação pessoal às autoras, a Dra. Cláudia Naylor, Diretora do INCA IV (Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional do Câncer no Rio de Janeiro - RJ) relata que no ano de 2006, 474.000 novos casos de câncer foram diagnosticados no Brasil. Destes, 50% dos pacientes (287.000) morreram pela doença, sendo que apenas 15 a 30.000 deles tiveram acesso a algum dos Serviços de CP no Brasil. Portanto, ela estima que cerca de 257.000 pacientes com câncer diagnosticados no ano de 2006 morreram desassistidos por CP e em intenso sofrimento.

Já em 2010, ainda de acordo com a Dra. Cláudia Naylor, o número total de pacientes que morreram de câncer no Brasil chegou a cerca de 489.000. Destes, de 70% a 80% morreram em grande sofrimento. Se

considerarmos a menor porcentagem (70%), chegaremos ao número de 342.300 pacientes.

Como hipótese (faltam dados registrados), imaginemos que cerca de 200 unidades de CP por esta época existentes no Brasil (esta informação não pode ser comprovada; baseia-se apenas em informações fornecidas em Encontros de profissionais da área) tenham assistido a 200 doentes/ano. Isto nos daria cerca de 40.000 doentes atendidos por Unidades de CP ao longo do ano de 2010.

Ainda restariam sem assistência de Cuidados Paliativos em 2010, cerca de 302.300 pacientes, com um crescimento no período de 45.300 doentes e um crescimento anual de 11.325 doentes, apenas se considerarmos aqueles com diagnóstico de câncer, ou seja, sem levar em conta as demais doenças crônicas e potencialmente mortais.

Vale a pena neste ponto questionar se apenas o caminho de tornar a Medicina Paliativa em mais uma das inúmeras especialidades que fatiam o doente em partes que pouco se relacionam entre si é o mais adequado à necessidade crescente dos indivíduos por mais dignidade no trato da doença potencialmente mortal e da terminalidade.

O Dr. Derek Doyle, eminente autoridade internacional em Cuidados Paliativos, afirma que a Inglaterra, país que primeiro optou por transformar a Medicina Paliativa em especialidade médica, o fez apenas para que os médicos se interessassem em exercê-la e para que os outros especialistas os respeitassem. Nenhuma motivação mais nobre amparou esta decisão.²⁹

A especialização parece inevitável, mas este caminho já definido não impede que se mantenha a convicção da importância de preparar o futuro médico (qualquer que seja a

sua escolha futura), desde o primeiro momento da sua formação, para que ele compreenda a necessidade de melhor equilíbrio entre a técnica e a proximidade empática e afetiva com o doente, para que ele aceite a família como parte indissolúvel da vida do doente e auxiliar preciosa no tratamento e no cuidado durante a doença, para que ele saiba contribuir verdadeiramente para a interação criativa e igualitária que deve haver entre os saberes dos diversos profissionais de uma equipe de cuidados, para que ele saiba valorizar e estimular a necessidade de apoio espiritual dos envolvidos, frente às grandes questões existenciais que a doença e a morte envolvem.²⁷

Se tivéssemos tomado este caminho no Brasil, o de estimular todos os médicos a se tornarem “Paliativistas” e não apenas alguns, titulados por Sociedades que se auto organizam para tal, talvez pudéssemos manter a esperança de responder melhor ao apelo da população por um trato mais humano e de trazer a mensagem de quebra do paradigma cientificista, que comanda a medicina ocidental moderna.³⁰

Que os Especialistas em Cuidados Paliativos sejam aqueles médicos que se queiram dedicar exclusivamente à prática dos CP e aprofundarem o seu conhecimento na área, mas que todos os médicos sejam capazes de permanecer assistindo os seus doentes até a morte, aliviando os sintomas da terminalidade e amparando a família que sofre. Aos especialistas, caberiam então, os doentes que respondam mal às condutas habituais, aqueles que necessitem de técnicas mais apuradas e que exijam maior prática dos seus médicos, de forma semelhante ao que deve ocorrer entre um clínico geral e um especialista.

E são as escolas de medicina que têm de responder a esta proposta, a de instrumentar

todos os médicos e desde o início da sua formação, a não perseguirem a cura a qualquer custo, a aceitarem com humildade que a vida é finita e que a morte é parte necessária do ciclo maior da existência, e que cuidar daqueles que se despedem da vida, também é parte fundamental da sua nobre missão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se já discutimos a dificuldade de se modificar a estrutura dos cursos de medicina no Brasil, e se percebemos o quanto estas mudanças são tão necessárias quanto trabalhosas, o que dizer da luta pela inclusão, no currículo das escolas de medicina, de uma disciplina que leve a ideia da morte aos jovens em plena idade da onipotência? E que isto ameace questionar os paradigmas vigentes na sociedade atual, o culto exclusivo da juventude, do novo, da beleza física, do imediatismo, da descartabilidade?

