

PROJETO CATHIVAR

RESUMO

O projeto CATHIVAR está sendo desenvolvido por alunos da graduação de Medicina sob orientação de professores dos departamentos de Clínica Médica e de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. O projeto conta com apoio das Pró-Reitorias de Graduação e de Extensão. O objeto de estudo é a atenção a pacientes graves e o marco de referência é o movimento de humanização da atenção, considerando que o ambiente hospitalar pode ser suavizado pela introdução de situações de interação social mais amenas. Tem como objetivos compreender as representações sociais dos pacientes frente à expectativa da morte e analisar experiências de cuidados alternativos ao modelo dominante, contribuindo para alterar a visão essencialmente tecnicista e levar a reflexões que complementem e extrapolem a abordagem organicista do processo saúde-doença predominante na formação médica. Na primeira fase da pesquisa foi feito estudo na Clínica Nossa Senhora da Conceição, inspirada no movimento hospice, especializada na atenção a pacientes "fora de possibilidade terapêutica" portadores de câncer ou AIDS, em geral, pobres, quando não miseráveis. Utilizaram-se técnicas de entrevista e de observação direta para o estudo de caso. Foram acompanhados 9 pacientes durante um ano; 8 deles chegaram ao óbito. Resultados mostram existir na Clínica estrutura menos rígida e disciplinar do que a dos hospitais. Além do controle da dor e outros cuidados paliativos, tenta-se reproduzir um ambiente domiciliar através de recursos simples e pouco onerosos tais como diferentes cores nas paredes, uso de roupas comuns, participação dos pacientes em pequenas tarefas e incentivo a interações sociais, permitindo o compartilhamento e a comunicação constantes com o corpo clínico, familiares e amigos. Em relação à percepção da morte, os pacientes percebem sua iminência sem falar diretamente sobre ela. Sentem sinais físicos da fraqueza, e, da gravidade da doença por sinais emitidos por familiares e por pessoas que deles tratam. Oscilam entre os estados de choque, raiva à aceitação, mantendo tênue esperança da reversão do quadro. Quando falam da história da doença, parecem conformados com o estágio atual, mas revelam incompreensão em relação ao que lhes aconteceu. Na segunda etapa de atividades do projeto, estamos coletando dados, com a mesma metodologia, sobre o atendimento domiciliar do Hospital das Clínicas da UFMG para pacientes egressos da internação. Pretende-se que a análise contribua para indicar potencialidades e limites em relação o modelo hospitalar tradicional. Do ponto de vista acadêmico, a experiência do CATHIVAR já surte efeitos como projeto inovador de ensino, provocando iniciativas semelhantes. O projeto e seus resultados têm sido apresentados em vários fóruns, inclusive em evento internacional. Além de incentivar mudanças na formação médica, espera-se poder contribuir para o debate sobre cuidados paliativos e movimentos sociais de direitos dos pacientes.

INTRODUÇÃO

O Projeto CATHIVAR surgiu há cerca de 3 anos e foi inicialmente proposto por um grupo de alunos da disciplina optativa Sociologia Médica do curso de graduação da Faculdade de Medicina da UFMG. O projeto tem como objetivo central, em

consonância com os propósitos do programa de extensão da Universidade, contribuir para a formação de profissionais médicos capacitados e comprometidos com as nossas necessidades e realidades de maneira que possam enfrentar os diversos desafios que se colocam em seus caminhos gerando ações, resultados e inovações que se somem aos movimentos de desenvolvimento da cidadania e de práticas democráticas de saúde e educação.

O objeto de estudo é a assistência ao paciente em estágio terminal inserida no escopo do movimento social de humanização da assistência à saúde. Reflexões iniciais sobre o tema indicava que a situação vivenciada pelo paciente em estado extremamente grave, considerado pelo discurso médico como "fora de possibilidade terapêutica" era uma temática difícil de ser abordada pela delicadeza que a envolve e pelo lugar delegado a esse paciente na nossa sociedade. O rótulo recebido por esse paciente de maneira explícita ou não acarreta sérias conseqüências emocionais e sociais para ele, sua família e até para os que o tratam. A Medicina se revela impotente para enfrentar tal situação e o modo mais freqüente de atuação é tentar contorná-la transferindo para outros campos de saber e de prática os cuidados considerados necessários, categorizados de uma maneira genérica como "cuidados paliativos". Não se quer dizer, entretanto, ser essa tarefa exclusiva do médico, porém, é sob a égide do discurso médico que se organizam as instituições responsáveis por esse papel social.

