

NARRATIVAS HUMANISTAS: HISTÓRIAS DE CURA, CUIDADO E VOCAÇÃO MÉDICA

ORGANIZAÇÃO

ELIANA MENDONÇA VILAR TRINDADE E ALLAN EURÍPEDES REZENDE NAPOLI



CEUB

EDUCAÇÃO SUPERIOR

*NARRATIVAS HUMANISTAS:
HISTÓRIAS DE CURA, CUIDADO
E VOCAÇÃO MÉDICA*

Organização

Eliana Mendonça Vilar Trindade
Allan Eurípedes Rezende Napoli

Brasília
2025

CEUB

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB

Reitor

Pio Pacelli Moreira Lopes

Vice-Reitor

Gabriel Costa Mallab

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES

Diretora

Dalva Guimarães dos Reis

COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

Neulânio Francisco de Oliveira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Narrativas humanistas: histórias de cura, cuidado e vocação médica / organizadores, Eliana Mendonça Vilar Trindade; Allan Eurípedes Rezende Napoli – Brasília: CEUB, 2025.

293 p.

ISBN 978-85-7267-203-0

- I. Vocação médica. I. Centro Universitário de Brasília.
- II. Título.

CDU 614.253

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Reitor João Herculino

Centro Universitário de Brasília (CEUB)

SEPN 707/709 Campus do CEUB

Tel. (61) 3966-1335 / 3966-1336

PREFÁCIO

Este livro trata de algo que vai além do ensinar e do aprender o saber técnico das cadeiras frias da universidade. Ele ultrapassa os limites das ciências anatômicas, fisiológicas e clínicas em si e pretende trazer a visão de como essas ciências alcançam um outro patamar, quando da permissão de se atingir um lugar de intimidade do “eu” médico ou aprendiz, que, no “meu íntimo”, permito-me acessar para além do saber, o SER.

Aborda a reflexão feita a partir das experiências de aprendizado teórico e prático, a transcendência do que é técnico, para um olhar, um escutar, um compartilhar e um viver. A aproximação do universo do que cuida com o universo daquele que é cuidado. O desafio de se ver aprendiz ou profissional experiente, mas que, humildemente, entende que o indivíduo diante de si, o paciente, é um universo próprio e o trata de forma digna, empática, ética e humana.

Como se nos fosse possível fugir do que somos essencialmente, humanos, rendemo-nos aos encantos de uma medicina que, muitas vezes, pode tornar-nos excelentes técnicos, frios e pragmáticos, mas a oportunidade de acrescentar a isso a sensibilidade da escuta ativa, do olhar atento, do toque acolhedor pode colocar o aprendiz acima de grandes mestres puramente técnicos e pode levar os mestres humanistas a formar grandes discípulos pela força de suas palavras, mas, mais ainda, pelo poder de seus exemplos.

Nesta obra, professores e estudantes convidam o leitor a refletir sobre os aspectos de ensinar e de aprender, de ser um grande profissional técnico, mas de ser, também, um ser humano em sua essência e pronto a realizar, no ordinário, grandes experiências do saber e do viver.

A medicina narrativa é um portal para essas reflexões, ela propicia que, ao revisar as experiências vividas, profissional e indivíduo se encontrem para um momento singular, em que a proposta é não apenas olhar para quem cuida, mas também olhar para suas forças e limitações, reconhecer-se necessitado de também ser cuidado e reunir forças para continuar a caminhada.

Feliz leitura, feliz jornada!

Neulânio Francisco de Oliveira

Médico e coordenador do curso de medicina do CEUB

PREFÁCIO DA PRIMEIRA EDIÇÃO (E-BOOK)

O convite que recebi da profa. dra. Eliana Mendonça Vilar Trindade e do prof. dr. Allan Eurípedes Rezende Napoli, para prefaciar a obra intitulada *Narrativas humanistas: medicina além dos livros*, é motivo de honra e gratidão. Honra por me manifestar sobre uma obra de dois amigos e colegas de trabalho que conheço e admiro há mais de duas décadas e gratidão por redigir observações preliminares a respeito desse trabalho literário que desperta para a importância de se criar um novo paradigma na medicina, voltado para o atendimento integral do ser humano. A profa. Eliana, mestra e doutora em psicologia, pela Universidade de Brasília, com numerosas publicações e experiências no campo da educação médica – em especial, nas metodologias ativas que buscam revitalização do olhar humanista –, destaca, nas primeiras páginas escritas, a importância de se focar na pessoa que adoece e não na doença que se procura diagnosticar e tratar, conquista essa que se inicia por uma bela história ou narrativa. O prof. Allan, médico há 39 anos, mestre em medicina e com dedicação à docência médica há 20 anos, enriquece esse trabalho com a sua vasta experiência espiritualista. A dra. Gabriela Mendonça Trindade, médica, formada pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal, contribui destacando a importância da medicina narrativa para uma abordagem biopsicossocial, disruptora do modelo secular reducionista e tecnicista. Os colaboradores discentes, já em fase de conclusão da metade dos seus currículos universitários, com grandes habilidades cognitivas e comunicativas, captaram as histórias dos seus pacientes, refletindo sobre seus conflitos e a realidade dos atendimentos, sem alijar-se das suas condições humanas de pessoas sensíveis ao sofrimento alheio. A palavra mais repetida nas narrativas elaboradas por eles foi **empatia**, demonstrando maior consciência ética e transmutando relacionamento profissional autoritário, objetivo e reducionista, em busca de um diagnóstico e suas implicações, habitualmente presente na cultura médica tradicional, para uma nova “estética médica”, em que a inspiração, a sensibilidade e a espontaneidade permeiam a experiência formativa estruturada no conhecimento científico, transcendendo o foco biomédico para uma dimensão mais ampliada e holística do ser humano.

A educação médica é uma preparação para ações práticas e éticas, em cuja arena de desafios se apresentam questões dilemáticas e permanentes, como: **o que é melhor fazer; como se deve agir; como descobrir-se o suficiente para se tornar o ato médico satisfatório e que escolhas se deve fazer em prol do paciente.** Essas decisões, segundo a médica e professora inglesa Trisha Greenhalg, são implacavelmente contextuais.

A medicina é uma ciência milenar, cujo exercício vem experimentando mudanças de arquétipos ao longo do tempo. O pilar primordial dessa atividade é o fato de que tudo começa com o encontro de dois indivíduos, denominados pelo filósofo e bioeticista americano Hugo Tristram Engelhardt (1941-2018), **estranhos morais.** Estes, com suas narrativas individuais e em uma relação efêmera, darão início a uma nova história, etapa incipiente no contexto semiológico e que poderá prolongar-se por muitos anos. O encontro entre o paciente e o seu médico implica expectativas de ambas as partes, e o êxito decorrente dessa relação é fator primordial para o sucesso de qualquer tratamento.

O progresso científico e tecnológico dos últimos 170 anos trouxe à profissão médica um cenário de múltiplas opções de desempenho. A evolução galopante da indústria farmacêutica e das tecnologias permitiu a melhora e a cura de muitas doenças complexas, antes fora de possibilidades terapêuticas. A expectativa de vida humana, que girava em torno de quatro décadas, no início do século passado, foi praticamente duplicada até o momento atual. Multiplicaram-se as especialidades médicas, fragmentando o corpo em segmentos passíveis de correção pelos mais bem treinados experts das áreas. Essa medicina, lastreada no modelo secular tecnicista e cientificista, a despeito das conquistas inquestionáveis no aspecto biológico do indivíduo, não conseguiu suprir as maiores carências com que diuturnamente os profissionais de saúde se deparam. As doenças crônicas e degenerativas, mais frequentes nos processos de envelhecimento, expõem uma realidade de insatisfação nos recursos da saúde a que se tem acesso, uma vez que as pessoas percebem que faltam profissionais nos atendimentos primários, as filas para admissão às consultas são intermináveis, os custos assistenciais e a demanda de exames complementares dispararam, e o humanismo se tornou motivo de elogio, quando se faz presente.

A palavra **paciente**, de origem latina, significa: “**o que sofre**”; “**o que padece**”. Com toda essa historicidade e evolução da ciência médica não precisamos de muito esforço contemplativo para percebermos que o sofrimento humano aumenta à medida que o enfrentamento das incertezas e ambiguidades do seu adoecimento se distancia do altruísmo, empatia, justiça, respeito e compaixão, atitudes e comportamentos essenciais aos que se dedicam a prolongar a vida e a aliviar a dor dos que sofrem.

Uma propedêutica médica clássica enfoca um padrão sistematizado, pautado na anamnese, no exame físico e nos exames complementares, com o propósito de estabelecer diagnóstico e prognóstico de enfermidade específica. Não contempla a subjetividade que cada narrativa carrega no seu bojo e dá espaço para maior tecnificação, além de superfluidades de exames e obstinações ou futilidades terapêuticas.

A profa. dra. Rita Charon, criadora do Programa de Medicina Narrativa, em 2000, na Universidade de Columbia/USA, destaca que, quando um estudante de medicina ou outro profissional ligado à área da saúde escreve com imaginação e fluência sobre os relatos dos pacientes, consegue vislumbrar um universo bem mais amplo e fértil, preenchendo eventuais lacunas que a anamnese clássica pode gerar.

Introduzir as narrativas como instrumento da prática clínica, na formação e no exercício profissional, representa mudança de paradigma, cuja principal conquista será maior humanização, capacitando indivíduos mais conscientes e seguros no enfrentamento de todos os contextos que a arte da medicina pode ostentar. Quando o médico elabora uma história clínica ou narrativa, ele age como historiador, antropólogo e biógrafo, tentando compreender os fenômenos biológicos e psicossociais que envolvem o adoecimento individual. É necessário saber enxergar o que se vê e escutar o que se ouve, para não se frustrar o encontro de duas narrativas que podem ser efêmeras na sua temporalidade, mas permanentes no seu significado hermenêutico.

Educar é uma tarefa transformadora, e essa responsabilidade na docência médica implica inspirar e resgatar da medicina profissão a medicina vocação. Lapidar o médico vocacionado é investir em uma relação interpessoal, sem as

formalidades que conduzem a comportamentos padronizados e limitam as livres exposições dos enigmas individuais. Essa relação intersubjetiva e ontológica tem seu espaço incontestável nas narrativas médicas e humanistas a que essa obra se refere. Incorporar esse “instrumento” formativo no currículo do curso de medicina do Centro Universitário de Brasília (CEUB) representa contribuição significativa para o surgimento de uma nova geração de médicos, em que o conhecimento científico, permeado pelas habilidades comunicativas verbais e textuais, permitirá o resgate da abordagem holística que toda a enfermidade merece ter.

José Antero do Nascimento Sobrinho

Médico e professor do curso de medicina do CEUB

SUMÁRIO

CAPÍTULO INTRODUTÓRIO -A FACE HUMANA DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (CEUB).....11
Eliana Mendonça Vilar Trindade; Renata Facco de Bortoli

CAPÍTULO 1 - VOCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO FUTURO MÉDICO: CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA E DAS ARTES.....31
Gabriel Ramos Muniz Braga; Julia Yukie Nozawa; Lucas Rodrigues Gobbi; Luíza Oliveira Ramagem; Marcos César Brites Garcia; Eliana Mendonça Vilar Trindade (orientadora)

CAPÍTULO 2 - MEDICINA NARRATIVA COMO MEIO DE ELABORAÇÃO DO LUTO: MEMÓRIAS DE UM LUGAR CHAMADO SAUDADE.....51
Renata Facco de Bortoli; Allan Eurípedes Rezende Napoli; Eliana Mendonça Vilar Trindade

CAPÍTULO 3 - “SOCIEDADE DOS POETAS VIVOS” – GRUPO REFLEXIVO NO INTERNATO EM SAÚDE MENTAL: SAÚDE INTEGRAL DO MÉDICO EM FORMAÇÃO.....74
Lícia Zanol Lorencini Stanzani; Renata Facco de Bortoli

CAPÍTULO 4 - MEDICINA NARRATIVA E O DESENVOLVIMENTO DA EMPATIA NO FUTURO MÉDICO.....85
Eliana Mendonça Vilar Trindade; Gabriela Mendonça Trindade

CAPÍTULO 5 - UM SONHO REALIZADO.....104
Allan Eurípedes Rezende Napoli

CAPÍTULO 6 - VIVÊNCIAS EMOCIONAIS E COMPETÊNCIA AFETIVA DURANTE A GRADUAÇÃO: O SOFRIMENTO DO ESTUDANTE DE MEDICINA.....118
Carolinne Camila de Souza Scarcela

CAPÍTULO 7 - O OLHAR HUMANIZADO NA GRADUAÇÃO MÉDICA: UMA EXPERIÊNCIA DE CRESCIMENTO.....168
Ana Luíza Antony Gomes de Matos da Costa e Silva

**CAPÍTULO 8 - EXPERIÊNCIAS INESQUECÍVEIS PROPORCIONADAS
PELO CURSO DE MEDICINA.....201**

Marina Batista Kaminski

**CAPÍTULO 9 - SENSIBILIDADE ÉTICA DO ESTUDANTE DE
MEDICINA.....227**

Luiz Felipe Falcão de Souza

**CAPÍTULO 10 - MORTE E MORRER: LIDANDO COM A FINITUDE DA
EXISTÊNCIA.....256**

Ana Júlia Souza Malheiros

POSFÁCIO.....288

Bruno Ramalho de Carvalho

CAPÍTULO INTRODUTÓRIO

A FACE HUMANA DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (CEUB)

Eliana Mendonça Vilar Trindade
Renata Facco de Bortoli

“A poesia tem comunicação secreta
com o sofrimento dos homens”.

Pablo Neruda

A arte de escrever o passado, o presente e o futuro... Estamos no final de junho de 2024, desde a primeira publicação deste livro, passaram-se três anos. As lições aprendidas desde o começo da pandemia em 2020 foram de intenso sofrimento, perdas e necessidade de adaptação coletiva, a fim de sobrevivermos como espécie. Sendo assim, mais do que nunca, a subjetividade precisa de muitos cuidados, de olhares sensíveis e disponíveis, com o propósito de integrarmos tantas mudanças.

O valor das narrativas se torna maior com a passagem do tempo e a possibilidade de elaboração dos múltiplos afetos envolvidos, como é natural, pensando no funcionamento do próprio aparelho psíquico. Ler, reler, rever, “transver o mundo”, como bem sugeriu o poeta Manoel de Barros, em sua simplicidade complexa. Talvez o que ele, após muito observar a natureza em seu sítio no Mato Grosso, com calma e serenidade, tenha nos legado é que somos seres limitados para ver as coisas e que a imaginação sempre estará envolvida no processo de apreensão do real. E, assim, a necessidade de olhares diversos e complementares pode ser importante nesta tentativa digna e louvável de nos aproximarmos daquilo que somos e de quem estamos sendo.

Na grande colcha de retalhos de tantas memórias e de utilização das metáforas para se apropriar da entrega profissional vocacionada criada na inter-

relação dia após dia, a meu ver, é necessário revisar sempre os detalhes, os nomes, as datas e os locais, mantendo o cuidado com a narrativa em sua essência.

Os cenários práticos no contexto de saúde hoje em dia são extremamente exigentes. Costumam ser impactados por inúmeros conflitos, dilemas éticos e bioéticos, requerendo do profissional, do docente e do aluno muita paciência, sabedoria e olhar ampliado para manejar tantas emoções suscitadas. A literatura científica aponta para alta incidência de adoecimento dos profissionais de saúde, o que pode influenciar na equipe assistente, trazendo sérias dificuldades para assistir tantas pessoas. O grupo de alunos, por sua vez, enfrenta ansiedade natural diante da necessidade de aprender, ao mesmo tempo em que precisa lidar com muitos não saberes nesta interação e comunicação humana, que precisa ser compassiva diante de tanto sofrimento vicário.

São esperadas inúmeras situações desafiadoras na assistência ao paciente em seu contexto biopsicossocial. É grande o número de pacientes com adoecimentos complexos, permeados por dificuldades na aceitação da situação, seja pela família, que pode não configurar uma rede de apoio, seja pelas características inerentes do próprio paciente, o qual, em estado tão vulnerável, pode ter traços de personalidade aflorados diante do ajustamento necessário, clamando por auxílio, visando a amenizar o seu sofrimento integral, especialmente nos aspectos psíquicos, espirituais, sociais e existenciais.

O aluno em busca de excelência, tendo tempo disponível para coletar informações cruciais, esmera-se em ouvir o paciente de maneira empática e não julgadora. Dessa forma, podem ser a ele endereçadas revelações nunca antes compartilhadas nos cenários, acompanhadas de pedidos explícitos ou subliminares de mediação na comunicação com a equipe assistente ou a família. O aluno pode também deparar-se com questionamentos profundos dos pacientes entrevistados, abrangendo perguntas sobre orientações que recebera em seu acompanhamento, sobre aspectos relevantes de seu diagnóstico ou terapêutica, gerando diálogos difíceis no que tange à comunicação de más notícias em saúde. Pode haver necessidade de manejo emocional, estando essas conversas inseridas em

perspectivas diversas no contexto familiar e sociocultural do qual o paciente faz parte.

É sempre um desafio falar em terceira pessoa, preservando o sigilo com a sacralidade do encontro vivido e compartilhado, com o intuito de compreender o que acontece na primeira pessoa do singular. Há de se considerar todo o contexto e o momento específico envolvido, estando o autor atento, alerta, presente, vivo e pensante em seu ato de narrar o ocorrido.

A medicina narrativa como ferramenta metodológica tem muitas formas de abordagem e entendimento ao redor do mundo e no Brasil desde que foi oficialmente publicada. Sua característica parece ser mesmo dinâmica e indefinível pela essência do que significam as palavras e seus múltiplos significados possíveis diante do entendimento tangível a cada pessoa.

Penso, como hipótese, não haver processo de edição possível para sintetizar o humano sem distorções. Pergunto-me se há tempo hábil nesta vida para entrar em contato com tantas outras vidas. Torna-se evidente que as narrativas ajudam nesse processo. Que este livro agora também more na estante das nossas casas, na cabeceira ao lado da cama, caminhe conosco nas mochilas para o trabalho, faculdade, que sirva de provocação, inspiração e disparo para belos cafés compartilhados com bons amigos e companheiros de jornada.

Um compilado de folhas impressas sempre será um agente vivo que se transforma naturalmente com o momento e a perspectiva histórico-cultural, além de ganhar diferentes camadas de materialização e ineditismo quando lido, interpretado e conectado a outras memórias e histórias do leitor.

Sem dúvida, esta segunda edição do livro poderá agregar muitos fatos novos, olhares poéticos de nossos amigos e parceiros, como o que foi escrito acima, neste capítulo, pela profa. Renata Facco de Bortoli, médica, poeta e atual líder do eixo educacional Profissionalismo do CEUB, sendo essas reflexões fundamentais acerca da profunda interligação entre a medicina narrativa e o despertar da vocação médica, evidenciando-se, também, o valor terapêutico dessa ferramenta pedagógica inovadora, em especial para o internato médico neste momento.

Os temas contemplados são universais e ultrapassam questões históricas, pois, em diferentes momentos, o estudante de medicina precisa vivenciar rituais de iniciação, mobilizado para atender aos próprios anseios e de uma cultura acadêmica. Em busca de suprir necessidades, mudanças e pedidos de ajuda, acaba por lançar mão de motivações conscientes e inconscientes. Sentimentos conflitantes dos estudantes são despertados pela imaturidade deles frente à realidade acadêmica. Surgem dúvidas, incertezas, sentimentos ambíguos, desencantos e frustrações (Trindade; Vieira, 2013). São temáticas universais e transcendentais, inspiradoras de grandes narrativas em parte ficcionais que abordam a formação médica.

A adoção da metodologia Problem Based Learning (PBL) – Aprendizagem Baseada em Problemas – pelo CEUB possibilitou a inserção precoce do aluno no ambiente hospitalar, exigindo dele saber como lidar com diferentes situações, com as quais não tinha contato prévio, bem como demonstrar habilidade técnica e emocional frente ao paciente. Assim, além de ter de demonstrar que sabe realizar um bom exame clínico, deve também ter suporte para o enfrentamento de situações de forte cunho ético, emocional, psicológico e social. Essa consciência deve criar elos que possibilitem ao docente agir sempre em prol do equilíbrio mental do estudante.