É necessário que se introduza esta discussão dentro das escolas de medicina e que mais instituições de ensino médico ousem construir experiência através da prática ainda incipiente; é urgente que se publiquem artigos em periódicos, chamando a atenção da comunidade médica para esta necessidade na formação dos médicos, até que se crie conhecimento crítico suficiente para que o currículo das escolas médicas possa ser modificado.

Percebemos e aceitamos o momento atual: o fascínio do Novo nos toma a todos, e qualquer questionamento sobre os rumos que toma a Humanidade e sobre os benefícios reais do progresso nos incomoda e entedia, mas do

centro mesmo deste momento, é que nos atrevemos a fazer perguntas:

- qual a tarefa do médico, desde sempre e até hoje?
- o quanto existe de imutável na sua missão?
- qual o ponto de equilíbrio entre o novo e o eterno, e como buscá-lo a cada dia?
- qual o papel das escolas de medicina na construção de novos modelos de pensamento e de ação que valorizem os avanços tecnológicos para o diagnóstico e o tratamento das doenças e dos doentes, mas não desprestigiem as formas tradicionais e mais humanas de abordar o doente e a doença?
- como fazer, nas escolas de medicina, com que a morte não seja negada ou vista como fracasso do saber, mas que tenha assegurado o seu legítimo lugar num ciclo perpétuo de celebração da vida?
- como inserir este conceito no currículo das faculdades de medicina, aqui considerados igualmente o currículo explícito e o oculto? ³¹

E, em relação aos alunos em formação:

- como convidar os jovens a estes questionamentos?
- como ajudá-los a lidar com as questões maiores da vida e da morte, ao mesmo tempo que

respeitam a necessidade de estar no mundo do aqui e agora?

É importante ressaltar que, embora nenhum conteúdo curricular possa ser visto e abordado apenas como explícito, aquele do qual trata este artigo é particularmente propenso a se mostrar também como transformador de preconceitos e facilitador de atitudes mais desejáveis na ação do profissional médico, quando formado. Tomaz Tadeu Silva,³¹ afirma que “... o que se aprende no currículo oculto são fundamentalmente atitudes, comportamentos, valores e orientações...”

Expor jovens futuros médicos a uma Disciplina como Tanatologia e Cuidados Paliativos desde os primeiros anos de formação é trazer uma importante contribuição ao trato mais natural destes para com a morte, na sua prática futura. Sempre será difícil e doloroso a qualquer um de nós avizinhar-se da morte, seja na vida pessoal, seja na vida profissional. Entretanto, se o médico foi instado desde cedo a refletir sobre ela, a experimentar maneiras de se manter próximo de quem morre sem se desestruturar psicologicamente, a se tornar eficaz nos cuidados para com o moribundo e a família, amenizando o sofrimento e emprestando a sua presença empática, certamente o medo da morte poderá se amenizar para todos os envolvidos. Haverá menor necessidade de abandonar o doente e a família à sua própria sorte, como proteção contra a dor da lembrança, de que a morte sobrevém a todos, inclusive ao próprio médico.

Não há diferença no aprendizado de atitudes e comportamentos mais humanos para com a morte e com quem está morrendo. A exposição delicada, gradativa e orientada dos alunos de medicina à morte e às formas de

morrer dos seus doentes, os levará a se manterem próximos com bem menos desconforto, sem que haja necessidade de banalizar cada morte da qual ele seja chamado a participar, como solução para suportar o sofrimento.

No Brasil, mal se inicia a discussão a respeito da inclusão desta disciplina no currículo dos cursos de medicina.

Apenas duas faculdades, a Faculdade de Caxias do Sul – RS (curso regular de Cuidados Paliativos, desde 2004) e a Faculdade de Medicina de Itajubá – MG (FMIIt) (curso regular de Tanatologia e Cuidados Paliativos, desde 2010) oferecem aos alunos em formação esta disciplina. Vale lembrar que a Unifesp – SP tinha um curso optativo de Cuidados Paliativos, desde 1994 e o de Tanatologia, também optativo, desde 2007. Ambos se encerraram em 2009. No caso da Unifesp, alunos de medicina, fisioterapia e enfermagem eram aceitos nas 30 vagas oferecidas (curioso é que alunos de medicina foram sempre a menor porcentagem, em todos os anos). Ministraram os cursos na Unifesp, o Professor Marco Tullio Barcelos de Assis Figueiredo, pioneiro no ensino de Cuidados Paliativos no Brasil e a autora, que ministra-os atualmente na FMIIt. O Professor Marco Tullio, até o seu falecimento em 20.02.2013, foi o Professor Titular da Disciplina na FMIIt.