Essa questão perpassa a instituição médica como um todo e os parâmetros que a organizam. É inegável que os serviços na área da saúde têm alcançado enorme avanço científico e tecnológico, assim como um grau de desenvolvimento de conhecimento invejável para qualquer ciência que pretenda cuidar do ser humano. No entanto, também parece haver consenso de que a evolução do conhecimento técnico-científico não tenha sido acompanhada por correspondente avanço na qualidade do contato humano presente em toda intervenção de atendimento ao paciente. Circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde, à doença e às formas de intervenção são, muitas vezes, subestimadas e até mesmo desconsideradas. Esse fato torna-se mais evidente e agudo quando se trata do paciente terminal, que necessita de atendimento mais humanizado, tendo-se em vista que a possibilidade de cura praticamente inexistente, restando tentar assegurar a morte digna.

Embora o estatuto atribuído ao paciente considerado terminal não exima o médico de sua responsabilidade com a visão integral do processo saúde-doença, a formação médica não contempla, pelo menos de modo sistemático, questões sobre a morte e sobre a atuação do profissional médico no momento em que o paciente recebe o rótulo social de "desenganado", ou seja, quando a intervenção da tecnologia médica não mais seria eficaz para restaurar a saúde.

A preocupação motivadora deste projeto de pesquisa foi a percepção dessas lacunas. O projeto foi elaborado e está sendo executado na tentativa de compreender melhor os condicionantes sociais que atravessam a vivência da situação limite do período que vai do diagnóstico da gravidade da doença e a morte.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para abordagem deste problema de pesquisa partiu-se da proposição de ser esse um problema de caráter médico-social e por isso poderia ser mais apropriadamente abordado a partir da visão das ciências sociais, complementando o enfoque clínico. Isso porque a relação médico-paciente, no estágio terminal da doença, apresenta problemas específicos que se revestem de grande importância para a ética bio-médica. É uma situação complexa, ultrapassando o limite do simplesmente biológico da intervenção médica e configurando a relação médico-paciente numa dimensão mais profunda e delicada: não há mais nada a fazer do ponto de vista terapêutico. Estabelece-se o dilema para o paciente e para o médico de não se saber o que fazer ao defrontar com a realidade do limite. A sensação de frustração pela incompetência da técnica médica diante da quase-morte pode explicar, pelo menos em parte, as tentativas individuais de evitar tratar do tema ou enfrentar o paciente terminal. É como se naquele momento, o médico desse como encerrada sua tarefa. A modernidade transferiu para o hospital o lugar por excelência da morte. Lugar frio e controlado (FOUCAULT, 2000). A morte no CTI ou no leito hospitalar transformou-se no emblema da segurança e do controle da sociedade sobre a vida. A tecnologia médica (a ciência e os aparelhos em geral) é o principal componente do ambiente social que vigia a morte. Vigiada pela medicina, a morte acontece fora do ambiente cotidiano do paciente, distante dos símbolos culturais e afetivos com os quais o paciente conviveu durante toda sua vida. O cenário do CTI de um hospital, com as características de presença intensa da tecnologia/ciência médica, de frieza das relações sociais - onde as normas são o silêncio, o não incomodar - tornou-se o 'tipo ideal' (segundo a definição de WEBER de que o ideal não quer dizer o melhor, mas aquele tipo mais característico da sociedade ou da instituição sob análise) da morte na sociedade moderna. Por outro lado, a humanização da assistência médica no país está colocada na ordem do dia, posta na sociedade de hoje como uma questão de direito humano, de cidadania e de ética profissional. A atenção a pacientes com graves quadros de doença ou considerados em estágio terminal é hoje objeto de intenso debate e de propostas de intervenção, visando a tornar menos traumatizantes as experiências vivenciadas por esses pacientes e seus familiares. O cerne da discussão quando se fala na humanização está, na realidade, no seu inverso, na constatação da negação daquilo que seja próprio do homem, sua capacidade de se comunicar, de ser sujeito no seu processo de adoecimento. Este projeto situa-se nesse espaço social, pretendendo repercutir com maior nitidez na formação médica, na medida em que o conhecimento e o cuidado que extrapolam o paradigma do saber do médico ficam geralmente relegados a um segundo plano ou delegados a outros profissionais. As atividades deste projeto, rompem essa cisão, expondo o aluno de medicina ao contato interdisciplinar, promovendo ainda a prática do trabalho em equipe.