Nesse aspecto, também são importantes as experiências iniciais sobre conhecer o outro. Muitas vezes, sentimento de culpa é despertado no aluno, já que, por meio do contato com o paciente, são obtidos dados da história do adoecer e de sua vida, e o estudante percebe estar aprendendo sem dar nada em troca, sentindo-se invasivo e especulador. Ademais, ao realizar o exame físico, tendo de tocar, palpar e fazer exame ginecológico ou retal em pacientes, o estudante pode ser tomado por emoções e angústias de intensidade variável, de acordo com o nível de conflito que estiver vivendo (Jorge, 2014).

Sem dúvida, é impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, porque, talvez, mais do que na vida, é na morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental. Por isso, parece indispensável integrar a reflexão sobre a morte no estudo da educação médica.

A busca por **maior humanização da prática médica se revela complexa, real e necessária**. No capítulo dedicado a esse tema, podemos visualizar que esse

conceito permeia o ideário dos estudantes, que buscam com avidez modelos, referências e teorias que os ampare no alcance de prática mais comprometida com valores humanistas, tais como altruísmo, equidade, justiça, respeito e compaixão.

São diversos e inesgotáveis temas, como o apresentado no capítulo em que são abordados os inúmeros **ganhos e aprendizagens inerentes à graduação médica** bem como no capítulo que trata da “Indesejada das gentes”, linda expressão do escritor Manuel Bandeira (2016), para falar de nossa finitude. Sabemos que somos seres mortais, no entanto, eternamente desadaptados e marcados pelo terror à morte.

Profundamente relevante o capítulo dedicado **aos sentimentos e às vivências dos estudantes de medicina**, até porque devemos cuidar mais desse grupo de pessoas, visando a promover resiliência, inteligência emocional e proatividade, assim como devemos prevenir o adoecimento psíquico tão prevalente e grave nessa população.

Muito relevante também a reflexão voltada à **questão de cunho ético, sobre o profissional que o futuro médico não quer ser**, que, sobretudo, alerta-nos para os riscos do aumento do ceticismo, da perda do humanismo espontâneo, enfim, para o risco de deformação ética gerada no estudante, pela face adversa da graduação médica. As reflexões de cunho ético são fundamentais para a prevenção da deterioração de valores e de práticas do futuro médico, ao relatar posturas de não aceitação passiva e silenciosa de processo crescente de naturalização de algumas ações profissionais inadequadas.

Esse capítulo reforça a nossa crença de que docentes, membros da faculdade, médicos e demais profissionais de saúde devem estar atentos para incorporar os valores e os comportamentos os quais desejam que seus estudantes demonstrem na atuação como profissionais. Mensagens contraditórias oriundas de um currículo oculto são didaticamente patogênicas.

O aprendiz terá dificuldade em desenvolver uma prática baseada na compaixão e no cuidado, quando de um lado são incentivados para a prática compassiva e do outro vivenciam práticas baseadas na competição, em questões financeiras e no uso inadequado da autoridade. Educadores devem servir de modelos e inspiração, criando situações que traduzam o

privilégio e a honra do exercício profissional e, dessa forma, colaborar com as transformações positivas do ambiente educacional que delimita o currículo oculto (Smith, 2005).

Precisamos, sem dúvida, também falar sobre **morte e morrer**, porque concordamos com Ana Claudia Quintana Arantes, que a morte é um dia que vale à pena ser vivido (Arantes, 2020). Precisamos nos humanizar, precisamos compreender os sentimentos e os sofrimentos dos estudantes, em seus ritos de passagem, e precisamos também refletir sobre os ganhos e as aprendizagens gerados por um currículo médico inovador que abre espaço para a reflexão inspirada na tanatologia.

O prof. Allan Napoli, grande parceiro de jornada, presenteia-nos, também, com sua visão de mundo bastante diferenciada e enriquecida por sua espiritualidade, bondade e filosofia de vida, em um capítulo poético e literário que aborda os grandes benefícios do resgate da cultura oral em sala de aula, por meio da apresentação aos estudantes de fábulas e de histórias universais com conteúdo ético e moral. Leremos seu belo capítulo em que poderemos conhecer um pouco mais de sua história de vida, de sua atuação como docente e de suas práticas pedagógicas.

Antes da apresentação das narrativas, resolvemos inserir um capítulo de cunho teórico, em que eu juntamente com Gabriela Mendonça, egressa do curso de medicina da ESCS, onde fui professora durante 13 anos, contextualizamos e refletimos sobre a importância da ferramenta pedagógica denominada **Medicina narrativa para a educação médica contemporânea**, prática ainda bastante pouco divulgada e conhecida.

Nesta segunda edição, foram inseridos três novos capítulos fundamentais, uma vez que nos permitiram materializar uma abrangência maior desta obra, já que um dos novos capítulos enfatiza os benefícios éticos e clínicos da narrativa médica no contexto do internato. Logo no início do livro, ficamos muito felizes de poder acrescentar uma reflexão estruturante para a graduação médica sobre a vocação do médico e sobre a nossa responsabilidade como docentes de evocarmos esta motivação intrínseca e genuína do futuro médico diante de sua escolha profissional e existencial. Para finalizarmos esta descrição da segunda edição do livro, é necessário falar do capítulo destinado a homenagear de forma póstuma o saudoso prof. dr. Vitor

Machado. A dor do luto permitiu que estudantes e amigos falassem, por meio de narrativas poéticas e lúcidas, do grande legado desse professor e da essência do ser médico.

Por fim, é fundamental agradecer o apoio do CEUB na edição deste livro, em formato de e-book e agora impresso, e de todos os alunos empenhados e dedicados na elaboração deste trabalho, sobretudo, o carinho e a dedicação do prof. Allan Eurípedes Rezende Napoli, que, sem dúvida, quebra o modelo educacional e institucional voltado à onipotência médica e, pelo contrário, revela a doçura e a gentileza daqueles que são verdadeiros médicos de homens e de almas.

Este livro, inicialmente publicado em formato digital durante a pandemia, foi fruto de esforço acadêmico conjunto, com foco no cuidado integral pelo ser humano. A busca do fortalecimento da face humana da medicina e o compromisso e a sensibilidade dos estudantes, ao longo de 2020, ano inesquecível, pela sua singularidade e pelo seu valor histórico, mostraram-se, por meio de narrativas humanistas, reveladores da nova perspectiva da educação médica.

Sem dúvida, cada paciente carrega, em seu corpo doente, em seu sofrimento, em seu semblante, uma história a ser contada e recontada. O hospital não é um lugar simples. Ninguém sai impune desse cenário, as imagens são fortes, inesquecíveis. São muitas histórias e muitos olhares. Falamos do Sistema Único de Saúde (SUS), dos riscos de decadência de uma prática médica deteriorada, da necessidade de resgate dos valores humanistas, de uma formação mais plena para estudantes de medicina. São muitos os desafios colocados. Optamos apenas por contar histórias. Antes de mais nada, é preciso perceber as demandas não explícitas de quem nos procura, escutar o que cada paciente tem a dizer e não apenas ouvir. Decodificar as doenças, traduzir as múltiplas linguagens apresentadas pelo paciente, encantar-se com as infinitas possibilidades do encontro humano e ultrapassar as barreiras erigidas pelos sintomas físicos e por prática médica deveras protocolar e tecnicista. É preciso silenciar a mente e deixar falar a voz que vem do coração.

Toda doença é sempre repulsiva e pode anunciar uma morte temida, perda de *status* social, desvalorização, enfim, ela dilacera nossa sensação de segurança e de inviolabilidade. Freud (1901), médico vienense, criador da Psicanálise, afirmava que

somente conhecemos a estrutura mais profunda de nossa mente por meio das neuroses, do adoecimento psíquico, como um cristal que, ao se quebrar, deixa perceptível suas veias estruturais. Com sua metateoria, ele nos mostrou que o normal se aproxima muito do patológico, já que temos todos um universo subjetivo marcado por vicissitudes e por traumas. De perto, ninguém é normal.

Por outro lado, a doença nos convida a chegar mais próximo do que naturalmente evitamos lidar e falar. Se o nosso objetivo é conhecer o ser humano em suas vivências e idiosincrasias, temos de nos aproximar dos hospitais, de seus leitos e, sobretudo, de nós mesmos. Nessa perspectiva, não existem pacientes difíceis de serem tratados, mas existem dificuldades do próprio médico em lidar com uma gama imensa de situações estressantes, seja pela dureza e pela hostilidade da situação, seja pela gravidade das doenças e pela dramaticidade da condição humana, enfim, pelo forte sentimento de impotência diante das injustiças sociais.

Medicina além dos livros é uma prática médica sem foco exclusivo nas doenças. Ninguém gosta de ficar doente e, muito menos, de admitir suas próprias mazelas. A sensação de ameaça pode ser mais patogênica do que a própria doença. A psicogênese e a relação entre nossa mente e o nosso corpo, ou seja, o quanto nossas emoções negativas podem contribuir para o nosso adoecimento físico, representam um consenso científico desde o século passado. A experiência de adoecimento, em sua realidade pungente, orgânica, inexorável, acompanhada de dor e de desfiguração do corpo, constitui, portanto, grande reveladora antropológica, psicológica e sociológica de nossa frágil condição humana. De outra forma, é por meio da doença – grande professora, denominada pelo saudoso médico e escritor Moacyr Scliar, como uma paixão transformada – que vamos desenvolvendo maior consciência reflexiva acerca de nossa finitude e fragilidade. O estudante de medicina vai aprendendo aos poucos a compreender todas as dimensões aí presentes.

Se a doença é o lado reversível do amor, segundo Thomas Mann, então, como paixão transformada, ela manifesta elevados níveis de sensibilidade e transcendência que frequentemente conduzem o ser humano a realizar obras inesperadas. Seja ela transformada num estado espiritual transcendente, numa descoberta profissional ou numa obra literária, a doença tem sido uma musa inspiradora para a arte e a ciência (Scliar, 1996).

A prática clínica realizada de forma espontânea, automática e não reflexiva é insuficiente. Cabe a outros profissionais auxiliar nessa busca para refletir e repensar o vínculo estabelecido entre médicos e pacientes. Nesse outro lugar, próximo, mas distante, eu venho tentando me encaixar, buscando ângulos e perspectivas. A psicologia da saúde e a psicanálise oferecem relativo conforto para esse novo olhar da relação médico-paciente. Essa percepção não é um fato apenas teórico. No meu caso, em especial, desde criança, testemunhei, admirei e me alegrei ao ver o amor de meu pai no cuidado com seus pacientes e percebi que a medicina, muito mais que um ofício, representava uma forma de existência mais comprometida com o ser humano. Com esse pequeno parêntesis, quero reforçar a ideia central do nosso livro de que medicina não se aprende apenas nos livros. Muito além dos livros, dos compêndios, das ciências biológicas, da psicologia, existem encontros, narrativas e histórias a serem contadas.

Como filha de mineiros, herdei o prazer de ser anfitriã, de acolher, de colher frutos, de oferecer o melhor da gastronomia familiar e humana, de conversar, de dialogar, de romper com o lado mais rasteiro e mecânico do cotidiano. Acredito que podemos ser anfitriões da vida e na vida. Cuidar das pessoas como se fossem nossos convidados. Que essas pessoas jamais sejam pacientes anônimos, esquecidos, mas, sim, sempre lembrados e homenageados. A memória afetiva permanece, as pessoas renascem, e a medicina agradece. As narrativas perenes atingem o coração e reestruturam muitas vidas. O ambiente acadêmico do CEUB nos acolheu na grande e ousada tarefa de escuta e de harmonização de múltiplas falas, narrativas orais e escritas, nascidas do desejo genuíno de promoção da saúde do ser humano.

Como docentes, tentamos transmitir aos queridos estudantes o amor pela vida e pelas pessoas – que possamos ser pessoas compassivas, que possamos praticar a biofilia, apesar de vivermos em uma sociedade marcada pela destrutividade e pela violência. É preciso lembrar para esquecer! Segundo essa premissa psicanalítica, tudo aquilo que pode ser dito, materializado de forma catártica em palavras, liberta-nos, esclarece-nos, mas, por outro lado, se carregamos muitos tabus, feridas e traumas, não conseguimos escapar da compulsão à repetição freudiana, da sina de sempre sermos vítimas de nossos recalques e do destino já previamente definido, das profecias que se autocumprem.

A arte da conversação tem sido esquecida por todos, não apenas por profissionais da saúde. Tem sido banida dos lares, pois a pressa é grande, são muitos os afazeres, são muitos os celulares. Uma prática que rivaliza, em excesso, com a lógica capitalista, com a agilidade dos celulares e das redes sociais. É preciso pensar melhor, conversar verdadeiramente, treinar o altruísmo, o interesse genuíno pelo outro, valorizar saberes, buscar o pasmo essencial diante do mundo, conviver respeitando a distância preconizada por Carlos Drummond de Andrade – não muito longe nem tão perto –, praticar a arte da escuta, envolver-se sem ficar envolvido em demasia.

Somos constituídos por inúmeras narrativas, perpassados por tantas falas e redes sociais, pela dimensão simbólica da linguagem, somos depositários de tantos encontros ao longo da vida. Contar histórias é uma forma de romper com o silêncio e o vazio, é uma estratégia de reunir pessoas, de transmitir cultura, de compartilhar dores, de sair da solidão em uma cidade bastante focada no trabalho, no status social, no poder, nos papéis sociais estanques e marcada pela solidão, pelos desencontros, ainda sem identidade definida, carregando a marca da diversidade para o bem e para o mal. A psicologia me trouxe outras lentes e me permitiu viver em outra Brasília, viver além do real, escutando e vendo situações raras. É grande a emoção de trazer, neste livro, juntamente com meus parceiros, um pouco da teoria sobre narrativas médicas e educação médica. O nosso grande desafio é compartilhar emoções e vivências dos estudantes, inspirar corações, resgatar a crença nos milagres.

O sentimento principal que permeia esta obra é felicidade e não sofrimento, embora o tema central seja narrativas médicas. Sabemos que a crença de que existem maneiras rápidas de se alcançar a felicidade cria legiões de pessoas entristecidas, conflitivas e deprimidas, mas me refiro à felicidade fruto do exercício continuado e criativo de virtudes, de talentos, de sensibilidade, bastante inspirador e inspirado nas relações acadêmicas. A felicidade surge quando existe prazer, engajamento e significado na vida. Tornar-se pessoa implica processo de continuidade, de complexidade e de profundidade em busca de si mesmo, o que ficará evidente ao longo deste nosso percurso.

O CURRÍCULO MÉDICO INOVADOR E FORMADOR DE UM NOVO PERFIL DE MÉDICOS: A DIVERSIDADE DE POSSIBILIDADES CRIADAS

Como professora do CEUB, sei da importância de estar em uma instituição acadêmica e, também, de se ter um currículo educacional que nos direcione e que possa nos trazer, com clareza, um caminho a ser percorrido. Um currículo inovador de medicina é marcado por maior diversidade de recursos pedagógicos modernos e de temáticas humanistas autênticas e propulsoras do processo de amadurecimento dos estudantes.

Minha primeira experiência clínica e docente com medicina narrativa ocorreu na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), do Governo do Distrito Federal (GDF). A maturidade clínica dos estudantes do CEUB nos permitiu retomar essa prática humanista, uma vez que essa ferramenta pedagógica pode ser usada nas séries iniciais da graduação médica, o que permite ao estudante expressar suas angústias e seus receios inerentes ao processo de aprendizagem. Iremos abordar com mais propriedade teórica esse tema em capítulos posteriores.

Temos em mente o perfil de um médico humanista, reflexivo, compassivo, comprometido com a dinâmica social, engajado em ciência, enfim, um perfil de egresso condizente com os dramas humanos contemporâneos. Nesse sentido, fica patente que competência médica científica sozinha não consegue ajudar o paciente a enfrentar as perdas da doença ou a encontrar sentido no sofrimento. Juntamente com a habilidade científica, os médicos precisam da habilidade de ouvir as queixas de seus pacientes, apreender e honrar seus significados e serem movidos a agir sempre buscando a saúde dos pacientes. Muitas narrativas humanistas revelam sofrimento, angústias, anseios, medos dos alunos durante as práticas na graduação médica. Ao revelarem feridas incuráveis e potencial de bondade no cuidado com o outro, demonstram aos leitores leigos e técnicos a importância da subjetividade e da humanidade dos médicos, fato tão bem retratado pelo mito de Quíron, na mitologia grega, ao representar o centauro que se humaniza devido à consciência de sua ferida incurável. Ele era considerado por seus pais como um ser superior, inteligente, civilizado, bondoso e célebre por sua habilidade em medicina. De vez em quando, é

bom o futuro médico adoecer. Como os pais de Quíron, sentimo-nos profundamente orgulhosos de nossos estudantes, seres sensíveis, emotivos, dedicados e colaborativos com nossos sonhos.

De acordo com Santos *et al.* (2017), a educação médica não diz respeito somente à aquisição de conjunto de conhecimentos e habilidades necessários ao exercício profissional, mas também à aquisição de nova identidade na vida, a identidade de médico com todos os direitos, recompensas e responsabilidades embutidos na profissão. Buscamos sempre um foco na face humana da medicina, e sou testemunha de que a educação médica tem sido, sem dúvida, grande propulsora das ações e das transformações da prática docente e da qualidade do cuidado com o paciente.

Vamos criando um ambiente mais amigável e afável dentro da universidade, um novo campo fenomenal. Vamos formando parceiros empenhados em objetivos comuns, e tudo isso propicia o que chamamos de sincronicidade. No livro *Sincronicidade: a dinâmica do inconsciente*, do psiquiatra suíço Carl Jung, a apresentação da teoria sobre as conexões acausais ou coincidências significativas contribuiu para o esclarecimento de fenômenos que extrapolam explicações científicas (Jung, 2014). A sincronicidade de acontecimentos e de encontros estaria associada a paralelismo acausal de acontecimentos sem ligação aparente, o que coincide com uma crença pessoal relacionada à riqueza e à fecundidade das relações pessoais e profissionais existentes entre estudantes, docentes e pacientes.

Neste livro, conseguimos materializar um sonho coletivo de criação, por meio da concretização de grande espaço dialógico, afinal, todos nós gostamos e necessitamos de conversar, interagir, contar histórias, escutar casos, recriar narrativas estruturadas e estruturantes de nossa realidade afetiva, social, acadêmica, laboral e cultural. A sincronicidade se deu por meio da agregação de pessoas com interesses e crenças similares, e o paralelismo acausal se deu em função das atividades acadêmicas escolhidas previamente, que visam a promover no estudante condições e habilidades motoras, cognitivas, éticas e afetivas necessárias para a abordagem qualificada da pessoa do paciente, das suas doenças, queixas e dores.

Estamos desenvolvendo – ou tentando desenvolver – no estudante de medicina do CEUB, no eixo educacional Profissionalismo, habilidades de cunho clínico, psicanalítico e existencial, tais como: liderança, comunicação eficiente, autoconfiança, percepção, escuta ativa, manejo de conflitos, raciocínio clínico, promoção de segurança para o paciente, habilidades técnicas, capacidade de satisfação com a experiência de aprendizagem, resiliência e criatividade. Tal elenco de habilidades é necessário para compreensão plena da experiência de adoecimento e dos seres humanos singulares em suas trajetórias existenciais.

Sem dúvida, a reconfiguração dos currículos médicos se faz necessária, considerando-se a complexidade das demandas associadas à tripla carga de doenças da atualidade, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas. As habilidades clínicas são bastante treinadas ao longo de todo o curso de graduação médica, já que são fundamentais para a realização da anamnese e do exame físico, como observação, interpretação de sinais e sintomas, ausculta, entre outras. Por outro lado, muito além dos dons e dos talentos, as habilidades comunicacionais, interpessoais, artísticas, empáticas são subdimensionadas em currículos tradicionais e na prática médica atual.

A incoerência da situação de saúde atual representa um grande desafio para a educação médica contemporânea. A transição demográfica acelerada e a tripla carga de doenças, com forte predominância de condições crônicas, além do sistema fragmentado de saúde voltado para condições agudas e para agudizações das condições crônicas representam gigantesco desafio para gestores e educadores. O eixo educacional Profissionalismo do CEUB se mostra bastante antenado a toda essa complexidade e busca sempre integrar a dimensão semiológica com a dimensão humanista, permeando as relações entre o estudante de medicina e o paciente bem como entre os docentes e os discentes. Acreditamos que o cuidado integral com a subjetividade do estudante contribui para a não deterioração ética do futuro médico.