Espera-se que as demais instituições formadoras de profissionais da saúde elejam a mesma discussão que as autoras propõem às escolas de medicina. Encontros de profissionais em Cuidados Paliativos, propondo-se ao debate da necessidade de educação em CP na graduação; publicações em periódicos reconhecidos em número maior do que existe hoje; discussões dentro das escolas quando da

composição do currículo; entre outras, são todas ações urgentes e necessárias à formação profissional mais integral.

Quem sabe um dia se possa ver todos os profissionais de uma equipe de saúde menos desconfortáveis com a chegada da morte dos seus doentes, e mais capazes de confortá-los e de cuidar das suas famílias.

Talvez possamos então, ascender aos primeiros lugares no ranking dos países que oferecem aos seus cidadãos uma morte digna e humana.

Nota

*O preconceito que cerca o uso de opióides como medicamento eficaz

contra a dor (sintoma dos mais prevalentes na terminalidade) tem sido a principal causa, na maioria dos países, pela baixa qualidade de morte dos seus cidadãos. O receio que tem o Poder Público do descontrole na distribuição e na venda de morfina; a ideia infundada de que o tratamento provoque dependência no doente; o receio da depressão respiratória, como efeito colateral irreversível, são algumas das razões pelas quais o uso de opióides como um analgésico potente e de baixo custo não se estabeleça. Importante ressaltar que este preconceito não afeta apenas os doentes e seus familiares; os médicos não são ensinados, na maioria das escolas médicas, a fazerem uso seguro de opióides.

REFERÊNCIAS

1. Ariès P. Sobre a história da morte no ocidente. 2ª ed. Lisboa: Teorema; 1989. 190p.
2. Kóvac MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. 178p.
3. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. 364p.
4. Cutolo LR. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
5. Da Ros MA. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da FSP-USP e ENSP-Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
6. Tomey AV. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. Rev Cubana Educ Méd Super. 2002;16(2):156-63.
7. Hiatt MD. Around the continent in 180 days: The controversial journey of Abraham Flexner. Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc. 1999;62(1):18-24.
8. Thomas P. Homeopathy in the USA. Br Homeopath J. 2001;90(2):99-103.
9. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985. 124p.
10. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social – UERJ; 1993. Série Estudos em Saúde Coletiva, 62.
11. Ariès P. O homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1981. 2v. 659p.
12. Sacristán JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. 352p.
13. Neto JOR, Cunha CS, Rodrigues NA, Tavares M. Aprendizagem baseada em problemas: o mito e a realidade. Cad UniFOA. 2011;6(16):79-84.
14. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.38.
15. CREMESP. Formandos de medicina terão prova obrigatória em São Paulo [Internet]. 2012. [acesso 2013 mar 15]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Imprensa&acao=crm_midia&id=645
16. Pazin Filho A. Morte, considerações para a prática médica. Med Ribeirão Preto. 2005;38(1): 20-5.
17. Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. 205p.

18. Feuerwerker L. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002. 306p.
19. Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidade de mudança. Londrina: UEL; 1999. 196p.
20. Associação Brasileira de Educação Médica ABEM [Internet]. Projeto abem 50 anos - Dez anos das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. 2012. [acesso 2013 mar 15]. Disponível em <http://www.abem-educmed.org.br/pdf/50anos.pdf>.
21. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (Sinaes) [Internet]. 2011. [acesso 2013 mar 15]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/superior-sinaes>
22. Informe Saúde. Promed: lançado programa para mudar currículo de medicina [Internet]. [acesso 2012 Jun 22]. Disponível em: bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf
23. Padilha de Toledo A; Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. Rev. bras. educ. med. vol.36 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012.
24. Perdicaris AAM. A semiótica da morte e do morrer: um desafio à comunicação institucional. In: Rezende VL, Organizador. Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: UNICAMP; 2000. p.107-17.
25. Economist Intelligence Unit (EIU). A report from the Economist Intelligence Unit The quality of death Ranking end-of-life care across the world Commissioned by Lien Foundation[Internet]. 2010. [acesso 2013 mar 15]. Disponível em:http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf
26. Figueiredo MGMCA. Temas em psico oncologia. São Paulo: Summus; 2008. Cuidados Paliativos, p.382-7.
27. Figueiredo MTA. Educação em Cuidados Paliativos: uma experiência brasileira. Rev Mundo Saúde. 2003;27(1):165-70.
28. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1.973/2011. Publicada no D.O.U. de 1° de agosto de 2011, Seção I, p.144-7.
29. Doyle D. Palliative Care for the World. Rev Cienc Saúde. 2011;1(1):4-14.
30. Figueiredo MGMCA. Medicina Paliativa. Rev Cienc Saúde. 2011;1(3):2-3.
31. Silva TT. Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica; 1999. 156p.

Correspondência: Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo - Av. Renó Júnior, 368 - São Vicente - Itajubá - MG CEP 37502-138 Tel.: (35) 3629-8700 E-mail: mottacruz@terra.com.br