METODOLOGIA

Decidiu-se por iniciar a investigação sobre a questão da assistência a esse paciente pela análise de uma experiência alternativa ao modelo de assistência exclusivamente hospitalar.

Para desenvolver a pesquisa empírica desta fase do projeto, o local escolhido foi a Clínica Nossa Senhora da Conceição de Belo Horizonte, especializada no cuidado a pacientes pobres, com câncer em estágio terminal ou HIV em qualquer estágio da doença, cujo modelo de assistência se inspira na filosofia Hospice. A estratégia metodológica é a de inserir o aluno em um projeto de pesquisa de modo que ele participe de todas as etapas de sua elaboração e execução, permitindo-lhe a apreensão e construção de todo o processo. Ao mesmo tempo em que se faz a investigação, presta-se assistência ao paciente, no caso, a escuta e a valorização social do paciente. Em linhas gerais, a abordagem do tema se inicia com a definição do problema a ser investigado, face às condições oferecidas pelo local selecionado para a pesquisa.

RESULTADOS

O modelo de hospice da Clínica

O paciente atendido atualmente na clínica é pobre, quando não, miserável, entre 25 e 50 anos, semi-analfabeto, sem emprego, família desestruturada, muitos deles usuários de drogas injetáveis que vivem sob as condições de risco social.

Como instituição filantrópica, a Clínica sobrevive de todo tipo de doações: alimentos, medicamentos, roupas, equipamentos, material de escritório e até para manutenção de ambulâncias.

A Clínica oferece atendimento multiprofissional e sua equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, bioquímico, farmacêutico. Participam também profissionais voluntários de diferentes formações. Com o objetivo de reproduzir de certa forma um ambiente o mais próximo possível do familiar, a Clínica lança mão de recursos bastantes simples e pouco ou nada onerosos.

Subindo para a área das enfermarias, depara-se com um aquário, que dá vida e cor ao percurso, e o "fumódromo", local onde pacientes, familiares e profissionais podem fumar e muitas vezes serve como ponto de encontro entre eles. Não é raro se encontrar lá pacientes e acompanhantes realizando outras atividades como bordar ou simplesmente conversando. As paredes dos corredores são azul-claras assim como o quarto que fica no mesmo pavimento do aquário. Em cada enfermaria existem leitos (camas) diferentes, pois são doados, com roupas de cama também diferentes devido ao mesmo motivo e pela intenção de não haver uniformização no aspecto visual do ambiente.

Os pacientes vestem roupas comuns do dia-a-dia, não trajam camisolas de internação, seja porque eles levam suas próprias roupas, pois é permitido usá-las, seja porque se originam de diversas fontes de doação. Nos quartos onde bate sol não é raro que alguns pacientes prendam seus lençóis no basculante da janela, improvisando uma cortina. No corredor principal desse andar está um sofá com algumas revistas e aqui também os pacientes se encontram uns com os outros e com visitantes que estão ali para visitar outros pacientes, com médicos, enfermeiras, pessoal da nutrição, do serviço de limpeza possibilitando assim uma maior interação de todos e melhoria no relacionamento interpessoal dos que freqüentam a Clínica. E é nesse corredor também que pacientes ajudam as

enfermeiras a embrulhar as "gazinhas", sentindo-se úteis por estarem desempenhando pequenas tarefas.

Durante os plantões noturnos é possível encontrar enfermeiros e médicos vestidos com roupas próprias da Clínica (aquelas doadas), do mesmo tipo das usadas pelos pacientes com o propósito de tornar o ambiente de internação mais ameno.

O maior resultado da aplicação desses recursos no ambiente da Clínica é o sentimento de melhor acolhida dos pacientes, expressado claramente tanto por eles próprios como pelos seus amigos ou familiares.

Os pacientes na Clínica

A clínica oferece condição para o compartilhamento, a comunicação não apenas com o médico e pessoal clínico, mas também com outras pessoas: familiares, amigos e até mesmo com grupos e organizações às quais estejam eventualmente vinculadas às experiências subjetivas passada e presente. Proporcionar meios para que o paciente terminal não seja privado desse aspecto fundamental da existência humana que é a sociabilidade significa romper com os limites à comunicação impostos na instituição hospitalar na direção da promoção da dignidade humana. A oportunidade de conferir à experiência vivida alcance mais amplo do que o sofrimento solitário é por si mesma um paliativo.