A atuação dos estudantes de medicina do CEUB nos diversos cenários hospitalares tem sido digna de nota, pois o estudante é convidado a lidar com a realidade crítica desde os ciclos iniciais do curso. O encontro entre o futuro médico e

o paciente deve ser sempre supervisionado por docentes preparados e capacitados para “leitura” humanista da relação, que deve ser permeada pela compaixão, empatia, capacidade de escuta ativa, dedicação bem como pelo cuidado ético e técnico durante a realização da anamnese com pacientes internados em hospitais públicos vinculados com a instituição de ensino. Acreditamos que o feedback ao estudante é crucial para o aperfeiçoamento da técnica, e as narrativas humanistas representam via de acesso bem como parâmetro de avaliação da qualidade da relação estabelecida com os pacientes (Trindade et al., 2005).

Se pensarmos nas pessoas entrevistadas pelos estudantes nos diversos cenários de ensino hospitalares e na própria comunidade, poderíamos dizer que são vozes esquecidas, são pessoas que se sentem muitas vezes invisíveis. Nada mais triste do que a invisibilidade, o não existir como pessoa para o outro. Que estas narrativas reflitam a importância dos encontros interpares, entre docentes e discentes bem como entre estudantes e seus pacientes. Sejam encontros com o outro, sejam encontros consigo mesmo, associados ao processo de individuação e autoconhecimento, pré-requisito para a consolidação de postura madura, motivada, responsável e autêntica no exercício da profissão (Novaes; Trindade, 2007).

O CAMPO RELACIONAL DO ESTUDANTE DE MEDICINA E OS DESAFIOS DAS RELAÇÕES COM OS PACIENTES, OS DOCENTES E A SOCIEDADE

Neste livro, foi possível testemunhar o valor da graduação médica pautada e voltada para o resgate de valores humanistas, como compaixão, empatia e cuidado altruísta com o outro. Mesmo parecendo uma abordagem por demais utópica e ingênua, é preciso reafirmar que somos seres vocacionados ao amor, somos dotados filogeneticamente para a construção de vínculos e para a abertura de nosso ser com outros seres humanos. Se os laços emocionais constituídos na infância e ao longo da vida não forem postos em prática, se nossas identificações, antipatias, simpatias não forem materializadas, por meio do cuidado, nada valeu a pena.

O olhar psicanalítico nos convida a sempre desconfiar das aparências, dos discursos dogmáticos, das compulsões e dos fenômenos aparentemente banais e sem

sentido. Tudo faz sentido, e nada é por acaso, pois, embora não tenhamos a percepção consciente, nossas intuições e nosso inconsciente sempre entram em cena, por meio de nossos lapsos de linguagem, de nossos sonhos e de nossa percepção flutuante da realidade. A teoria do caos estruturado, oriunda do pensamento pós-moderno, confirma e resgata o valor científico das teorias freudianas bem como o impacto, na saúde de nossa vida onírica, de nossos traumas inconscientes, de nossos sonhos, o que é denominado pelo neurocientista Sidarta Ribeiro como o nosso oráculo da noite (Ribeiro, 2019). Que possamos, em nosso processo de individuação psíquica contínuo, superar nossos conflitos, integrar áreas opostas de nossa mente consciente e inconsciente, atuar de forma ética e plena regidos por teorias fecundas, em uma práxis enriquecida – lembrando que a teoria sem a prática se torna estéril e, por sua vez, a prática sem teoria se torna cega. A praxiologia pressupõe a integração de dois momentos, e, neste livro, isso se dará de forma dinâmica. Os estudos da psicogênese das doenças crônicas e do papel das questões inconscientes na organização da doença são exemplos de aplicações e de fecundidade da teoria psicanalítica neste campo de saber, o que será visível nas narrativas incluídas nesta obra. O critério de inclusão dos relatos foi eminentemente o voluntariado e o consentimento expresso por estudantes da graduação médica do CEUB.

Relembrando que a relação médico-paciente representa espaço de projeções, de encontros e desencontros, de expectativas inconscientes por parte do paciente diante da figura idealizada do médico, permeada por afetos e transferências inconscientes, há, dessa forma, reconhecimento acerca dos benefícios clínicos e teóricos oriundos da teoria psicanalítica para a qualificação dessa relação e do treinamento dos estudantes nesse processo. Segundo Botega (2002), a prática médica baseia-se, portanto, não apenas nas ciências biológicas, mas também deve se abrir, de forma epistemológica e pedagógica, para toda a complexidade das ciências humanas, nas quais se inclui a abordagem psicodinâmica das reações dos pacientes ao adoecimento.

A nossa consciência existencialista está associada ao sentimento de responsabilidade diante da vida, de nossas escolhas. A questão central que nos permeia é o que, de fato, fazemos com o que fizeram conosco. Como nos diz Jean-Paul Sartre, estamos condenados a sermos livres diante da existência. Sabemos que

as escolhas são muito difíceis, e viver sempre dói, pois implica tomada de decisões e sentimentos de perdas. Sartre, o representante maior dessa corrente filosófica, defendia que o homem é livre e responsável por tudo que está à sua volta. Ele dizia que “somos inteiramente responsáveis por nosso passado, nosso presente e nosso futuro” (Sartre, 2007). Neste livro, somos responsáveis por mostrar ao leitor o papel grandioso do futuro médico na nossa sociedade, pois as condutas e as reflexões destes estudantes foram permeadas pela consciência social e pela crescente amorização no cuidado do paciente.

Todos nós sabemos que a vida não nos poupa, e muitos estudantes, pela idade tão jovem – vivendo ainda o luto pela adolescência e pela juventude vivida com restrições – precisam muito do nosso apoio psicológico e da nossa orientação docente, para aprenderem gradualmente a importância do trato cuidadoso e respeitoso, na lida com seus pacientes, bem como para assumirem todas as responsabilidades geradas pela escolha da medicina, frente ao paciente, frente ao próprio conhecimento, frente à formação, frente à própria saúde emocional e, finalmente, frente à qualidade das relações e dos vínculos estabelecidos.

As narrativas e o currículo médico inovador, baseado no diálogo e no cuidado com a dimensão da subjetividade das pessoas, podem catalisar o processo crescente de amadurecimento e de responsabilização. Os diálogos em sala de aula provocativos e o exercício pedagógico associado à produção de narrativas podem ser catárticos e reveladores de todas as dificuldades e angústias vivenciadas pelos estudantes na aproximação progressiva com a realidade hospitalar e acadêmica. O leitor leigo, por meio da leitura destas narrativas, será presenteado com esta nova visão da formação médica, mais poética, artesanal e gradual, que nos permite ver de perto a face humana da educação médica (Trindade et al., 2005).

Muitos pacientes, de forma colaborativa, foram entrevistados por estudantes de medicina, em fase de aprendizagem e de treinamento. Os hospitais públicos servem de escola para inúmeras faculdades de medicina. Nosso país assiste a uma explosão de abertura de novas escolas médicas, são 298 instituições que oferecem por volta de 35 mil vagas para estudantes, mas, nem por isso, deve haver abuso e constrangimento nos encontros dos estudantes com os pacientes, e, por esse motivo,

as narrativas representam importante via de desenvolvimento ético do futuro médico e de agradecimento a todos que foram escutados e aqui representados. Não se formam verdadeiros médicos se houver descuido com a dimensão psicológica e existencial de todos os atores envolvidos no processo de saúde e doença. Não levando essa dimensão em conta, estaremos formando apenas técnicos e não médicos vocacionados que todos nós necessitamos e almejamos.

O PROFISSIONALISMO MÉDICO E AS NARRATIVAS HUMANISTAS COMO CAMINHO PARA A RETOMADA DA CONFIANÇA NA PRÁTICA MÉDICA HUMANIZADA

No CEUB, o investimento na construção do profissionalismo médico tem sido substancial. Durante quatro semestres formais, os estudantes participam de atividades inovadoras, vivências, reflexões, palestras e dramatizações de casos clínicos e, finalmente, constroem narrativas inspiradas nas atividades desenvolvidas e supervisionadas pelo eixo educacional Profissionalismo. A semiologia médica visa a fortalecer a arte e a técnica do exame físico e da realização de anamneses completas e estruturadas. Ressaltamos que o profissionalismo médico tem sido apontado por muitos como o caminho para a retomada da relação de confiança necessária à interação médico-paciente e profissão-sociedade e a força mediadora das transformações necessárias da formação e do exercício profissional (Santos et al., 2017).

Precisamos, neste capítulo introdutório, esclarecer um pouco alguns conceitos. Profissionalismo é um termo relacionado às atitudes e aos comportamentos expressos no exercício da profissão, sendo orientado por valores pessoais e profissionais e permeado pelos aspectos históricos, sociais, culturais e institucionais que delimitam a realidade das práticas (Martimianakis; Maniate; Hodges, 2009).

Engloba um conjunto de elementos inter-relacionados, de limites imprecisos, que, em linhas gerais, expressam o compromisso ético, moral e humanístico que, normalmente, os profissionais devem manter com o objeto de seu trabalho.

Há cerca de quatro décadas, o conceito de profissão e de profissionalismo na educação médica era praticamente ausente. Atitudes e comportamentos ditos “profissionais” eram apenas marginalmente abordados no espaço acadêmico e no ambiente de trabalho (Smith, 2005; Arnold; Stern, 2006).

Na década de 1980, o Comitê Americano de Medicina Interna, da sigla em inglês ABIM – American Board of Internal Medicine, iniciou o projeto de humanização da profissão que, na década de 1990, abriu caminho para o projeto profissionalismo (Arnold; Stern, 2006). Desde então, tem havido movimento crescente no sentido de se obter compreensão comum sobre o tema.

Ressaltamos a importância da publicação de definição normativa do profissionalismo médico. Foram definidos nove componentes e um conjunto de comportamentos representativos desses componentes. Nesses componentes, foram destacados princípios como altruísmo, responsividade às necessidades da população, valores éticos, qualidade humanística, responsabilidade, compromisso com a excelência, com o crescimento profissional e da profissão e a prática reflexiva (Swick, 2000). O currículo do CEUB tem buscado, constantemente, sintonia filosófica, pedagógica e institucional com o que está preconizado pela literatura científica sobre esse tema e, ao mesmo tempo, já demonstra sinais de amadurecimento, gerando frutos palpáveis associados à qualidade de seu alunado, qualidade de produção científica e compromisso de seu corpo gestor e docente com o aperfeiçoamento do curso.

Enfim, uma bela história nos permite perceber o mais encantador aspecto da medicina que é o foco na pessoa que adoecer e não na doença. Foram muitas histórias contadas e narradas pelos estudantes do CEUB, as quais promoverão, sem dúvida, fantástica viagem acadêmica, literária, humanística, hermenêutica e interpretativa dos discursos mediados e mediadores dos processos de cura e de cuidado demandados pelo sofrimento humano.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2020.

ARNOLD, Louise; STERN, David Thomas. What is medical professionalism? In: STERN, David Thomas (ed.). *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. p. 15-37.

BANDEIRA, Manuel. *Os melhores poemas de Manuel Bandeira*. Prefácio Francisco de Assis Barbosa. São Paulo: Global, 2016.

BOTEGA, Neury José (org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FREUD, Sigmund. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana (1901). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Volume VI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

JORGE, Miguel Roberto. Globalized medical ethics and research ethics. *Clinical Evaluation*, v. 42, p. 452-455, 2014.

JUNG, Carl Gustav. *Sincronicidade: a dinâmica do inconsciente*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MARTIMIANAKIS, Maria Athina; MANIATE, Jerry M.; HODGES, Brian David. Sociological interpretations of professionalism. *Medical Education*, v. 43, n. 9, p. 829-837, Sept. 2009.

NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; TRINDADE, Eliana Mendonça. A morte e o morrer: considerações bioéticas sobre a eutanásia e a finitude da vida no contexto da relação médico-paciente. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 18, n. 1, p. 69-77, jan./mar. 2007 (impresso).

RIBEIRO, Sidarta. *O oráculo da noite: a história e a ciência do sonho*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SANTOS, Wilton Silva dos *et al.* Profissionalismo médico: efeito da diversidade sociodemográfica e da organização curricular no desempenho atitudinal dos estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4. p. 594-603, out./dez. 2017.

SARTRE, Jean-Paul. *O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. Tradução de Paulo Perdigão. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

SCLIAR, Moacyr. *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SMITH, Lawrence G. Medical professionalism and the generation gap. *The American Journal of Medicine*, v. 118, n. 4, p. 439-442, Apr. 2005.

SWICK, Herbert M. Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*, v. 75, n. 6, p. 612-616, June 2000.

TRINDADE, Eliana Mendonça Vilar *et al.* Resgatando a dimensão subjetiva e biopsicossocial da prática médica com estudantes de medicina: relato de caso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 29, n. 1, jan./abr. 2005.

TRINDADE, Leda Maria Delmondes Freitas; VIEIRA, Maria Jésia. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, n. 2, p. 167-177, 2013.

CAPÍTULO 1

VOCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO FUTURO MÉDICO: CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA E DAS ARTES

Gabriel Ramos Muniz Braga

Julia Yukie Nozawa

Lucas Rodrigues Gobbi

Luíza Oliveira Ramagem

Marcos César Brites Garcia

Eliana Mendonça Vilar Trindade (orientadora)

INTRODUÇÃO

Observa-se uma crise da relação médico-paciente, e, diante disso, a educação médica responde ao resgate da formação humanística, além do resgate da reflexão filosófica e bioética. Nesse sentido, partindo do princípio de que o aluno protagoniza a construção do conhecimento, ele deveria estar no centro do processo de aprendizagem, participando de forma ativa da busca e da obtenção do conhecimento. Entretanto, o ensino nas faculdades não denota ênfase na percepção pedagógica do ato de ensinar, mas, sim, na entrega massiva de assuntos em um curto período de tempo, somada a uma pressão psicológica para um maior rendimento. Para Benedetto (2018), o abandono dos aspectos primordiais do indivíduo, como a singularidade e a subjetividade, somado ao enfoque predominantemente biomédico atribuído ao ensino médico contribuem para o processo de desumanização progressiva, fator esse que corrobora a má-formação profissional. Em face do exposto, esse trabalho revisita os clássicos e se debruça sobre a relevância da inserção da ética no contexto médico e da hermenêutica bem como artigos contemporâneos sobre o significado da relação médico-paciente em sentido mais humanizado.

VOCAÇÃO E EDUCAÇÃO MÉDICA

Antes, contudo, é importante salientar o entendimento grego sobre a educação, como ela dar-se-ia, qual sua relação com a formação do indivíduo e como ela pode ser percebida nas diversas camadas do ser, para que, então, possa-se melhor compreender a formação do estudante de medicina e o encontro desse estudante consigo mesmo, com a sua profissão, com os seus pacientes, com os seus colegas e com o seu meio sociocultural.

Com a contemporaneidade, costuma-se associar a educação médica a uma inserção de conhecimentos técnicos na mente do aluno, cujo fim aparenta ser apenas ensiná-lo a dominar conhecimentos básicos – anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia etc. –, fluxogramas e condutas pré-estabelecidas, de forma a capacitá-lo a atuar no que hoje entendemos como prática clínica ou cirúrgica. Não fosse a demanda por uma crítica mínima acerca do estado do paciente e de seu contexto, a capacitação técnica do médico atual beira o conceito de “alienação” para Karl Marx (Marx, 2004), em que a medicina não passaria de uma formação técnica exaustiva que demanda muito tempo – no Brasil, a faculdade tem duração atual de seis anos, além de uma possível escolha por uma residência médica.

Segundo Jaeger, no pensamento grego, a educação não estava limitada ao conhecimento técnico (Tékhne). Para o grego, o processo pedagógico (Paideia) tinha por objetivo a formação, a consolidação e o amadurecimento do cidadão, de forma que ele estivesse apto a lidar com o cotidiano político da cidade (Pólis) – viver em sociedade de forma participativa e integradora –, em todas as áreas de sua vida e não apenas em sua área de atuação profissional. Sendo assim, o objetivo da Paideia seria o de preparar o indivíduo a assumir a sua maioridade por intermédio de seu esclarecimento. Todas as atividades educadoras seguiam um eixo norteador que visava ao crescimento moral, técnico e político do indivíduo (Jaeger, 1995).

A Paideia, concomitante, objetivava elucidar ao indivíduo não apenas questões técnicas propriamente ditas e já referidas (Tékhne), mas também o desenvolvimento de uma virtude nobre somada a uma índole de boa-fé (Areté), uma fortaleza e inteligência emocional para não se abalar de forma arbitrária com as

situações adversas do cotidiano (Apatheia) e um estado de contentamento geral por viver uma prática virtuosa e ética (Eudaimonia) (Jaeger, 1995).

Estas são qualidades essenciais para a vivência médica, seja lidando com as dificuldades diárias, com as projeções e as contraprojeções dos pacientes para com os médicos – e vice-versa – e com a própria relação médico-paciente. Esse conceito foi bem ilustrado por Rubem Alves, na figura do Cavaleiro solitário, em *O médico*, em que a figura do curandeiro deve apresentar senso de comprometimento e de serenidade diante das adversidades na vivência clínica, sem deixar de lado a sua face humana e a sua empatia para com todos à sua volta, irradiando esclarecimento, tratamento, cura e alento (Alves, 2022). Fica claro, portanto, a complexidade dos fatores envolvidos e dos atributos intrapessoais necessários para a formação do estudante de medicina e sua vocação.

Para clarificar essa questão e melhor delimitar os termos, García traz o conceito japonês de *Ikigai* como “a razão pela qual nos levantamos pela manhã”. Esse conceito precioso é uma intersecção de outros conceitos e deve atender a alguns requisitos. Sendo assim, tem-se que: da união entre “aquilo que você ama” e “aquilo que é bom em você” há a “paixão”. Da união entre “aquilo que você ama” e “do que o mundo precisa” há a “missão”. Da união entre “do que o mundo precisa” e “aquilo pelo que podem te pagar” há a “vocação”. Da união entre “aquilo pelo que podem lhe pagar” e “aquilo que é bom em você” há a “profissão”. O *Ikigai*, portanto, é a intersecção última entre a paixão, a missão, a vocação e a profissão (García; Miralles, 2018).

Ao relacionar-se as demandas sintetizadas por Rubem Alves – tendo em vista a vivência médica cotidiana – ao conceito de *Ikigai*, percebe-se a necessidade por uma educação médica holística, que ensine ao estudante não apenas o conteúdo técnico imediato para a prática, mas que também trabalhe sua autopercepção, seu autoconhecimento e a forma de o estudante – e o futuro médico – relacionar-se com o seu meio e consigo mesmo. Para isso, a *Paideia* cai como uma panaceia nesse meio e um estrato sólido para a edificação de um cidadão e médico, tendo como pilar central o seu *Ikigai*. Dessa forma, o processo da *Paideia* pressupõe o encontro do *Ikigai* por parte do estudante.

Nessa senda, a palavra “educação”, em sua raiz etimológica “educare”, significa “tirar” ou “trazer para fora”. Sendo assim, a educação grega visava a trazer para a vida pública todo o potencial humano do cidadão em formação, após a sua devida instrução e burilamento, pautados no desenvolvimento como um todo do indivíduo (Saupe; Budó, 2006). Sócrates, particularmente, por intermédio da maiêutica, deixava claro ser apenas uma espécie de parteiro, em que as ideias já estavam inseridas no indivíduo, e, por meio do questionamento, ele apenas conduzia o raciocínio de forma ao questionado chegar a conceitos elucidados – o que Descartes chamaria de “ideias claras e distintas” (Saupe; Budó, 2006; Descartes, 2001).

Contudo, a dúvida que surge é: “quem são esses parteiros?” ou “que ferramentas teóricas são utilizadas nesse processo de burilamento?”. A esses questionamentos já estava atento Platão, ao perceber que, por vezes, as figuras mitológicas e literárias de seu tempo – (e. g.) o próprio Aquiles – não eram faróis morais norteadores na formação ética do estudante, tendo ele, até mesmo, assinalado que a leitura dos textos homéricos – (i. e.) *Ilíada* e *Odisseia* – poderiam mais trazer malefícios que benefícios para as mentes dos jovens em formação (Jaeger, 1995). O drama de Aquiles está centrado em sua recusa em auxiliar seus compatriotas, tendo em vista que sua moral foi ofendida, comportamento esse que não condiz com uma sociedade solidária idealizada por Platão em *A República* (Platão, 2001).

Por isso, o convite ao analisar a *Ilíada* e, principalmente, os comportamentos de Aquiles ao longo do poema, não é que este seja um norteador da moral para futuros médicos, muito pelo contrário. O convite efetuado é no intuito de, por meio do estudo e do consumo da literatura, o estudante compreender o arcabouço cultural em que ele está inserido. E, a partir disso, desenvolver um senso crítico e autoconhecimento ao longo de sua educação, de forma a discernir e a refletir sobre suas condutas diárias, a fim de não reincidir em erros, a respeitar e a atender às exigências que o *Ikigai* da vivência médica demanda.

ÉTICA MÉDICA RELACIONADA ÀS ATITUDES DE AQUILES

Ao se pensar no que consiste a ética, é preciso entender sua definição primária, que, de acordo com os dicionários brasileiros, é uma parte da filosofia responsável pela investigação dos princípios que motivam, distorcem, disciplinam ou orientam o comportamento humano, refletindo a respeito da essência das normas, valores, prescrições e exortações presentes em qualquer realidade social. Logo, de que forma a falta de ética torna explícitas as condutas de Aquiles?

Ao se refletir sobre o comportamento de Aquiles durante a batalha em que ocorreu sua queda, quando Apolo tentou alertar sobre o destino e ordenou que ele parasse de avançar na luta, mas, mesmo assim, o guerreiro continuou e ignorou o conselho do deus, ocasionando o fracasso, é possível correlacionar sua conduta com o artigo 17 do Código de Ética Médica, que elucida a necessidade de as normas serem respeitadas e obedecidas independentemente da opinião pessoal do médico: “Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado” (CFM, 2018).

Além disso, considerando o jeito ganancioso e egoísta de Aquiles, é de importância ressaltar que a conduta dos profissionais de saúde, independentemente de suas próprias vontades e desejos, necessita sempre prezar pelo bem do paciente. De acordo com o artigo 23, é vedado ao médico: “Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto” (CFM, 2018).

Isso porque rigorosamente a empatia e o respeito devem estar presentes na rotina médica. Nesse contexto, o Código de Ética aborda sobre as relações do médico com os demais profissionais, que precisam basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente. É fundamental essa rede de atendimento, já que, no âmbito da saúde, o atendimento é multidisciplinar e dispõe conjuntamente de contribuições das diversas esferas.

Com a finalidade de raciocinar e relacionar as práticas de Aquiles com a ética médica, é de suma importância destacar o primeiro artigo do Código, segundo o

qual, é proibido “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência” (CFM, 2018).

Assim, considerando a conduta irresponsável, negligente e imprudente, o médico deve sempre ter o comprometimento sobre as atitudes tomadas, de forma que não viole as normas e prejudique de qualquer forma, o indivíduo enfermo. Aquiles não se importava com suas ações e as consequências para os outros, apenas tinha preocupação com ele, portanto, é essencial a responsabilidade e a tomada de decisão pensando no bem do paciente, tendo empatia com os anseios e os problemas dos demais indivíduos.

Pode-se, portanto, analisar os comportamentos éticos dentro de uma perspectiva psicológica, na qual é possível compreender de onde partem os impulsos para se agir ou não segundo a ética, como no caso de Aquiles. Nesse sentido, Carl Gustav Jung, um importante aluno de Freud, foi sábio ao salientar que “todo consciente procura, talvez sem perceber, o seu oposto inconsciente, sem o qual está condenado à estagnação, à obstrução ou à petrificação” (Jung, 1989, p. 45).

Ou seja, o ser humano acaba encontrando seus impulsos, ocultos no inconsciente, mesmo sem perceber, e pode, dessa forma, retroalimentar sequenciais comportamentos antiéticos sem que tome consciência disso. Essa visão não exclui a culpa daqueles que agem dessa maneira, mas expõe a necessidade de um contato mais profundo com a própria psique para que seja possível interferir em suas atitudes.

É importante compreender também, para que façam sentido as possíveis origens de condutas antiéticas, o conceito de arquétipo. Proposto por Jung, o arquétipo é constituído de ideias antigas e direcionadoras, presentes em todas as culturas, compreendendo um molde universal de um complexo estrito que serve de referencial básico para as diferentes experiências da existência. Nesse sentido, infere-se que arquétipos constituem os alicerces do inconsciente coletivo (Penna, 2004).

O arquétipo do herói, amplamente encontrado nas narrativas imaginárias de todos os povos ao longo dos séculos, representa o processo de amadurecimento pessoal e de crescimento nas mais diversas esferas do indivíduo, superando

obstáculos tanto externos quanto internos, de forma a lapidar o ser em seu processo evolutivo. Geralmente, o herói enfrenta dramas desde a tenra idade, valendo-se de um constante estado de luta contra as ameaças do mundo, que servem para fortalecê-lo, de forma que Aquiles, nessa máxima, poderia se destacar como alguém nobre e em busca de melhoria constante, mas acabou tornando-se símbolo de egoísmo e de narcisismo, atrelando a sua história a eventos desastrosos e sombrios. Sendo assim, ele encerra em si ambos os extremos da polarização psíquica constituinte do arquétipo do herói: “ao completar sua aventura circular, o herói acumulou energias suficientes para ajudar e outorgar dádivas inesquecíveis a seus irmãos” (Brandão, 2009, p. 22).

Ao se relacionar a prática médica ética aos arquétipos, pode-se entender que o arquétipo do herói é frequentemente observado entre os profissionais da saúde, que enfrentam obstáculos e os superam sem ferir seus próprios princípios, uma vez que estão em uma jornada constante de autoconhecimento, que, posteriormente, culminará em auxílios aos que dele estão próximos. Ao mesmo tempo, são tentados pelo polo negativo do arquétipo: o egoísmo e a soberba, retendo o benefício de seus louros para si, ao invés de compartilhar seus aprendizados com o semelhante.

Ao se pensar mais a fundo na psique de um médico, é preciso partir do estudante de medicina como objetivo de análise, haja vista que a formação do profissional está aliada à formação do sujeito. A partir do terceiro ano, o aluno passa a lidar com o paciente, um sujeito que fala, pergunta, questiona comportamentos. Diante de tal desafio, muitas vezes, não há ferramentas psicológicas e habilidades sociais para administrar e manejar esse paciente, uma vez que a grande carga de aulas teóricas em relação às práticas limita o futuro médico ao campo de um conhecimento pouco pragmático (Rosa, 2013). Ainda pode-se acrescentar um novo desafio para a formação da índole do médico, relacionado às primeiras anamneses, nas quais o estudante, muitas vezes, percebe-se “como um abutre que se alimenta (aprendendo) das doenças das pessoas” (Rosa, 2013).

Além disso, a aparente superioridade do professor atua de forma a baixar a autoestima de seus alunos. Quando o educador em saúde respeita e trata com dignidade o aluno, acaba por desenvolver neste a capacidade de procurar em si

mesmo as respostas para os seus problemas, o que o faz agente de seu próprio processo de aprendizagem. Dessa forma, o autoconhecimento é estimulado, e o arquétipo do herói, aquele que busca se conhecer e se corrigir, é manifestado, levando a possíveis comportamentos mais éticos como profissionais no futuro.

Observa-se, diante do descrito, o quanto a formação profissional e esse percurso em si influenciam na qualidade do médico, do ponto de vista moral e ético de sua prática clínica. Todavia, o médico já formado passa por novos desafios, que colocam à prova seus princípios, sendo, portanto, fundamental que eles estejam firmados em uma base sólida e consistente. Mas de onde originam-se tais princípios, isto é, a ética na prática?

Na clássica *Ágora* da Grécia antiga, Sócrates (século V a.C.) inaugurou publicamente o conceito de ética. O filósofo incitou o processo de reflexão sobre os valores individuais e os ditames morais vigentes – da virtude e do bem –, porquanto compreendia que o homem ético não subverte sua moral, seja pelas circunstâncias, seja por capricho de terceiros, pois tem domínio de seus fundamentos e de sua finalidade. Logo, o indivíduo que tem valores morais genuínos tem capacidade de pensar ativamente, questionar e reavaliar os próprios atos. Outrossim, segundo Platão (428 a.C.), a ética é o hábito de fazer o bem, que torna bom aquilo que é feito e quem o fez pela repetição de tais atos diariamente, portanto, considerando que os preceitos morais são inatos ao indivíduo, a prática é o que permite aperfeiçoá-los. Dessa forma, o exercício da ética é vasto, e ela não pode ser separada da conduta individual, pois lhe é própria.

Nesse sentido, entende-se que a ética tem correlação intrínseca com a virtude moral, a honra e o caráter, e, desse modo, a noção de justiça social grega é satisfeita quando todas as facetas éticas são exercidas em favor da coletividade. Assim, um profissional correto comporta-se eticamente, sem quaisquer necessidades de recomendações de conduta.

Aprofundando na ética médica, portanto, toma-se Hipócrates, médico grego, como o pai da medicina, porém, foi Percival, médico inglês do século XVIII, quem publicou o primeiro código de ética médica. No entanto, apenas a partir da segunda metade do século XX, a carreira médica se distanciou da ética clássica, de modo que

o exercício da cidadania e a decisão compartilhada no processo de doença passaram a exigir não mais um profissional somente virtuoso, mas, sim, competente para o bom exercício da profissão, apesar de as virtudes pessoais e profissionais estarem indiretamente relacionadas (Leão, 2022).

Em um contexto mais amplo, percebe-se que os direitos humanos estabeleceram-se como um pilar para edificação de um conceito mais universal de ética médica, ou seja, considerando o pluralismo das nações, das mais diversas referências culturais e de tradições morais. Dessa forma, tornou-se necessário abarcar os princípios médicos comuns e condizentes com a integridade e a dignidade humanas, a fim de adequar a concepção ética para um conceito universalizado (Leão, 2022).

Outrossim, a Declaração de Genebra, datada de 1948, uma das mais consistentes políticas da Associação Médica Mundial (AMM), considerada um dos documentos centrais da ética médica, contribuiu para a estruturação do juramento médico no ingresso à profissão, que, inclusive, toma como base os princípios do Juramento de Hipócrates e, atualmente, é conhecida como a versão moderna do compromisso dos médicos com os princípios humanitários da medicina, formando uma base sólida para os profissionais se apoiarem e se inspirarem (Leão, 2022).

Portanto, desde a sua formação até o exercício da sua profissão, o médico é desafiado e moldado, de modo que tenha oportunidades de aperfeiçoar princípios inerentes à sua existência como ser humano, de modo que a ética deve ser o ponto de partida de qualquer atitude a ser tomada, por mais que interesses pessoais, como fizera Aquiles, pareçam mais emergentes no contexto em que se encontram.

HERMENÊUTICA MÉDICA

O conceito da hermenêutica, derivado do grego *hermeneutike*, que significa “a arte de interpretar”, está ligado à mitologia grega. Tem origem em decorrência do deus Hermes, que foi considerado como um intérprete das mensagens entre deuses e mortais, o qual sempre enxergava a humanidade como companheira. Essa relação possibilitou a compreensão e a interpretação de ambas as partes (Amorim, 2013).

Dito isso, fundamentalmente, existe uma ligação entre a emissão da mensagem e o receptor dela e, conseqüentemente, a individualização do processamento da interpretação. Ademais, relacionando com o âmbito da saúde, essa temática é essencial, visto que, a maneira como o paciente recebe e interpreta a mensagem transmitida pelo profissional de saúde se caracteriza pela base da estruturação na relação médico-paciente.

Dessa forma, é preciso ter clareza sobre a importância de como a informação será difundida, deve-se conhecer, observar e escutar o indivíduo para compreender o modo de linguagem e a conduta que deverão ser utilizados no atendimento, uma vez que, na prática da saúde, a individualização é medular e conecta a esfera da visão do paciente como um todo, não uma patologia, mas uma pessoa que tem experiências, sentimentos e suas próprias considerações (Vergara, 2017).

Conforme o que foi proposto por Heidegger (1995), a compreensão não se limita ao meio de se conhecer o ser humano, mas engloba o próprio modo de ser humano e como se relaciona consigo mesmo. Seguindo essa linha de pensamento, não se compreende o outro se não se compreende o mundo, portanto, isso impossibilita e atrapalha a compreensão e o entendimento entre os seres (Seibt, 2018).

Vale destacar o filósofo Hans-Georg Gadamer, pai da hermenêutica filosófica, que ampliou o olhar e contemplou questões de saúde e de doença, buscando entender as enfermidades e as suas causas, ponderando possíveis soluções e saídas para o encaminhamento do processo, com base nas diferentes linguagens, o que difere da inteligência artificial, por exemplo, que não contempla os aspectos além da escrita e da linguagem verbal. A medicina e a hermenêutica procuram solucionar problemas, promovendo saúde, bem-estar e equilíbrio entre a mente e o corpo do indivíduo, sendo uma arte de diálogo (Rohden, 2017).

A perspectiva hermenêutica se encontra na necessidade de o médico e o paciente compreenderem-se reciprocamente, permeando a interpretação por meio dos limites e das barreiras que os separam. Nesse sentido, a escuta ativa deve estar presente em ambos, durante a comunicação tanto verbal quanto não verbal, associando como o paciente é similar a um texto, com seus sintomas, sinais e queixa

principal, o médico deve interpretar e formular uma avaliação do todo, abordando o contexto do ser biopsicossocial, considerando a melhor orientação para traçar ou não um tratamento e adesão aos cuidados e aos procedimentos que deverão ser realizados (Vergara, 2017).

No entanto, é fundamental refletir sobre o processo saúde-doença na prática médica, em que grande parte dos profissionais de saúde notabilizam apenas a patologia, o diagnóstico e o possível tratamento, não ampliando os horizontes da sensibilidade humanizada, ocasionando indiferença diante do sofrimento e da dimensão subjetiva do paciente, sendo vital considerar a integridade física, emocional, psíquica e social e, por conseguinte, não apenas a visão de um ser puramente biológico. Com a finalidade de repensar sobre a conduta mais integrada, a hermenêutica contribui com o norteamento da terapêutica e da harmonização do diálogo e da compreensão, consequentemente, produzindo benefícios até para a parte diagnóstica, de forma que haja entendimento e construção de um vínculo terapêutico, no qual a confiança e a conversa no atendimento são recíprocas (Caprara, 2003).

Para uma medicina mais humanizada, a hermenêutica contribui de modo que sejam valorizados a importância de um bom olhar, o cuidado com os detalhes e a forma como tudo é interpretado, analisando todo o contexto de um atendimento, por exemplo, em que o paciente pode apresentar uma linguagem corporal e estar dizendo algo completamente diferente, essa maneira de interpretação também é válida e deve ser praticada pelos profissionais de saúde, visto que nem toda mensagem é explícita e propriamente dita. Portanto, essa visão clínica do todo traz novos caminhos e uma reflexão sobre a humanização da medicina, com o intuito de repensar sobre conceitos determinados enrijecidos pela automatização e pelos protocolos impostos na área da saúde, na qual é necessária uma individualização das condutas (Ayres, 2007).

A semiologia médica é relacionada com a hermenêutica, considerando os diversos tipos de linguagem e o desenvolvimento da capacidade de escuta ativa e de interpretação das mensagens transmitidas pelo paciente para o médico, e essa ligação deve ser sempre colocada em execução, amplificando a habilidade de compreender o

outro. É importante falar sobre a empatia, não devendo ser considerada a origem da maneira como ocorre o atendimento, mas uma consequência do conhecimento e da percepção da realidade daquele indivíduo, buscando sempre esclarecimento acerca das emoções e dos obstáculos a respeito do paciente, com o profissional de saúde se colocando no lugar dele (Takeuchi, 2021).

Além disso, a assimetria presente no processo são os anseios, as inseguranças e a distância imposta pelas diferentes posições determinadas na sociedade, em que médicos são colocados como superiores, criando um afastamento do vínculo e da formação de uma corrente de confiança, que contribuiria para adesão ao tratamento, seguimento correto dos procedimentos que deverão ser realizados e da longitudinalidade da relação com o paciente. Essa assimetria “natural” também pode induzir o médico a uma conduta autoritária, ditatorial e impositiva, prejudicando esse elo que deveria ser construído de maneira conjunta e harmoniosa, auxiliando e provendo melhoras para os envolvidos (Rohden, 2017).

Nesse sentido, é necessário considerar a vulnerabilidade do paciente, o impacto da postura, do comportamento e da linguagem adequada do médico, o que pode contribuir para uma piora ou uma melhora do quadro, de modo que, por intermédio da comunicabilidade, é possível compreender a enfermidade, facilitando o diagnóstico e guiando o processo de resolver e de solucionar os empecilhos, porém, enfatizando que esse procedimento deve ser realizado de forma conjunta, em que ambos trabalham para o desenvolvimento e a evolução do seguimento.

Por fim, a relação entre medicina e hermenêutica está intimamente correlacionada. Sua contribuição conjunta é mutuamente dependente e indispensável, ambas estão vinculadas à compreensão e à exegese. Seguindo o pensamento da conduta do deus Hermes, quando ele interpretava e transmitia a mensagem entre deuses e mortais, a fim de permitir sua compreensão, tanto o médico quanto o paciente devem garantir a homogeneidade da comunicação, com o objetivo de chegar a um consenso da abordagem terapêutica ideal (Rohden, 2017).

Conclusão

A partir do que fora analisado no presente artigo, é possível perceber que, atualmente, a medicina passa por um processo de fragilidade de seu exercício. Isso

abrange, principalmente, um alto contingente de médicos que não têm vocação para o exercício da profissão ou que deixaram com que o cotidiano, acelerado e marcado pela sobrecarga, sobressaísse em relação ao cuidado e à atenção prestados por eles ao paciente.

Dessa forma, a prática médica, que, desde o seu primórdio, é fundamentada no estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, passa a dar prioridade para uma rápida resolução do problema, de modo que o paciente é tratado mais como um conjunto de sintomas a ser manejado do que como uma pessoa que tem medos e inseguranças resultantes de determinado processo de doença. A secundariedade da relação médico-paciente começa a surgir desde a faculdade, ambiente no qual o estudante de medicina é constantemente estimulado a exercer uma objetividade, marcada por conhecimentos técnicos, em detrimento de uma abordagem singular e subjetiva do paciente, de modo que ocorre um processo progressivo de desumanização ao longo do curso, que é refletido na atuação médica a ser exercida no futuro.

Apesar de o conteúdo técnico ser essencial para a formação de um bom médico, é fundamental que seja estabelecido no currículo das faculdades de medicina uma abordagem médica holística que, de modo complementar à teoria, ensine ao estudante não apenas o conteúdo técnico imediato necessário para a prática, mas que também explore a sua autopercepção, o seu autoconhecimento e a maneira pela qual esse estudante se relaciona consigo mesmo e com os seus pacientes. Isso porque, por esse exercício, a ética médica é cada vez mais exercida de maneira adequada não só para o médico, mas também para o paciente, o que evita práticas iatrogênicas e inadequadas, tais como as perpetradas por Aquiles na *Ilíada*.

Portanto, é também por intermédio do instrumento da hermenêutica médica que o profissional consegue ir progressivamente desafiando essa fragilidade apresentada pela medicina atualmente. Isso se dá pela noção de que este deve buscar abordar e passar a informação a seu paciente do modo mais adequado possível, uma vez que este interpretará tal mensagem transmitida pelo profissional de saúde e determinará o sucesso de uma relação médico-paciente apropriada, a qual deve ser

permeada não só pelos princípios contidos no conceito de Ikigai, mas também por uma horizontalidade em relação ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. *O médico*. 9. ed. São Paulo: Papirus, 2022.

AMORIM, Alexandre. Hermes, a metáfora do mensageiro na interpretação. *Revista Educação Pública*, v. 13, n. 2, jan, 2013.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, abr. 2007.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 67, p. 1197-1207, dez. 2018.

BRANDÃO, Junito de Souza. *Mitologia grega*. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, jul./ago., 2003.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 647-654, set. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018*, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e n. 2.226/2019 – Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018.

DESCARTES, René. *Discurso do método*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FERNANDES, João Claudio Lara. A quem interessa a relação médico paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 1, p. 21-27, mar. 1993.

GARCÍA, Héctor; MIRALLES, Francesc. *Ikigai: os segredos dos japoneses para uma vida longa e feliz*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2018.

GONÇALVES, Marina de Castro Nascimento; BELLODI, Patrícia Lacerda. Being a mentor in medicine: an archetypal view on motivations and changes in the journey. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 41, p. 501-14, abr./jun. 2012.

JAEGER, Werner. *Paideia: a formação do homem grego*. Tradução Artur M. Parreira. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

JUNG, Carl Gustav. *O eu e o inconsciente*. Petrópolis: Vozes, 1987.

JUNG, Carl Gustav. *Psicologia do inconsciente*. Petrópolis: Vozes, 1989.

LEÃO, Helena Maria Carneiro; GALLO, José Hiran da Silva; NUNES, Rui. Novas realidades mundiais. *Revista Bioética*, Brasília, v. 30, n. 3, jul./set. 2022.