As vivências dos pacientes

Os pacientes convivendo entre eles, num ambiente mais aberto do que o encontrado num hospital, têm oportunidade de desenvolver atitudes de solidariedade, de cuidado com o companheiro de internação, podendo ter acesso a situações que não seriam vivenciadas em outros locais. Os pacientes em geral, mantêm boa relação com os seus colegas de enfermaria, cooperando com eles. São capazes de ceder, em determinadas situações, quando percebem que os outros pacientes estavam mais debilitados do que ele. Observamos quando em uma das noites, um deles levou seu colchão e travesseiro para outra enfermaria, para não ser necessário pedir ao outro paciente que desligasse o rádio que estava ouvindo em volume aumentado, pois entendia que o mesmo precisava da distração do rádio para aliviar a dor. Além dessas categorias de análise outras também foram trabalhadas tais como a percepção dos pacientes internados sobre sua doença bem como as limitações e a imagem do corpo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências proporcionadas pelo projeto, entre elas a participação nas reuniões clínicas e a convivência com os diversos profissionais da equipe de atendimento a pacientes terminais, possibilitaram superar a fragmentação do saber existente na atual formação médica, compreendendo as dificuldades como também a necessidade e extrema importância do trabalho inter e transdisciplinar e desde já reconhecer os limites da atuação de cada perfil profissional.

O projeto CATHIVAR surge como uma experiência pioneira, uma vez que pela primeira vez o tema da morte e dos pacientes terminais é exposto e debatido em nossa instituição de forma sistemática. Pode-se dizer que as atividades realizadas pelo grupo têm constituído oportunidades efetivas de aproximação entre a Universidade e a Sociedade, diversificando as experiências de aprendizado e de

formação de seus estudantes. Além disso, tem estimulado a abertura de novas linhas de pesquisa, a dinamização do currículo e das teorias e metodologias atuais.

Do ponto de vista da pesquisa realizada até o momento, os resultados deste estudo indicam a necessidade de se compreender melhor o significado dos cuidados ao paciente extremamente grave. Mesmo em se tratando de pacientes com precárias condições de vida é possível projetar alternativas de cuidados que extrapolem o ambiente frio e disciplinar do hospital num momento extremamente delicado da vida de uma pessoa e de sua família. Esses pacientes, excluídos por suas precárias condições de vida dos benefícios sociais aos quais deveriam ter direito, merecem, sem dúvida, maior esforço de compreensão sobre suas percepções em relação à doença, à gravidade dela e sobre o atendimento que vêm obtendo no sistema oficial de assistência hospitalar.

Por fim, ressalta-se o grande impacto que o Projeto vem tendo para o ensino da instituição. A experiência deste trabalho aponta ainda um caminho a perseguir para a formação profissional mais ajustada aos anseios sociais. A combinação de pesquisa, extensão e ensino, perspectiva com a qual o projeto trabalha, vem demonstrando ser estratégia interessante para o aprimoramento discente, por envolver o aluno em situações não usuais no currículo da graduação. Acresce-se ainda o interesse e o envolvimento demonstrado pelos participantes do projeto, repercutindo um eco positivo na comunidade acadêmica como um todo e nos estudantes em particular. O projeto tem sido apresentado em vários fóruns, inclusive internacional destacando-se o I Congresso de Saúde e Bem Estar do Século XXI realizado em junho de 2002 em Portugal. Além disso está provocando outras iniciativas semelhantes de alunos interessados em trabalhos de pesquisa e extensão sobre temas relacionados à humanização da atenção médica.

FICHA TÉCNICA INSTITUIÇÃO

Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais

PROFESSOR (A) ORIENTADOR (A)

José Carlos Bruno da Silveira

ALUNO (S) RESPONSÁVEL (IS)

Thaís Costa Drumond

ALUNO (A) RESPONSÁVEL PARA CONTATO

Thaís Costa Drumond

Rua Santos, 689 - Jardim América

Belo Horizonte - MG

Cep: 30460-700

Tel: (31) 9653.1504

E-mail: thais@medicina.ufmg.br