MARX, Karl. *Manuscritos econômico-filosóficos*. Tradução Jesus Raniere. São Paulo: Boitempo, 2004.

PENNA, Eloísa M. D. A imagem arquetípica do curador ferido no encontro analítico. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2004.

PLATÃO. *A República*. Tradução Maria Helena da Rocha Pereira. 9. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.

RIOS, Izabel Cristina; SIRINO, Caroline Braga. A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 3, p. 401-409, set. 2015.

ROHDEN, Luiz. Entre fenomenologia e hermenêutica: a medicina como uma arte ética. *Revista Internacional de Filosofia da Moral*, Santa Catarina, v.16, n. 2, p. 243-266, nov. 2017.

ROSA, Emanuel Alves; SIMÕES, João Carlos. O universo psicológico do futuro médico. *Revista do Médico Residente*, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 50-55, jan./mar. 2013.

SAUPE, Rosita; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. Pedagogia interdisciplinar: “educare” (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 15, p. 326-333, jun. 2006.

SEIBT, Cezar Luíz. Considerações sobre a fenomenologia hermenêutica de Heidegger. *Revista do NUFEN*, Belém, v.10, n.1, jan-abr, 2018.

TAKEUCHI, João Pedro Paz. Hermenêutica ontológica aplicada à semiologia médica: por que os discentes de medicina devem estudar Heidegger. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, 2021.

TEIXEIRA, Marcus Zulian. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 55, n. 1, p. 13-18, 2009.

VERGARA, Oscar. Hermenêutica e a tomada de decisões em ética clínica. *Revista Bioética*, Coruña/Espanha, maio/ago. 2017.

NARRATIVA

O MÉDICO DIANTE DA DOR DAS CRIANÇAS PALESTINAS

Gabriel Ramos Muniz Braga

Noutro momento, pronunciei uma narrativa, que, por pior que Cloto a tivesse sussurrado em minhas mãos, Láquesis, filha da Noite, como é, encaminhou-a em veredas mais tortuosas. O destino, caminho obscuro e causa de refrega filosófica, endireitou-a por outra via talvez mais significativa. Noutro momento, confabulei acerca de um enredo mais próximo, mais geográfico e mais mundano, entretanto, a via dos fatos me direcionou para um tema mais universal e mais geopolítico.

Palas Atena, certa vez, constatou a Zeus: “Em tempos de paz, os filhos enterram os seus pais. Em tempos de guerra, os pais enterram os seus filhos”. Vivemos em guerra. Vivemos em guerra, pois sepultamos ideais paridos por nós mesmos a todo instante. Não seria surpresa quando, ao ler o jornal diário, deparo-me com a seguinte notícia: “Crianças palestinas estão sendo submetidas à cirurgia sem anestesia, em decorrência dos embargos da guerra”.

Rubem Alves, certa vez, disse: “O primeiro ato médico realizado por Deus foi o ato da anestesia, pois Deus fez adormecer Adão antes de retirar a sua costela e dela fazer Eva”. Coloco aqui a frase entre aspas pois quero respeitar o autor, ainda que talvez essas não tenham sido as exatas palavras. Mas a ideia está mantida. A negação da anestesia é um ato de negação da própria misericórdia da divindade.

É sabido que o ato de misericórdia é um apelo e um ato de acordo com a própria miséria, e, portanto, devemos recorrer à misericórdia divina somente em circunstâncias extremamente necessárias e em abnegação ao nosso narcisismo. Sendo assim, apelar à misericórdia é abnegar do menor que nosso ego pode nos proporcionar, em desejo da solução da retirada de uma dor mais que visceral, mais que espiritual.

Quando vejo tal notícia, pergunto-me: “foram essas crianças abandonadas pela misericórdia divina?”. Se, em um ato extremo, são submetidas à exérese cirúrgica sem anestesia, a fim de solucionarem os problemas orgânicos imediatos, teriam sido olvidadas pelo acordo de apelo e solução última da miséria? Não há resposta certa, talvez a resposta mundana seja mesmo uma heresia frente aos desígnios obscuros e mistérios da divindade. Divindade com D maiúsculo? Difícil teorizar, e longe de mim arriscar tamanhas inferências.

O que me resta, como futuro aspirante à medicina, é pensar: “se não possível curar, seria, pelo menos, dever do ato médico solucionar a dor? Mas, se sim, há solução para a dor?”. Talvez uma paciente com fibromialgia em último estágio ou um paciente oncológico metastático apenas apele para “corte minhas vias espinotalâmicas!”. Mas, seria isso suficiente? Seria isso suficiente quando há outras dores psíquicas em andamento? Há uma panaceia? Perdoem-me Esculápio, Hígia e Hipócrates. Eu falhei.

Falhei em ser humano e falhei em compreender que minhas ações têm limite e que elas encontram como obstáculo supremo o respeito ao livre arbítrio de meus pacientes em precisarem e desejarem sentir dor em certa medida. Atenuo o que é possível e respeito o que deve ser mantido. Falhei, pois me julguei semideus e detentor do poder de decidir pelo desejo alheio. O que me humaniza é saber e respeitar – segundo dizem os budistas – que “dor é veículo de consciência”.

Certa vez, a filósofa Viviane Mosé falou que a dor é um rasgo na alma para compreendermos um mundo maior do que ele de fato o é, em outras palavras, a dor seria consequência de um rasgo na nossa defesa para a penetração do mundo tal qual ele é na tela da nossa consciência. Mas, por essa lógica, poder-se-ia inferir que a dor sentida por essas crianças palestinas sem anestesia seria, em parte, culpa delas por não compreenderem os horrores da guerra.

Mas, seria leviano fazer a última afirmação. Seria raso e desonesto. A dor da compreensão do mundo não nos pede licença. Não nos pergunta se estamos prontos ou não para aceitá-la. Talvez seja desolador pensar que essas crianças foram submetidas à tamanha dor em tão tenra idade. Mas, mesmo assim, novamente, a realidade da existência não nos pede licença. Não nos pergunta se estamos prontos

ou não para aceitá-la. Ela apenas chega. Não de forma sorrateira e silenciosa, mas de forma aterradora e barulhenta, convidando-nos a compreender coisas antes ignotas.

“Só eu sei teu nome mais secreto”, disse Waly Salomão, e é assim que a dor parece nos sussurrar – ou gritar. Porém, para isso, Gal nos grita: “É preciso estar atento e forte, não temos tempo de temer a morte!”. Fácil para ela dizer tal coisa, a morte seria solução última e silenciamento de toda a dor – ao menos para os mortos, não para os vivos –, mas viver é pacote completo. Para toda ação deve haver uma reação de igual intensidade, Newton já disse. Quem somos nós para contrapor?

Percebo, em ato de quebra da quarta parede e em ato de metaconsciência, que escrevi muitos “mas”. MAS, a ideia aqui principal é o contraste. Não se pode compreender o calor sem contrastar com o frio. O “mas” é inevitável e necessário à compreensão do mundo. Por isso, peço licença ao leitor para continuar com minhas redundâncias, com o objetivo de fazê-lo continuar a questionar e de comparar ideias diferentes, a fim de realizar sua própria conclusão.

O que nos cabe perceber aqui é que a dor é inevitável e talvez o sofrimento seja opcional – ainda que não haja consenso tanto acerca da opção desse último quanto da diferença entre ele e dor. O que importa é compreender que, antes de tudo, somos seres humanos – nós, médicos e futuros aspirantes a médicos –, ainda que tenhamos nossos delírios de onipotência e sonhemos em sermos super-homens. A dor vai vir. Nem sempre podemos parar a dor de nossos pacientes. Talvez consigamos ministrar medicamentos analgésicos potentes, talvez consigamos conversar com nossos pacientes, a fim de mitigar suas dores psíquicas, talvez até consigamos obliterar suas vias espinotalâmicas da dor. Talvez...

Mas, ainda assim, também, talvez não consigamos sanar a dor de seus familiares após as suas partidas, talvez não consigamos ser a mãe ou a avó de alguém que perdeu seu ente mais querido e talvez não consigamos ser o amor de alguém que dividiu a vida inteira com um outro alguém e que com ele compartilhou suas bodas de diamante. Podemos até tentar, mas sem a certeza de conseguir. Seria, então, o médico apenas uma mola? Alguém que pode talvez atenuar a dor, mas sem a certeza de sua completa obliteração?

Talvez Kant nos possa dizer: “Não é o fim, mas a intenção que conta”, mas os utilitaristas nos respondem que o que realmente importa é o que aconteceu, não a intenção. Estamos em um impasse novamente? Está, de fato, o inferno cheio de pessoas com boas intenções? “Não queremos que essas crianças sintam dor, mas precisamos operá-las”, pensaram os médicos palestinos. Há uma resposta ética e moral para isso?

A medicina parece ser tão universal, tão complicada e tão intransigente quanto a própria filosofia. Curar, sanar e acalantar pode ser tanto um ato médico quanto um ato filosófico. Ao que me parece, e, para tanto, preciso respeitar as palavras de Shakespeare, quando, em Hamlet, ele escreve “há mais coisas entre o céu e a terra do que possa imaginar vossa vã filosofia”, é que talvez, com nossas limitações epistemológicas, não consigamos chegar a uma resposta definitiva. Não há certeza absoluta assim como a geometria euclidiana não existe em um universo tetradimensional.

Mas, ainda assim, precisamos tentar. Precisamos tentar pelo que nos faz humanos. Precisamos tentar porque o que nos faz humanos é a empatia e, portanto, compadecemos-nos com a dor do outro. Precisamos tentar, pois o que seria dos caminhos sem o brilho das estrelas para nos guiar? O ideal e o perfeito não são um fim, mas uma sina. Não um caminho a ser trilhado, mas um direcionamento. A solução do problema da dor talvez nunca seja possível, mas seguramente é capaz de ser sonhado.

Nosso cérebro não sabe a diferença entre o real e o imaginado. Pense em morder um limão bem azedo, e duvido sua boca não salivar com a ideia do sabor adstringente em sua língua. Assim é com a vida. Seu ato talvez não seja perfeito, talvez não atinja o objetivo último, talvez até cause mais danos. Mas, ainda assim, ele prenuncia a sua intenção. E se sua intenção for verdadeiramente positiva, isto é, se você tiver a intenção verdadeira de sanar a dor alheia, você deverá estar disposto a rever as suas escolhas e reconhecer quando estiver errado. Reconhecer que talvez o que antes julgava ser o bem talvez não o seja para outro alguém e respeitar o limite alheio.

Ser médico, antes de tudo, é saber instruir, é saber comunicar, é saber explicar à pessoa que desejamos o bem a sua condição e o que podemos fazer por ela. É também saber reconhecer nossas limitações, reconhecer nossa falibilidade e nossas limitações e, sobretudo, saber o limite do desejo do outro. Não podemos desejar pelos nossos pacientes, precisamos respeitar suas limitações, seus quereres, mas, ainda assim, desejarmos o seu bem. Se há duas profissões no mundo que são sinônimos, são elas o médico e o equilibrista.

As linhas tênues, a corda bamba, o medo de cair, de ser processado, o desejo de ser querido e o de fazer bem. O desejo de apoiar e ser apoiado. De ser louvado e o medo de ser castigado. Ser cassado ou ser condecorado? Ser médico é isso, ao menos, a meu ver. Sinto que há muito mais que possa ser dito, mas eu não poderia me colocar no lugar das crianças palestinas. Há limites não apenas para minha empatia, mas também para minha imaginação. O que posso fazer é pensar não apenas sobre elas, mas minha posição diante delas. E o que posso refletir diante de sua situação.

Desejo aqui ao leitor, portanto, o benefício da dúvida. O benefício de questionar não apenas o mundo ao seu redor, mas também a si mesmo e os seus quereres. “Que desejo é esse que não se realiza”? Há limites entre o nosso desejo e a nossa capacidade ou há limites entre os nossos desejos e o mundo real? Questione, questione, sobretudo, a si mesmo.

O pórtico de Delfos já dizia: “conhece-te a ti mesmo e conhecerás o mistério dos deuses e do universo”. Eu não seria tão presunçoso em tal afirmação, mas apenas diria “conhece-te a ti mesmo”, essa simples frase já indicará certos caminhos e, em parte, a sina que desejas trilhar. Afinal, estamos condenados à liberdade, não é mesmo, Sartre? Sendo assim, o que deseja fazer diante dela, diante dos seus quereres e diante de seus pacientes?

Poderemos sanar a dor das crianças palestinas? Caso não, poderemos sanar a dor dos nossos pacientes? E, se não, também, poderemos sanar a dor dos que são próximos a nós? E, se não, também, poderemos sanar a dor de nós mesmos? Pode um ferido curar? Pode um palhaço triste fazer rir? Talvez até o consiga, mas a cura é relação biunívoca e não pode ser completa se não for recíproca.

CAPÍTULO 2

MEDICINA NARRATIVA COMO MEIO DE ELABORAÇÃO DO LUTO: MEMÓRIAS DE UM LUGAR CHAMADO SAUDADE

CARTA AO PROF. VITOR MACHADO

Renata Facco de Bortoli

Nós ficamos com a sensação de que você foi arrancado prematuramente das nossas vidas.

Era volta das férias e a notícia veio pelo grupo de docentes do eixo educacional Profissionalismo, pela querida, admirada, inspiradora e mestra dra. Eliana Mendonça: “o dr. Vitor teve mais de um AVC, está no hospital em estado grave, ele pediu para que a família me avisasse!”.

Eu, no caso, se não me falha a memória, estava em pleno trânsito do Rio Grande Sul de volta à Brasília, após alguns dias de recesso escolar durante o inverno, na companhia da minha família de origem.

Foi terrível!

Foi impensado!

Foi doloroso!

Foi assustador!

Foi devastador!

Foi angustiante!

Foi pesado e importante!

Havia um prenúncio anunciado na comunicação intuitiva feita por aquela mulher que tinha convivido mais com ele do que todos nós nos últimos seis meses, especialmente devido ao estágio em Saúde Integral, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vicente Pires.

Parecia que o próprio professor, modelo e nosso guia, estava nos dando uma má notícia de forma direta como lhe era muito costumeiro.

Paralisamos de alguma forma...

Buscamos conhecidos pelos corredores daquele hospital.

Quem já estava na cidade e podia ir até lá para falar com a família dele e levar algum conforto foi ao hospital, para, além disso, tentar ter notícias mais definitivas do estado de saúde dele.

Ele foi submetido a uma cirurgia extremamente difícil. Após o que fora observado no ato, novamente, preparamo-nos para o pior desfecho. A morte já rondava nossas conversas diárias no grupo. A esperança e a corrente de orações nunca nos abandonaram.

Houve momentos em que algum sinal de melhora e comunicação da parte dele, mesmo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de outra unidade hospitalar, fizeram-nos crer num milagre maior. Agarramo-nos na hipótese de que ele poderia ficar com algumas sequelas relevantes, mas que teríamos a oportunidade de continuar aprendendo com ele agora como um paciente gigante que luta e combate lindamente, apesar do luto antecipado, do choro que era incontrolável, natural e necessário.

Olhando para trás, penso cada dia mais que ele foi generoso em nos permitir este tempo de despedida. Algum lampejo de consciência da nossa parte de que a vida se apaga sem pedir licença, sem aviso prévio, sem acordos, sem palavras, e que aquele que mais víamos como um símbolo de vitalidade e coragens múltiplas também era humano residente em um corpo que sofre, sente e é vulnerável.

A lição não terminou e talvez nunca esteja completa sobre este dia fatídico e contraditório! Raiva, revolta, mistério, dúvidas, angústias, indignação, tristeza, dor,

vazio, lembranças de conversas prévias, questionamentos próprios às nossas humanidades.

E todas as palavras, mínimos movimentos, expressões faciais relatadas por quem esteve ao seu lado também fisicamente, teorias e ensinamentos não dimensionáveis na nossa vã capacidade de apreender o todo, pareceram se encaixar como dados de uma vida sem precedentes.

A biografia de uma pessoa única, destemida, verdadeira, sonhadora e realizadora. Uma certeza: ele passou por aqui tecendo vínculos colaborativos. O perdão e a reparação sempre ficam inerentes aos homens de boa vontade como ele, “esta é a vida real”!

Foi a frase que ele me respondeu quando perguntei se não estava muito puxado a rotina de consultas: “Renata, aqui, vimos as coisas como elas estão de fato naquele local e tempo! Estamos fazendo um trabalho muito bom, precisamos seguir adiante...”. É claro que estava difícil, é claro que ele se cansava, isso é tão óbvio agora, mas a colheita estava acontecendo sempre ao mesmo tempo em que o suor escorria de seu rosto.

Mais um jardineiro fiel que nos observa dos céus e segue emanando sua força de onde estiver, agora, invisível a olhos nus, presente, constante, potente, eternamente uma fonte infinita de sabedoria.

Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz.

...

Eu juro que é melhor não ser um normal...

Essa balada dos Mutantes me abraçou forte e arrancou alguns sorrisos misturados a muitas lágrimas e choro de corpo inteiro, junto aos olhares e sustentações de tantos queridos alunos e colegas inesquecíveis, durante a cerimônia de despedida final do corpo físico dele, pois o espírito vive entre nós!

Acredito que o narrador fictício poético deste difícil, mas também belo escrito é a própria SAUDADE, que cada dia que passa vai costurando esta colcha de retalhos em forma de memórias eternas.

Entendendo esse afeto como o maior patrimônio interno, que é uma verdadeira conquista tão grande quanto foi o amor, a admiração e o grau de conexão com quem partiu antes que nós deste plano!

Lembrando que saudade é uma palavra exclusiva da nossa língua mãe, o português, dificilmente traduzida para outros idiomas, tamanha a sua magnitude interna.

Agradeço pela oportunidade de os escutando aprender, elaborar e ressignificar o meu luto um pouco mais e também coletivamente, o que imagino nos fortalecer muito, a medida que nomeamos o que compartilhamos em vida com ele, percebendo que a eternidade pode ser justamente a possibilidade de permanecer memorável e inesquecível dentro das pessoas.

A PRÁTICA HUMANIZADA DA DOCÊNCIA MÉDICA E DA MEDICINA NA COMUNIDADE DE ITAPURANGA: O RICO E INESQUECÍVEL LEGADO DO DR. VITOR MACHADO

Allan Eurípedes Rezende Napoli

Quando falamos a respeito do dr. Vitor Machado, o sentimento que surge nas fibras mais íntimas de nossa alma é o da saudade. Não é uma saudade qualquer, é uma “saudade boa”, como diz a canção de Jonas Esticado. É uma saudade recheada de esperança e impregnada do “legado extraordinário” que unia conhecimento técnico, afetividade e humildade” e que ele nos deixou sem nada cobrar em troca, desapeadamente. Lembrei-me neste momento de uma trova de autoria do trovador Francisco Ricardo, extraída do livro “Orvalho de luz” de autores diversos: “Se eu fizesse o dicionário, onde o ‘S’ tem ação, eu deixaria a saudade, mas tirava a solidão”. A saudade que sentimos do nosso amigo dr. Vitor não permite que caiamos na solidão destrutiva, mas impulsiona-nos para o exercício da medicina inspirado na sua vivência humanizada, com amor e compaixão. Nós professores e seus alunos,

que compartilhamos o convívio com este mestre, não cairemos na solidão diante dos nossos pacientes, pois ele, por intermédio dos seus ensinamentos, fará nossa companhia, inspirando-nos na tomada de decisão. Diante da incerteza em um caso difícil, podemos perguntar a nós mesmos: “como o dr. Vitor faria nesse caso”? Com certeza, teremos nesse momento a intuição necessária para a tomada de decisão. Na consulta médica, ele ia além da anamnese tradicional, auscultava a alma humana em suas dores e sofrimentos, além de realizar um exame físico apurado, exercitando a “clínica dos detalhes”, interagindo com o paciente de forma encantadora. Dr. Vitor, com mais de 40 anos no exercício da medicina, manteve o encantamento pela medicina, espelhado na sua expressão serena e cativante e, através do brilho compassivo de seus olhos azuis, transmitia esse encantamento aos professores e a todos os seus alunos. Vale dizer que, diante dos médicos que caíram no desencantamento da profissão médica, a sua conduta sempre harmoniosa era capaz de trazer de volta para esses médicos o encantamento pela medicina. Segundo o prof. dr. Eduardo Tosta, o reencantamento da prática médica passa pela redução dos sofrimentos dos profissionais, e estes só serão mitigados por meio do fortalecimento espiritual.

Ainda segundo o prof. dr. Eduardo Tosta, espiritualidade é o estado decorrente da identificação com nossa essência amorosa e se manifesta pela capacidade de doar e de receber amor. Como o amor é a essência da dimensão espiritual, a espiritualidade é a expressão de nosso grau de amorosidade.

Como médico, o cidadão do mundo, viajou a serviço para o Butão e lá aprendeu muito sobre a cultura e a espiritualidade daquele povo. O Butão é um pequeno país localizado nos Himalaias, entre a Índia e a China, e é conhecido como o país mais feliz do mundo. Mesmo estando numa região delicada, entre dois gigantes, o país serve como refúgio de paz para todos os seus habitantes. Veem-se mosteiros budistas em todos os cantos evidenciando a busca da espiritualidade. No Butão, a Felicidade Interna Bruta (FIB) é mais importante do que o Produto Interno Bruto (PIB). Os quatro pilares da FIB são: preservação do meio ambiente, desenvolvimento socioeconômico sustentável e equitativo, boa governança e preservação e promoção de cultura.

Dr. Vitor incorporou os conhecimentos butaneses em sua prática médica diária. Em seus ensinamentos no eixo educacional Profissionalismo do quinto semestre da Faculdade de Medicina do CEUB, dr. Vitor ressaltava a qualidade da atenção ao paciente e às pessoas, mostrando que o outro é o centro da atenção, e, no cumprimento butanês de bom-dia, dizia: “/kuzusambo/”, que significa “eu reconheço que você existe”, “eu estou te vendo”, como a nos dizer: “você é importante para mim e não é invisível”. Tratava o paciente na sua integralidade, valorizando o aspecto biopsicossocial e espiritual do ser humano. Dizia sempre que o afeto, o vínculo e a empatia não têm uma temporalidade, ou seja, são atemporais.

Médico e professor sensível ao sofrimento do próximo, dr. Vitor tinha uma espiritualidade que podia ser avaliada pelo grau de sua amorosidade. No convívio com os alunos e os pacientes, ele exalava amor, um amor quase paternal.

Muitos perguntariam como era o dr. Vitor no convívio familiar. Em conversa com sua esposa, Eliana Machado, em 14 de maio de 2024, em que ela me enviou uma foto linda e harmoniosa da sua família, ouvi o seguinte depoimento a respeito de sua alma gêmea: “o amor dessa família que Vitor me deu apazigua o coração e enche a alma de gratidão. Essa foto foi do Dia das Mães. A gente segue com o legado que ele nos deixou, mas que o “bichinho” faz uma falta danada, isso faz. Vendo por outro lado, desafia o desapego e o desenvolvimento espiritual. Perdas e ganhos, né, amigo? É isso, é vida”! Eu responderia sem pestanejar, dr. Vitor era um pai, esposo e avô, com qualidades internas de alto padrão espiritual e possuidor de um amor infinito pelos seus entes queridos.

Veremos a partir de agora narrativas de alunos do CEUB que tiveram a oportunidade de compartilhar com o dr. Vitor, em duas eletivas voluntárias, sem qualquer ganho financeiro, em janeiro e em julho de 2022, uma experiência ímpar na cidade goiana de Itapuranga, que dista de Brasília 327 Km. A experiência médica do dr. Vitor abrangia as áreas de cirurgia geral, ginecologia, clínica médica, geriatria, terapêutica floral, fitoterapia e homeopatia. Na docência, tinha larga experiência nos grupos Balint. Podemos dizer que era um médico completo. Contou em Itapuranga com a ajuda do dr. Paulo Horta, da sua esposa Dominique e da filha médica Ana. O dr. Paulo, além de cirurgião e anestesista, tem outras especialidades e teve também o

apoio dos funcionários da Secretaria de Saúde do município. Os alunos participaram de múltiplas atividades na área rural, ambulatório, centro cirúrgico e obstétrico.

NARRATIVAS

DO MEU PRIMEIRO ATENDIMENTO ATÉ O INÍCIO DO ESTÁGIO

Caroline Darsa Boianovsky

Minha história com o dr. Vitor começou juntamente com a história da minha primeira paciente. Era uma terça-feira, dia 21 de setembro, às 8 horas da manhã, minha primeira ida à UBS, depois de um ano e meio de ensino à distância, por conta da pandemia. Claro que eu estava animada para começar mais uma atividade prática, entretanto, mal sabia o que me esperava. Até então, minhas experiências no eixo educacional Integração, Ensino, Serviço e Comunidade (IESC) haviam se resumido a assistir consultas dos médicos do posto, acompanhar trocas de receitas e fazer visitas domiciliares. Todavia, dessa vez, havia algo diferente: um novo professor, o dr. Vitor Machado, recém-chegado à minha faculdade, e uma nova UBS. Pois bem, ao chegarmos lá, encontramos uma Unidade Básica de Saúde grande, recém-construída e borbulhando de atividade, mesmo nas primeiras horas da manhã. O quadro de trabalhadores estava reduzido, apenas dois médicos para os seis consultórios disponíveis. A fila lá fora já era imensa, infelizmente, uma realidade recorrente para os usuários do SUS. Eis que chegam 15 estudantes de medicina e um professor. Como poderíamos ajudar? A resposta veio por meio do próprio prof. dr. Vitor Machado, um médico excepcional que ministrou aulas em uma universidade pública por mais de 20 anos e que, eu mal poderia imaginar, mudaria a minha vida.

Às 8h da manhã, naquela terça-feira, o dr. Vitor sabia exatamente o que fazer: vou me cadastrar nessa UBS e nós vamos ajudar! Rapidamente, seu cadastro foi realizado pela equipe do local, que ficou grata com a oferta de ajuda. E foi assim, que eu, estudante do 5º semestre de medicina, com apenas um semestre de aulas presenciais e outros três semestres cursados 100% à distância, encontrei-me com

minha dupla, sozinha, em um consultório, aguardando minha primeira paciente de verdade! Dá para imaginar a ansiedade?

Entrou pela porta uma senhora idosa que chegava com um problema, dor lombar, e um calhamaço de exames. Começamos, então, nossa minuciosa anamnese tal qual aprendemos nas aulas da faculdade. A senhorinha já havia se consultado com diversos médicos diferentes (inclusive particulares), e ninguém havia encontrado solução para o seu problema que, durante a nossa conversa, ainda parecia bem vago. Prosseguimos com o exame físico, aferi a pressão, fiz as ausculta pulmonar e cardíaca... Imagine você, eu, que até recentemente mal conseguia encontrar os focos cardíacos, não só encontrei os focos como também consegui distinguir um som diferente do que estava acostumada. Fiquei bastante intrigada e chamei o dr. Vitor que confirmou uma hipofonese de segunda bulha em foco pulmonar. Meu primeiro achado a partir de um exame físico! Eu mal podia acreditar. O dr. Vitor me encorajou elogiando o achado, o que me deu confiança para prosseguir com o exame.

Durante todo o tempo que ficou conosco, a paciente foi se soltando. Havia chegado triste e cansada. À medida que fomos conversando, com a atenção que fomos lhe dando, ela foi se abrindo. Dr. Vitor nos conduziu, como um detetive que examina pistas, como um policial em busca de seu culpado, em busca da origem das dores de nossa paciente. Com calma, confiança e muito carinho com a paciente, ele foi deixando marcado em nós seu modelo perfeito de atendimento. No meio da investigação, ele nos chama a atenção para as mãos da paciente: estavam presentes os “nódulos de Osler” em falange distal bem como a “artropatia de Jacooud”, com deformidades do tipo pescoço de cisne nas articulações metacarpofalangianas. Ao identificar esses sinais, o dr. Vitor falou: acredito tratar-se de um caso de artrite reumatoide. Fomos verificar nos exames sorológicos e, de fato, o Fator Antinuclear (FAN) e o fator reumatoide vieram positivos, sendo portanto o diagnóstico confirmado de artrite reumatoide. Que sensação indescritível de dever cumprido! Para o leitor médico experiente, esse diagnóstico pode parecer algo normal, corriqueiro. Para nós, estudantes, conduzidas por nosso encantador professor, esse diagnóstico foi transformador. O momento também foi especial para a paciente: seu rosto se iluminou ao ouvir um diagnóstico e toda a explicação do dr. Vitor;

finalmente, foi encontrado um motivo para as dores que lhe acompanhavam há tanto tempo. O tratamento foi igualmente diferenciado, com a prescrição de manipulação de cúrcuma longa por 30 dias – um tratamento fitoterápico, que se encaixava perfeitamente com os medicamentos de uso contínuo para pressão e coração que a paciente já utilizava. A senhora saiu agradecida, realizada, com esperança de poder retomar suas atividades diárias na roça, local que ela tanto ama.

Este foi apenas o primeiro dia de um semestre inteiro de experiências de atendimento com o dr. Vitor Machado. A sua atenção, calma e cuidado nas consultas me encantaram e me moldaram. Ao final do semestre, eu já não queria deixá-lo (risos), eu tinha aprendido tanto! Falei: doutor, como faço para acompanhá-lo nas férias? Ele me explicou que estava aposentado, mas que poderíamos ir atender no interior. Disse-me assim: junte um grupinho de amigos e vamos para Itapuranga! Dito e feito: nas férias de janeiro, saíram sete alunos e um professor em direção ao interior. Eu já imaginava que seria muito bom... Só não tinha ideia de que essa experiência mudaria totalmente tanto a minha vida quanto a vida dos meus colegas. A medicina se dividiu em duas: antes de Itapuranga e depois de Itapuranga.

MEMÓRIAS DE UM FEEDBACK EM HOMENAGEM AO PROF. DR. VITOR MACHADO

Ana Paula Hesketh Campos Magno

Dr. Vitor não soube, mas eu lia, salvava e guardava todos os feedbacks que ele me dava. Em junho de 2022, na época, eu ainda estava no 7º semestre do curso – prestes a realizar o meu estágio em Itapuranga, viabilizado por ele –, fui presenteadada com observações que ficaram na minha memória...

Ele, que tanto falava sobre acolher os sentimentos do outro, talvez não tenha noção do quanto a sua sabedoria foi um instrumento de força e de resiliência para mim em vários aspectos.

Toda vez que me sinto insuficiente dentro da medicina sempre procuro voltar em nossas conversas...

O quão grande a palavra de uma pessoa que admiramos pode ser?

Manter vivo o seu legado, principalmente respeitando o desejo e a decisão do outro, estando atento e sensível ao que acontece ao nosso redor e tomando muito cuidado para não perder facilmente esses valores, será uma honra para mim.

Hoje, já no final do meu curso, ainda vejo você em todos os meus pacientes. Lembro-me da sua sensibilidade ao conseguir comunicar uma notícia difícil de uma maneira tão leve e doce. Lembro-me da sua humildade – logo você, uma das pessoas mais inteligentes que já conheci – em reforçar o quanto tinha sede por conhecimento.

Lembro-me com carinho dos ensinamentos assertivos de um profissional sempre solícito e disposto a servir.

Sinto que eu poderia passar uma eternidade elencando os diversos aprendizados e as diversas qualidades que tanto respeitava no dr. Vitor, mas ainda assim faltariam linhas. Meus colegas e eu somos verdadeiros privilegiados por termos tido a oportunidade de conviver com um ser humano tão extraordinário e único.

Não consegui falar a tempo, mas muito obrigada por ter enxergado potencialidades incríveis em mim, mesmo quando eu não acreditava que tinha. Na minha trajetória acadêmica e em minha alma, você será sempre memorável.

PARA UM ESTUDANTE, EXISTEM DOIS TIPOS DE MÉDICOS: OS QUE QUEREMOS SER E OS QUE NÃO QUEREMOS SER

Maria Luiza Santos Cardoso

O dr. Vitor é o tipo de médico que queremos ser, antes de ser médico, ele era humano. Ele não foi apenas um médico que nos ensinou teoria e como conduzir consultas, ele nos ensinou como o paciente deve ser tratado.

Na enfermaria do hospital, havia uma senhora que chorava e gritava há dias, todos da equipe achavam que era uma paciente psiquiátrica, mas não era. O dr. Vitor, ao escutar a agonia da paciente, foi até o quarto dela sem comunicar a

ninguém, apagou as luzes, deixando apenas uma acesa e foi até ela. A paciente estava agoniada, nervosa, o doutor segurou a mão dela e fez técnicas de respiração para a ansiedade para que ela se acalmasse. Ela se acalmou. Eu fiquei observando tudo da porta do quarto, ele nem sabia que eu estava ali, no final, até eu estava respirando junto com ele para me acalmar. Ela só queria ser vista, saber que estava sendo cuidada, assistida e que não estava sozinha.

O dr. Vitor sempre cuidou muito bem de seus pacientes, nunca deixou de abraçá-los quando precisava, segurar a mão e se mostrar muito bem disposto para ajudá-los em suas doenças e suas ansiedades.

O dr. Vitor sempre nos alertava sobre a importância de não tratar apenas a doença, mas a pessoa como um todo, demonstrar todo o carinho e paciência que um médico deve ter com seu paciente, como criar um vínculo e obter a confiança de quem o médico trata. Mesmo que ele tenha nos deixado fisicamente, seu legado permanece, foram diversos estudantes que melhoraram como médicos e pessoas, que continuarão a passar para frente seus feitos em vida e estes serão eternos”.

MORTE E MORRER: O ENSINAMENTO QUE MUDOU VIDAS E CONTINUARÁ MUDANDO

Ana Clara Costa Vieira

Era janeiro de 2022, em uma manhã de domingo durante o estágio em Itapuranga, eu estava acompanhando a passagem de visita com o dr. Vitor e minha amiga Nine. Estávamos vendo um paciente, quando do nada escutamos: “Pai? Pai? Pai?”. Era uma filha que estava tentando fazer com que seu pai se comunicasse com ela, mas não obteve resposta positiva. Prontamente, o dr. Vitor falou para fazermos um eletrocardiograma e vermos como o paciente estava. No momento do exame, ele teve uma parada cardiorrespiratória. Foi uma correria para levar o paciente para a sala vermelha, uma correria para chamar a equipe, e todos foram mobilizados. Porém, uma situação aconteceu, a filha ficou sozinha vendo toda aquela situação, sem entender o que estava acontecendo. Após vários minutos de tentativa de reanimação do paciente, infelizmente, ele veio a óbito. O dr. Vitor me chamou no

canto e falou: “Ana, eu acho que cometemos um erro. Ninguém ficou com a filha do paciente, ela deve ter ficado desesperada, e isso vai marcá-la pra sempre. Eu vou lá falar com ela e explicar tudo que aconteceu”. Naquele momento, senti um nó na garganta, eu consegui ver nos olhos do dr. Vitor a chateação dele por não ter falado com a filha do paciente, mas, ao mesmo tempo, eu vi quão empenhado ele estava para salvar aquele paciente. Eu confesso que aquela situação toda me marcou pra sempre, eu nunca vou me esquecer daquele dia, daquele paciente, daquela filha, daquele momento, daquele último olhar, e do olhar do dr. Vitor de “poderíamos ter feito mais pela filha do paciente”, mas, ao mesmo tempo, toda a preocupação e carinho que ele teve ao ir conversar com ela, com toda a calma e serenidade do mundo.

O tempo passou, já estávamos em julho de 2022, voltamos para Itapuranga para uma segunda edição do estágio. Eu estava superempolgada porque aquelas vivências do estágio eram únicas e transformadoras. Eu estava, mais uma vez, acompanhando o dr. Vitor, quando um filho chegou trazendo o pai. O pai havia infartado em casa e teve uma parada cardiorrespiratória no caminho até o hospital; eles moravam na área rural, a uns 15 minutos do hospital, ou seja, a demora foi crucial para o desfecho da história. O pai chegou e já foi direto para a sala vermelha, e, no meu coração, só me vinha à memória a história do outro paciente, da outra situação em que não tínhamos conseguido dar suporte para a família. Naquele momento, eu optei por ficar acompanhando o filho, enquanto os profissionais tentavam reanimar o pai dele. Então, eu vi o quão era delicada e importante a função de quem estava ali dando o suporte para aquele filho. Eu escutei coisas das quais eu nunca vou me esquecer: “eu deveria ter aproveitado mais meu pai”, “hoje cedo, ele estava lá na rede deitadinho, como ele costumava fazer, e agora ele tá ali, quase morrendo, o que eu faço? Eu quero mais tempo com meu pai”. E quando eu estava ali com o filho do paciente, ouvindo todas as suas dores, eu consegui entender aquele olhar do dr. Vitor de “nós tínhamos de ter dado suporte para a filha do paciente, aquilo vai marcá-la pra sempre”. Minutos se passaram, e o dr. Vitor saiu da sala, era visível no olhar dele que o paciente não havia sobrevivido, e ele chegou ao lado do filho e falou: “seu pai descansou”, com toda sua calma, e se ofereceu para falar a notícia para os outros familiares.

O dr. Vitor era, é, e sempre será um dos maiores exemplos de profissional e ser humano que eu vou ter na vida. Ele me ensinou que, para ser médico, a gente precisa olhar para o paciente como um todo, não generalizar ninguém e entender que o paciente precisa ser tratado com todo amor e carinho do mundo, afinal, ali, tem uma pessoa com várias histórias, dores e vivências, e tudo isso precisa ser respeitado. Dr. Vitor, mesmo dentro de sua simplicidade, mostrou-se gigante, mostrou-se brilhante, porque ele não precisava de muito, só do seu jaleco com mangas curtas, um estetoscópio e pronto, já tinha surgido o diagnóstico, porque ele sabia o que perguntar, como perguntar e como examinar cada paciente dentro de suas particularidades. O dr. Vitor é, foi e sempre será, nunca será esquecido, porque há um pedacinho dele dentro de cada um que teve a oportunidade de conviver com ele.

UMA DAS MELHORES EXPERIÊNCIAS DE MINHA VIDA

Giovanna Costa Moura Velho

Quando eu fui para o estágio de Itapuranga, nunca imaginei que seria uma das melhores experiências da minha vida. Além de ter conhecido pessoas maravilhosas e de ter passado uma semana ao lado delas, tive o prazer de conhecer o dr. Vitor. Ele foi essencial do início ao fim e tornou a experiência completamente inesquecível. No meu primeiro dia de estágio, falei que, se eu visse um parto durante a semana, seria a pessoa mais feliz do mundo. Logo no meu primeiro dia, havia uma paciente em trabalho de parto. O dr. Vitor e o dr. Paulo assistiram a paciente durante todo o período de latência e, na hora do neném nascer, fomos a uma sala reservada. Meu coração estava a mil, e o dr. Vitor perguntou se eu gostaria de fazer o parto. Sorrindo de orelha a orelha e com as pernas tremendo de medo, disse que sim. O parto foi uma das melhores experiências da minha vida, tive o prazer de trazer a criança à vida, assistindo a mãe no momento mais feliz da vida dela. O dr. Vitor esteve ao meu lado do início ao fim, deixou-me tranquila e segura de fazer o meu trabalho. Apagamos as luzes e acompanhamos todo o processo com muito amor.

Dr. Vitor, independentemente de onde você esteja, saiba que o senhor foi extremamente especial e necessário para a minha formação como médica. Levo-o no coração para sempre, junto com todos os seus ensinamentos. Sou eternamente grata a Deus por ter me dado a oportunidade de ter aprendido tanto com você em uma semana extraordinária.

Muito obrigada!

FÃ DO DR. VITOR

Camila Lopes

Eu não conheci o dr. Vitor na faculdade. Eu o conheci no estágio de Itapuranga. No auge do meu décimo semestre, resolvi fazer um estágio para agregar no currículo, e surgiu essa oportunidade. Não conhecia ninguém, realmente conheci todos no dia que nos juntamos para ter uma aula pré-estágio.

Mas foi nesse cenário que conheci alguém que mudaria minha visão da medicina. Eu vi a medicina sorrir e me abraçar, dizendo que ali eu não precisava me preocupar em ser interna, porque ali eu era a Camila. Eu vi a medicina fazer carinho na minha alma quando não quis produtividade, não quis horas trabalhadas. Eu vi a medicina. O que eu tinha conhecido até então? Eu não sei.

Em julho de 2022, eu tive um burnout, que culminou em uma sensibilidade auditiva relevante. Foi um fim de semestre, com diversos problemas externos, e eu ainda resolvi fazer um estágio – minha psicóloga pirou. Mas foi lá que eu encontrei a cura. Na dualidade da medicina ter me esgotado, ela também me renovou. Foi no cansaço de horas trabalhadas que encontrei uma atividade que pudesse me recuperar. Mas, como? Novamente, eu conheci a medicina. Eu conheci o dr. Vitor. Eu conheci alguém que fazia medicina por trás das telas, no off. Medicina de pessoa simples para pessoas simples.

No fim do estágio, eu chorei quando percebi que estava psicologicamente bem, recuperada do burnout, porque o dr. Vitor pegou na minha mão e me mostrou que ainda há amor na medicina. Se eu fosse escrever cada caso clínico que ele me

ajudou, não sei se eu me lembraria de tudo. Mas ele foi marcante a cada dia. Obrigada, dr. Vitor. Obrigada por ser o que eu procurava na medicina: o amor.

UM FAROL DE MEMÓRIAS E UM MAR DE TESOUROS

Pedro Miranda Vieira Bezerra

Foram sete dias inesquecíveis de vivências que não podiam ter sido amparadas por uma pessoa melhor. O cansaço, assim como o encanto, chegava em seu ápice com o pôr do sol. O dr. Vitor reunia-se com todos nós, estagiários, em uma pequena sala, em uma roda de conversas em cadeiras de plástico, quando expunha para todos sua verdadeira maestria, em uma arte muito pouco ensinada e ainda menos praticada, que é a de refletir, pensar e absorver tudo ofertado por essa experiência inexplicável que é o viver. Ao nos reunir para pensar o dia, tornava-se um condutor, trazia à tona diversos detalhes e reflexões que enriqueciam e coloriam a todos e a tudo como uma bela pintura de retratos.

São poucos os momentos, quando paramos para pensar acerca do quê, de fato, preserva-se na memória por mais cotidianas que possam ser essas memórias. Esses momentos são tesouros afogados nas outras mil tarefas rotineiras que tiram de cena aprendizados e conhecimentos, que, em outra hora na vida, trariam uma solução ou sorrisos.

Mas, talvez, seu melhor presente tenha sido o fato de ele ter immortalizado as memórias ao juntar todas as experiências em um unísono de uma novidade na vida, que foi uma vivência da arte da medicina em sua totalidade acadêmica, um espetáculo semiológico e de cuidado com o paciente; uma demonstração de luz e de sorriso em formato de atenção à saúde.

Em nossa última reunião, recordo-me do relato da minha colega, hoje doutora e médica residente, Camila. Parafraçando-a, ela dizia que se sentia aliviada pela prática. Na época, ela estava em seu último ano de medicina, já cursava o famigerado internato. Ela relatava que se sentia aliviada de poder praticar um estágio livre do ambiente asfixiante dos cenários de Brasília. Sua voz perpassava o mero som e transmitia também seu alívio, que, de certa maneira, aliviou-me também da

ansiedade de cursar essa etapa da minha vida, que, à época, era iminente. Dr. Vitor a acolheu e aproveitou a oportunidade para refletir conosco acerca da ocasião; nesse momento, foi que eu entendi de fato a importância das reuniões que ele vinha fazendo conosco ao fim de cada singelo dia.

Hoje, mesmo ao viver o mais típico dos meus dias, retorno para Itapuranga, cidade que se tornou um farol do qual jamais perderei vista, e transformo meus dias em crônicas a serem lembradas. Procuo transformar meus pacientes em sorrisos a serem curados, corações a serem aconchegados, dores em meras lembranças.

Até em sua última despedida, o dr. Vitor sempre ensinou a arte do lembrar e do viver. E imortalizou o sorriso. Em seu velório, o dr. Vitor descansava solene ao lado de sua esposa, que nos recebeu com um sorriso. Ao fundo, um samba. Nos céus, raios de sol que cruzavam o céu inteiro. Nas árvores, um coro dos mais variados pássaros acenava que a natureza se despedia também.

Boa jornada, meu amigo. Te encontro lá.

POEMA EM HOMENAGEM AO PROF. DR. VITOR MACHADO

Allan Eurípedes Rezende Napoli

Homenagear nosso Vitor,

É uma honra e um prazer,

Tal a grandiosidade

Deste valoroso ser.

“Profissionalismo cinco”

Conseguiu um grande “achado”:

Foi a presença entre nós

Do doutor Vitor Machado.

Ao adentrar a reunião,
Seu sorriso de alegria
Trazia uma atmosfera
De paz e harmonia.

De palavra doce e calma,
Mas assertiva também,
O seu lema era sempre
O exercício do bem.

Esposo, pai e avô,
Com sentimento profundo,
Capaz de atenuar
Todas as dores do mundo.

Médico humanitário,
Cumpridor da sua missão,
Serviu sempre com amor,
Brotado do coração.

A “clínica dos detalhes”:
Sua marca registrada,
Examinava os pacientes

De alma iluminada.

Qualidades deste mestre:

Amor e sabedoria,

Escuta diferenciada,

Hora a hora, dia a dia.

Disciplina e humildade,

Sentimento e razão,

Também eram qualidades

Do professor “coração”.

Pessoa sempre disposta

A servir e a servir,

Que Deus sempre o abençoe

Agora e no porvir.

Liderança harmoniosa,

Modelo pra todos nós.

“Continue sempre conosco”,

Dizemos numa só voz.

Parabéns pelo exemplo,

Por sua alegria e fé,

Todos nós o amamos

E o aplaudimos de pé.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eliana Mendonça Vilar Trindade

Coube a mim, Eliana Mendonça, a difícil e honrosa tarefa de finalizar nossa homenagem ao dr. Vitor Machado, que, em sua breve passagem no CEUB, deixou um legado inestimável, perceptível nas narrativas afetivas e lúcidas de nossa equipe e de muitos estudantes que puderam conviver com ele e que participaram deste capítulo. Se pudéssemos agradecer diretamente a ele, mas o tempo, infelizmente ou de forma sábia, levou-o de maneira tão súbita! Este agradecimento nos traz alento e esperança de superação da grande descontinuidade vivenciada no ano de 2023 e do luto agudo de nossa equipe de trabalho do eixo educacional Profissionalismo e, também, por que não dizer, de todo um grupo harmônico e coeso de professores do curso, engajados em inúmeras batalhas humanistas e existenciais, na busca do imenso desafio de formar médicos qualificados não só em termos técnicos, mas, sobretudo, mais preparados para acolher pessoas em múltiplos sofrimentos de ordem psíquica, física, social e existencial. Nossa, como ele nos enriqueceu como equipe, no grande sonho humanista e na grande utopia de humanização das relações humanas no contexto da escola médica. Cabe ressaltar que o luto é uma reação esperada diante de uma grande perda, um rompimento de vínculo significativo. O luto causa uma transição biopsicossocial, englobando a pessoa como um todo. No trabalho do luto, nossa equipe, consciente da extensão da perda, pode agora reconstruir significados e, aos poucos, reorganizar-se diante de uma nova fase...

Esse enriquecimento não se deu apenas pelos atributos intelectuais e morais do dr. Vitor Machado, tão reconhecido pelos estudantes e pelos pacientes, mas, acima de tudo, pela magia, complexidade e qualidade do encontro humano estabelecido com cada estudante, com cada colega de trabalho e, especialmente, com cada paciente! Esses encontros eram profundamente terapêuticos e radicalmente

transformadores, sem dúvida, o que ficou patente nas narrativas de todos os integrantes do capítulo.

Por que alguns poucos eleitos assumem essa força arquetipicamente em nossa mente? Arquétipo representa o conceito da psicologia utilizado para representar padrões de comportamento associados a um personagem ou a um papel social. A mãe, o sábio e o herói são exemplos de arquétipos. Esses personagens têm características percebidas de maneira semelhante por todos os seres humanos. Esse fenômeno passou a ser um fato observável em nossas vidas e foi tão bem descrito pelo psicanalista Jung no século passado, ao descrever, de forma genial, a força humanizante do inconsciente coletivo, que acaba por marcar a força perene de nossa ancestralidade, a qual nos abraça como humanidade. Não podemos esquecer da belíssima dedicação do dr. Vitor à medicina como escolha existencial e desígnio profissional. A sua incrível vocação arquetípica pela medicina era visível em sua capacidade de integração de múltiplos saberes acumulados, por meio de uma atuação em múltiplas especialidades médicas – cirurgia geral, clínica geral, geriatria, medicina de família e comunidade e saúde mental.

Na condição de coordenadora do eixo educacional Profissionalismo, tive a honra de convidar o dr. Vitor Machado para integrar nossa equipe, fato marcado pelo fenômeno da sincronicidade junguiana, que explica a relação entre fatos não causais. O acaso não existe, existem a sorte e a riqueza da vida que nos oferta tantos diamantes, mas vale fazermos um parêntesis para uma busca de compreensão psicanalítica da vida. Dada a dimensão do tema, o psicanalista Jung definiu a sincronicidade em sentidos estrito e amplo. No que tange ao sentido estrito, tem-se uma improvável coincidência significativa para o indivíduo. Assim, Jung pensou em uma conexão não causal entre eventos psíquicos e físicos. Já no sentido amplo, coloca-se que a sincronicidade não estaria restrita a um tipo de fenômeno raro e improvável, mas seria um princípio de ordenação não causal na natureza.

A conexão atávica ou sem nexos causal aparente de eventos, ou a sincronicidade, configura-se como outra possibilidade de entender a relação entre dois eventos, de maneira complementar à causalidade. Nesse aspecto, ir além do paradigma da causalidade é fundamental para a compreensão da teoria junguiana e

de sua prática. Sem dúvida, houve uma conspiração positiva do universo que nos presenteou com uma presença tão transformadora e vivências tão engrandecedoras.

Como psicóloga da área da saúde há mais de 3 décadas, dedico-me ao aperfeiçoamento de habilidades, tais como: capacidade analítica, desenvolvimento da comunicação e aproximação das pessoas, manejo de conflitos e capacidade de lidar com inúmeras pressões e situações adversas tão presentes nos hospitais e no ambiente acadêmico. Afinal, reconheço-me como integrante de uma equipe de profissionais responsáveis pela manutenção e pela preservação da vida humana em diferentes contextos. Enfim, sou grande admiradora da prática médica em sua essência e aprendi muito, principalmente, com a “clínica do detalhe” do dr. Vitor, com seu olho clínico, que nos remete à complexidade da experiência humana passível de tantas interpretações e dependente da riqueza e da humanidade do observador. Na comunicação humana, a palavra é sempre polissêmica, polissonora e polifônica, assim como as doenças se manifestam de forma criativa e irreproduzível em cada pessoa, nem todos os médicos e profissionais de saúde conseguem perceber tantas nuances. Tudo depende do observador e de sua possibilidade de enxergar o não dito, visualizar o invisível e, muito além do desejo pandêmico de surdez, escutar o apelo dos sofredores. Como já disse antes, não estamos falando de um mito, mas tentando congelar tantos saberes e momentos vividos durante estes últimos anos nas salas de aula do CEUB. Pode ser um desejo de manter viva a chama, de manter aceso o chamado da vocação para a docência ou, até mesmo, além da saudade, seria a face dual do luto, que nos permite agora reconstruir e recriar diante de sua ausência. Fica o convite de que todos possam caminhar nessa direção. Diante do risco de uma formação médica enviesada, fica o desejo de que todos possam andar na direção daquele curador ferido que busca o melhor para o outro de forma altruística. No momento atual, infelizmente, é muito frequente a presença de vieses e de distratores, até porque tantas violências naturalizadas em nosso contexto tornaram a gentileza e a amorosidade fatos mais raros entre nós... Vale a pena, para ilustrar esta temível decadência de valores, relembrar um trecho do poema musicado dos Engenheiros do Hawaii, denominado “Somos quem podemos ser”:

Somos quem podemos ser

Sonhos que podemos ter (E teremos!)

Um dia me disseram
Que as nuvens não eram de algodão
Sem querer eles me deram
As chaves que abrem essa prisão
Quem ocupa o trono tem culpa
Quem oculta o crime também
Quem duvida da vida tem culpa
Quem evita a dúvida também tem.

Fui testemunha de sua imensa humildade e caridade diante dos menos favorecidos no contexto do Projeto de Extensão de Saúde Mental de Vicente Pires. Escrevemos juntos essa proposta de trabalho com a intenção de trazer visibilidade ao grande impacto da promoção e do cuidado da saúde mental no contexto da atenção primária. Fui testemunha de momentos inesquecíveis e eternamente cravados em minha memória, marcados pelo carinho com cada paciente, pelo jeito feliz e delicado de cumprimentar a todos, pela disponibilidade de atender muito além de qualquer agenda preestabelecida, pelo profundo impulso de ajudar a todos, pelo reconhecimento e pela gratidão dos pacientes emocionados após cada consulta, pela dor infinita de ter de ser a mensageira da má notícia da partida súbita daquele doutor tão querido, enfim, sinto-me grata pela grande oportunidade e pela aprendizagem e inspiração eterna.

Tudo começou com uma grande coincidência, se é que existem estes maravilhosos acasos que nos trazem grandes legados. Com bastante entusiasmo, pude participar da mesma mesa-redonda sobre formação integral do médico no Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), de 2016. Tive uma responsabilidade imensa de não decepcionar tanto, ao ter de falar após esse nosso grande mestre. Seu carisma indescritível ficava patente em todos os momentos, e, naquele dia, sua palestra evidenciava sua grande erudição, multiplicidade de experiências internacionais e de impressionante fluência. Foi uma imensa felicidade perceber que ele poderia aceitar nosso convite para integrar nossa equipe e saber do seu esforço para reorganizar sua agenda. Ao receber o telefonema que marcava o final dessa linda trajetória, fiquei perplexa e imersa em uma grande nostalgia ou paralisada em uma negação silenciosa e pesada diante da dor e diante da perda de

um grande amigo e, sobretudo, diante de um grande ser humano, cujo ofício abraçado durante uma vida inteira lançou-o na categoria dos grandes médicos e dos grandes seres humanos que atingem a imortalidade. Obrigada, dr. Vitor!

CAPÍTULO 3

“SOCIEDADE DOS POETAS VIVOS” – GRUPO REFLEXIVO NO INTERNATO EM SAÚDE MENTAL: SAÚDE INTEGRAL DO MÉDICO EM FORMAÇÃO

Lícia Zanol Lorencini Stanzani
Renata Facco de Bortoli

Este breve relato trata-se de uma síntese sobre a experiência de duas docentes do eixo educacional Profissionalismo, coordenando um grupo reflexivo intitulado “Saúde integral do médico em formação”, iniciado em agosto de 2022 e vivo até o presente momento. A profa. Lícia Stanzani tem residência médica em pneumologia, mestrado em cuidados paliativos e formação em humanidades médicas e medicina narrativa, e a profa. Renata Facco tem residência médica em psiquiatria e pós-graduação em psicoterapia psicanalítica.

O grupo reflexivo está presente no 9º semestre, início do internato médico do CEUB, durante o primeiro rodízio dos alunos em saúde mental. É um exemplo prático da utilização coletiva de algumas ferramentas oriundas das humanidades médicas, uma delas a medicina narrativa, para o desenvolvimento de competências, de habilidades e de atitudes em comunicação.

O título deste texto é inspirado no clássico filme Sociedade dos poetas mortos, de 1989, que brincamos em parafrasear. Assim como na arte, no grupo reflexivo, o aluno é o verdadeiro protagonista tanto da sua história de vida quanto da construção da sua identidade médica profissional singular, à medida que é permitido a ele aprender a compreender seus limites e potencialidades junto a seus colegas e professoras, por meio do relato de experiências práticas.

A primeira tarefa da educação é ensinar a ver...

é através dos olhos que tomamos
contato

com a beleza e o fascínio do mundo!

Rubem Alves

SOBRE O GRUPO REFLEXIVO E NOSSAS REFERÊNCIAS

O grupo tem como objetivo central oferecer recursos pedagógicos e espaço de escuta reflexiva em grupo, visando a contribuir para a promoção da saúde integral do interno, para o adequado manejo de situações mobilizadoras de sofrimento vicário, bem como a enriquecer a formação psicológica, humanista e ética do futuro médico.

A atividade é presencial, com duração de, aproximadamente, duas horas, e conta com horário protegido para preparação dos estímulos reflexivos e estudos dirigidos. São realizados quatro ou cinco encontros semanais, a depender da turma e da organização do rodízio do internato.

Em cada encontro, um grupo de internos traz o que chamamos de “estímulo reflexivo”, entendido como uma situação clínica vivenciada por um ou mais internos, descrita de maneira livre, sem exigência de ser estruturada como anamnese e exame físico, acompanhada por estímulo científico, que discute o tema clínico central da situação clínica apresentada por meio de publicações científicas, e por estímulos artísticos relacionados, que foram pensados e associados pelos internos. O grupo, então, compartilha estímulos oriundos das artes em geral, tais como vídeos, trechos de filme ou de livro, música, teatro, fotografia ou obras das artes plásticas.

São identificadas pelos internos as dificuldades nas situações clínicas vivenciadas, sentimentos consequentemente gerados e seus próprios limites, refletindo-se sobre recursos técnico-científicos e emocionais para um atendimento ético e empático. Na dinâmica do grupo, durante a reflexão e a elaboração dos estímulos, os internos são convidados a participarem ativamente, focando e compreendendo os aspectos emocionais disparados pelas características inerentes à inter-relação humana, quando funcionando em grupo.

O encontro é finalizado com um pequeno exercício de escrita reflexiva a partir de uma pergunta disparadora sobre o tema principal que determinado estímulo reflexivo suscitou naquele dia. O exercício é individual e pode ser compartilhado oralmente de forma espontânea. No encerramento, um breve momento fica reservado para se verificar como foi a experiência daquele encontro intersubjetivo para o grupo, facilitando a identificação das competências narrativas, afetivas, éticas e estéticas.

Em uma tentativa de classificação dos diversos tipos de grupos existentes de inspiração psicanalítica, Fernandes e Santeiro escreveram sobre o grupo operativo:

Pichon-Rivière observa que, a despeito de um grupo ter finalidade operativa ligada à aprendizagem, ele terá sempre algum resultado terapêutico, semelhantemente ao que ocorre nos grupos terapêuticos, que proporcionam graus de aprendizagem. Há uma relação dialética, dinâmica e vincular entre aprendizagem e efeitos psicoterápicos. Nesse processo, aprendizagem sem relações cristalizadas implica mudança, indica crescimento. Ao ocorrer em grupo, ela abre novas possibilidades de aquisição de conhecimentos sobre o mundo interno e externo (Fernandes; Santeiro, 2021, p. 58).

O grupo com perspectiva psicanalítica encontra suas bases fundamentadas em diferentes autores ao longo das décadas. Segundo Ávila,

Em termos psicológicos: eu tomo o indivíduo e na mente desse indivíduo encontro os outros indivíduos, ou seja, dentro de cada indivíduo existe a humanidade inteira. Temos em nós o potencial de ser qualquer ser humano, como dizia um antigo poeta latino na frase que Freud sempre recordava: 'Nada do que é humano me é alheio' (Ávila, 2009, p. 51).

[...]

Quando estou diante do espelho, descubro que sou eu e sou o outro. Encontro algo da minha natureza e presença. Encontro em mim o outro em todos os planos e dimensões. O que me é próprio existe, e é reconfortante, mas o que me é mais essencialmente próprio, aquilo que de fato me constitui, isso é a relação (Ávila, 2009, p. 52). O sofrimento dos estudantes e dos profissionais da saúde nos cenários práticos é matéria de preocupação há muitos anos, tendo sido alvo de pesquisa e de colaboração amplamente reconhecidas até hoje pelo médico e psicanalista Michael Balint, que criou a metodologia dos grupos reflexivos balintianos (Balint, 2005). Decorrentes do encontro com a intensidade do sofrimento psíquico dos pacientes

internados em ambiente hospitalar, Fernandes e Fonseca (2017) pesquisaram o impacto especialmente positivo no que tange à abordagem dos aspectos subjetivos frutos da interação humana para os pacientes que foram atendidos por alunos que participavam de grupos reflexivos após os atendimentos.

A formação médica pode comprometer a saúde física e mental dos estudantes devido a fatores como: dificuldade de conciliar vida acadêmica e pessoal, pouco tempo para atividades de lazer, competitividade, natureza do curso (exposição à dor e ao sofrimento) e a própria cultura médica, no tocante à dificuldade de reconhecimento ou de valorização das necessidades emocionais e das limitações dos alunos (Moreira; Vasconcellos, 2015).

Rita Charon, criadora da medicina narrativa, fala sobre como o treinamento intensivo nas habilidades narrativas, tais como leitura atenta e escrita reflexiva, é importante para criar as pontes que separam o médico do paciente, do próprio eu, dos colegas e, por fim, da sociedade. Essa prática poderia melhorar o cuidado autêntico e engajado bem como o compromisso com a sua própria saúde, realização e fidelidade contínua aos ideais da medicina. Experiências exitosas em oficinas narrativas durante o internato são descritas em outra universidade brasileira por Amendoeira, destacando a função da escrita para o aluno e a necessidade da supervisão realizada pelo professor (Charon, 2021, p. 16):

O ato de escrever os auxilia a externalizar e compartilhar experiências e o convite para os outros ouvirem os resgata de um sentimento de solidão diante dessas experiências. Os alunos trazem relatos, por serem de escrita rápida, quase automática e de associação livre; são pouco elaborados, sem revisão e com menor crítica diante do que vem expresso. Por isso, é recomendada especial atenção à vulnerabilidade dos participantes quando escrevem e compartilham, principalmente nesta devolução da escrita rápida (Amendoeira, 2021, p. 16).

O trecho abaixo foi escrito por um expoente ex-aluno do CEUB, hoje nosso colega de profissão, em seu capítulo sobre “Saúde mental do estudante”, para o livro Relação médico-paciente com inspiração nas artes, no qual questiona se a medicina está realmente viva.

O primeiro passo para lidar com as limitações e as doenças do outro é reconhecer e aprender sobre si próprio, é entender que,

antes de médicos, somos todos humanos, sujeitos às condições humanas, é compreender que a ponte que se cria para acessar o outro precisa, antes de mais nada, ser bem calcada em nós mesmos (Cavalcante, 2021, p. 54).

E o mesmo autor finaliza, inspirado pela poesia do Drummond, com uma mensagem otimista sobre a importância do belo para a revitalização da prática médica: “A beleza que se encontra no cata-vento, no final do rio, no pôr do sol e nas outras coisas da vida que são fíndas, mas renascem de uma forma ou de outra” (Cavalcante, 2021, p. 54).

Os grandes temas científicos relacionados à formação integral no internato médico são trazidos pelos alunos conforme sua escolha e motivação. Os desafios da comunicação clínica detalhado no livro de Dolms e Gusso (2021) enfatizam a necessidade de revisão, aprofundamento e treinamento constantes sobre os recursos necessários para um atendimento qualificado que contemple a saúde mental (e integral) na relação médico-paciente, aspectos subjetivos e bioéticos do adoecimento, do processo de morte e do morrer, percepção aguçada de desafios clínicos na construção da aliança terapêutica em grupos de diferentes faixas etárias, populações especiais e minoritários vistos em contextos práticos biopsicossociais e espirituais diversos e complexos, entre tantos outros.

O processo de ensino-aprendizagem da comunicação, aliado ao desenvolvimento da inteligência emocional, proporciona ao aluno ver a si mesmo no encontro com o paciente (Branco, 2012). O aprendizado por meio das artes pode fornecer aos estudantes habilidades comunicacionais de forma mais efetiva, melhorar sua confiança, experiência de desenvolvimento pessoal e profissional, percepção das experiências dos pacientes e do contexto social, cultural e histórico das práticas médicas (Mairot *et al.*, 2019).

Todos nós temos uma grande necessidade de aceitação, mas vocês devem confiar que as vossas crenças são únicas, são próprias. Mesmo que as pessoas as achem estranhas ou impopulares, mesmo se todos forem embora.

(Frase retirada do filme Sociedade dos poetas mortos, dita pelo personagem John Keating - professor de literatura inglesa).

TRAJETÓRIA TEMPORAL DOS GRUPOS AO LONGO DOS PRIMEIROS QUATRO SEMESTRES

O começo de tudo: o maravilhamento do primeiro grupo ocorreu em agosto de 2022, em pleno mundo recém-“pós”-pandemia. Todos estavam se adaptando novamente às atividades presenciais e não mais em formato on-line. O primeiro grupo começou à época inserido no internato de Saúde mental e Saúde coletiva, com encontros intercalados entre as turmas dos dois referidos rodízios. Foram realizados quatro encontros quinzenais, durante um total de oito semanas.

No terceiro semestre do grupo, já em agosto de 2023, os encontros passaram a ocorrer semanalmente durante quatro ou cinco semanas seguidas, utilizando a carga horária cedida somente do internato em Saúde mental.

Eis que começamos a perceber a potencialidade daqueles momentos únicos e jamais repetidos. Observamos o surgimento e escutamos grandes frases à medida que as narrativas médicas eram esboçadas, mesmo que de maneira um pouco tímida no começo, manifestando insights magníficos dos internos sobre suas atividades. Notamos a capacidade de auto-observação dos internos em suas rotinas, para além de tudo aquilo que já verificavam naturalmente nos ricos cenários práticos que estavam frequentando.

Testemunhamos e registramos em nossas memórias e diários afetivos alguns exemplos, palavras proferidas com mais frequência, de grande beleza e capacidade transformadora. A coragem para formular ótimas perguntas e escrever possíveis respostas foi ficando mais habitual e prazeroso entre os internos com a passagem do tempo bem como a assimilação da metodologia que estávamos desenvolvendo com eles.

Posso me emocionar e chorar com o meu paciente?

Insistimos com nossos alunos sobre a necessidade de entrar em contato com seus próprios afetos. Sabemos que o grupo é terapêutico por natureza, uma vez que se utiliza de ferramentas caras às humanidades médicas. Observamos que, em um ambiente seguro e sigiloso, é possível viabilizar a manifestação genuína dos sentimentos despertados por vivências carregadas de vida, morte, histórias, identificações biográficas e desafios. Isso gera oportunidades de aprendizados diversos sobre ser e estar sendo humano aqui e agora.

Posso não me acostumar com o sofrimento e me espantar com a primeira morte?

Os alunos sempre nos lembram sobre a essência daquilo que, estando vivo, adocece, padece e também finda. Na mesma medida, o evidente espanto inicial pode ser pensado com calma, ser acolhido, sem julgamento, sem premissas. Ao que é sentido e verbalizado, cada um, à sua forma, dá sentido e contornos emocionais delicados.

Posso me indignar pela falta de escuta e voz ao meu paciente?

Ouvimos dos internos a dor de deparar-se com frustrações por situações nas quais o paciente, em posição de vulnerabilidade, solicita e pede ajuda, mas que, infelizmente, não foi tratado da forma que os internos achariam adequada, gerando conflitos barulhentos entre o ideal e o real. Nesses encontros, é possível identificar diversos tipos de medo: o medo de não saber o que fazer na hora do atendimento, o medo de adoecer, o medo de tratar mal um paciente por cansaço extremo, o medo de perder-se neste caminho longo. Diversas vezes, o quadro O grito, do pintor norueguês Edvard Munch, trouxe a imagem metafórica escancarada dessas sensações e desses sentimentos angustiantes, compartilhados e espelhados pela grande maioria dos internos.

Posso me perceber paralisado pela dor do meu paciente?

Embebido pela sensação de impotência, o interno entende que, por sua posição hierárquica na assistência, não estaria apto a tomar uma atitude que poderia fazer diferença na vida do paciente. A lembrança de situações pessoais nas quais ele estava do outro lado da mesa, como paciente ou como familiar, reforça a percepção do risco de possíveis desencontros na relação médico-paciente, marcada por inúmeros problemas graves de comunicação.

Considerando os níveis de adoecimento durante a formação médica, torna-se importante a possibilidade da tomada de decisão, de maneira mais amadurecida, e de formalização de um pedido de ajuda, compreendendo o que e quem poderiam lhe auxiliar nessa travessia. O internato pode realmente ser um momento bastante oportuno para buscar auxílio profissional, especialmente psicológico, além de todas

as outras formas de autocuidado possíveis, como meditação, exercícios físicos, nutrição, boas relações interpessoais e vivências espirituais.

Será que é tempo que lhe falta pra perceber? Será que temos este tempo pra perder... A vida não para!

(Trecho da canção Paciência – Lenine)

Posso temer pela minha segurança no local de atendimento?

O risco de sofrer violência física no cenário foi tema em muitos momentos, associado ao complexo exercício da alteridade na interação com pacientes graves psicóticos, por exemplo. Persistimos com o uso das palavras, quando sinais, sintomas e a hipermedicalização da vida, às vezes, parecem tomar conta do cuidado em saúde mental.

O espanto com a crueza da psiquiatria e suas inúmeras manifestações das crises psíquicas é acentuado pela percepção do limite tênue do conceito dinâmico e interativo de saúde mental. Os internos se deparam com afetos brutos, alto nível de emoção expressa, consoantes ao confronto com tragédias precoces, a epidemia de substâncias psicoativas para amenizar problemas muito maiores, famílias esfaceladas e dramas humanos incontáveis.

Os internos também se sentem mobilizados por todos os tipos de processos de lutos e de lutas dos pacientes, que, muitas vezes, parecem teimar em sobreviver em situações tão solitárias e carentes de recursos. Experimentam a sensação de não poder contar com profissionais e equipes de saúde, como haviam imaginado, para o enfrentamento dos enormes desafios ou adoecimentos. Os internos vivenciam a dor de encontrar a brutalidade do real e a perda de alguns referenciais pela caminhada.

Posso orar pelo meu paciente?

Em diversos encontros, deparamo-nos com a espiritualidade refletida nas situações clínicas. Discutimos o papel da espiritualidade como fonte de resiliência e como ferramenta para atravessarem sofrimentos existenciais ao longo da jornada. Nesses momentos, surge a recordação de que eram de certa forma privilegiados por terem família, amigos e recursos até mesmo financeiros que garantiam suas dignidades.

Posso adoecer junto ao sistema de saúde?

O adoecimento gradativo pelo ato do cuidado dissociado de si é perceptível. Em especial, decorrente do contato indesejado com a repetição das múltiplas situações de violência, traumas, especialmente contra a mulher, adolescentes e crianças, gerando um silêncio pelo desastre dos corpos violados, impactando sobremaneira no trabalho das equipes de saúde. Gera sonoridades e, quem sabe, poesia feminista como forma de cura.

Deliberando constantemente sobre dilemas bioéticos, negligência, imperícia e imprudência no ato ético do cuidado, aguçou-se a percepção das incoerências entre o que se jura e o que se faz na prática. As características inerentes à juventude faziam força junto ao combate crucial ao estigma e ao preconceito históricos brasileiros relacionados ao descaso e ao desamparo da assistência em saúde mental.

A convivência espontânea também foi fortalecendo relações interpares, à medida que a vulnerabilidade aparecia e não era julgada. Pedidos de ajuda tornaram-se mais claros, e uma cultura de saúde está sendo geminada, podendo crescer e impactar no futuro cenário prático e na sociedade como um todo.

Posso encontrar as minhas próprias formas de expressão?

Trabalhamos algumas vezes um excerto do livro *O paciente inglês*, intitulado “Villa San Girolamo”, por meio do qual a escrita criativa personaliza o exercício da livre escolha entre reescrever o trecho na perspectiva da cuidadora ou do paciente. Esse exercício de escrita criativa muitas vezes surpreende o grupo em um primeiro momento, mas observamos que os internos se abrem profundamente à experiência e entregam-se à expressão livre de sua interpretação e de suas percepções.

Acreditamos que todos carregam dons e vocações dentro de si. Alunos artistas nasceram ou somente se manifestaram mais claramente nesses encontros, com verdadeiras obras de arte autorais trazidas como estímulo artístico, marcando a esperança mesmo que vaga por um mundo mais inclusivo, justo e acolhedor.

Para finalizar, não poderíamos deixar de destacar que a tonalidade densa da morte, em especial a dor da separação pelo suicídio e a árdua tarefa dos que ficam, desencadeia olhares internos. Trabalhamos essa auto-observação com a animação *O*

menino, a toupeira, o cavalo e a raposa, da Apple TV. Por meio da ludicidade, permitiu-nos o entendimento do processo de amadurecimento de uma criança em busca do seu próprio lar, com a companhia de alguns bons amigos pela estrada, em direção ao autocuidado compassivo contínuo.

Os restos do que sobra dos afetos envolvidos, identificação e início da integração de sentimentos conflitantes, como raiva, solidão, tristeza e culpa, também prepararam o campo para o surgimento do grupo Balint, o qual está presente no décimo primeiro semestre, durante o estágio no segundo rodízio em saúde mental, dentro do internato homônimo, liderado pelas professoras Eliana Mendonça e Renata Facco, o que muito nos motiva e honra.

Lembramos, por fim, com gratidão, os muitos mestres que tivemos nesses quase dois anos de história. Homenageamos a vitalidade, o entusiasmo e a confiança do admirado, querido e tão saudoso prof. Vitor Machado (*in memoriam*). Seguimos junto aos nossos alunos queridos e demais colegas da Coordenação do Curso de Medicina do CEUB, incentivadores e viabilizadores desse grupo, inspirados por uma frase que nos caracteriza como amigas e docentes colaborativas neste trabalho criativo: a delicadeza é a manifestação mais pura da vida pulsando!

Carpe diem...

REFERÊNCIAS

AMENDOEIRA, Maria Cristina Reis; GOMES, Maria Katia; AZEVEDO, Lúcia Maria Soares; STELET, Bruno Pereira; RIBEIRO, Beatriz Elias; VICENTINI, Joana Campos; VILLELA, Luiza Otero; CAVALCANTI, Maria Tavares. Oficinas em medicina narrativa no internato integrado em Medicina da Família e Comunidade, Saúde Mental e Saúde Coletiva da UFRJ. *Diversitates Revista Internacional*, v. 13, n. 3, 2021.

ÁVILA, Lazslo Antonio. O Eu é plural: grupos – a perspectiva psicanalítica. *Vínculo* [online], São Paulo, v. 6, n. 1, p. 39-52, jun. 2009.

BALINT, Michael. *O médico, seu paciente e a doença*. 2. ed. Tradução Roberto de Oliveira Musachio. São Paulo: Atheneu, 2005. 291 p.

BRANCO, Rita Francis Gonzales y Rodrigues. Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. *Revista Bioética*, v. 20, n. 2, p. 244- 254, 2012.

CAVALCANTE, Jorge Augusto Gomes. Saúde mental do estudante: medicina viva (?). In: TRINDADE, Eliana Mendonça Vilar; BORTOLI, Renata Facco de. *Relação médico-paciente com inspiração nas artes (E-book)*. Brasília: CEUB, 2021. p. 46-56.

CHARON, Rita. Medicina narrativa: um modelo de empatia, reflexão, profissão e confiança. *JAMA*, v. 286, n. 15, 17 de outubro de 2001.

DOLMS, Marcela; GUSSO, Gustavo. *Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde*. Porto Alegre: Artmed. 2021.

FERNANDES, Vinicius; FONSECA, Regina Célia Veiga da. A prática de grupos balint e a percepção do paciente internado em hospital geral. *Visão Acadêmica*, Curitiba, v. 18, n. 2, abr./jun. 2017.

FERNANDES, Waldemar José; SANTEIRO, Tales Vilela. Proposta introdutória de classificação do trabalho grupal. In: SANTEIRO, Tales Vilela; FERNANDES, Beatriz Silverio; FERNANDES, Waldemar José (org.). *Clínica de grupos de inspiração psicanalítica: teoria, prática e pesquisa*. Londrina: Clínica Psicológica, p. 53-65, 2021.

MAIROT, Lúcia Trindade da Silva; COSTA, Beatriz Biasi Gin da; HERINGER, Thaís Pedrosa Moraes; BORGES, Raquel Camargos; MOURA, Eliane Perlatto. As artes na educação médica: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 4, p. 54-64, out./dez. 2019.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz; VASCONCELLOS, Rafael Luiz dos Santos Silva; HEATH, Nancy. Estresse na formação médica como lidar com esta realidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 4, p. 558-564, out./dez. 2015.

CAPÍTULO 4

MEDICINA NARRATIVA E O DESENVOLVIMENTO DA EMPATIA NO FUTURO MÉDICO

Eliana Mendonça Vilar Trindade
Gabriela Mendonça Trindade

Este capítulo visa a fornecer bases teóricas para o leitor interessado. Nele, abordaremos aspectos históricos, conceituais e de cunho prático sobre o tema central deste livro. Informações contextualizadas e não fragmentadas são cruciais, se considerarmos que a educação médica contemporânea, de cunho humanista e formativo, tem como principal foco a aquisição, por parte do acadêmico, de nova identidade na vida, a identidade de médico reflexivo, crítico, compassivo, com todos os direitos, recompensas e responsabilidades embutidos na profissão. Em consonância com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina do Ministério da Educação (MEC), fica patente a amplitude dessa empreitada (Brasil, 2014).

A frase célebre do médico português Abel Salazar (1915) – “o médico que só sabe medicina nem medicina sabe”, ainda bastante atual, reforça a necessidade de buscarmos novos recursos pedagógicos, dinâmicos, interativos e reveladores de todas as nuances e vicissitudes do processo de formação do futuro médico.

É preciso buscar ativamente outros saberes, outros olhares. Precisamos também dar voz aos inúmeros pacientes hospitalizados que são entrevistados por nossos estudantes. São muitas histórias lindas e emocionantes, inacreditáveis, que revelam a face humana tão esquecida da medicina bem como toda a subjetividade de quem cuida, no caso, esses cuidadores representam uma juventude corajosa, consciente e humanista, pouco difundida pela mídia, mas ainda muito presente nas escolas médicas.

O contato precoce com os pacientes promove experiências únicas e possibilita catalisar o processo de amadurecimento do futuro médico. Ninguém se conhece de fato, são muitos espelhos internos e externos! São muitos vieses e elementos distratores a serem superados e esclarecidos para o estudante, como no caso do Mito de Narciso, o qual sucumbe, ao se encantar e se envaidecer com sua própria imagem espelhada no lago. Fantasias infantis de onipotência e poder irrestrito permeiam o contexto acadêmico e dificultam o árduo convívio cotidiano do futuro médico com o sofrimento, as doenças e a morte. Como em um caleidoscópio, são muitas imagens que vão convergindo ou divergindo, no processo de busca identitária inerente à graduação médica. Gostar de gente é preciso, navegar é preciso, viver não é preciso.

Criar e narrar impõe o risco de admitir que é necessário se envolver, é necessário amar, é necessário trabalhar muito. Apresentamos narrativas médicas e humanistas que retratam estratégia de trabalho desenvolvida com alunos do quinto semestre de medicina do CEUB e que visam a tornar o árduo e longo trajeto da graduação médica menos adoecedor e iatrogênico.

A medicina narrativa, diferentemente da clássica história clínica, foi conceituada por Rita Charon (2000) como forma de transcendência da prática médica tradicional, incluindo vivências privadas e subjetivas inerentes às relações humanas. As narrativas espelham expectativas, valores, ética, emoções, enfim, a riqueza da subjetividade dos nossos acadêmicos e reforçam a visão formadora e transformadora da educação médica atual, buscando corresponder aos anseios de uma sociedade cada vez mais insatisfeita pela falta de referências positivas.

A dimensão privada da relação com o paciente não é contemplada na história clínica clássica, a qual focaliza aspectos semiológicos da queixa principal do paciente bem como todos os antecedentes patológicos daquele indivíduo, construída durante a realização de entrevista estruturada de anamnese, corroborando princípios científicos positivistas calcados na observação, na mensuração, na escuta e no registro dos sinais e dos sintomas de patologia previamente catalogada.

Ressaltamos a importância do contexto no processo de significação das falas, fato que não é esquecido durante a graduação médica, no eixo educacional IESC,

uma vez que já existe grande preocupação de se promover a inserção do estudante na comunidade, por meio de visitas supervisionadas, seguidas de técnica de problematização daquela prática.

A medicina narrativa também pode ser um instrumento de grande valia ao médico na investigação semiológica das queixas do paciente, na medida em que o profissional com competências narrativas, durante todo o tempo da consulta, atenta-se ao diálogo com o paciente, extraindo dele aquilo que considera relevante ao quadro e interpretando, baseado em seu conhecimento científico, a experiência da doença que é contada pelo paciente. Dessa forma, também é capaz de compreender como os eventos da vida de uma pessoa influenciam no processo de saúde-doença.

POSSÍVEL CLASSIFICAÇÃO DAS NARRATIVAS MÉDICAS EM DIFERENTES CONTEXTOS

Grossman e Cardoso (2006), em reflexão de cunho epistemológico para classificar diferentes tipos de narrativas, afirmam que a metodologia PBL apresenta a narrativa por meio dos “problemas”. Esse tipo de metodologia ativa visa a substituir aulas puramente expositivas e sem contextualização por vivências extraídas do mundo real, essa estratégia didático-pedagógica centrada no estudante tem o problema como elemento central, simples, objetivo e motivador, abordando situações que trazem possíveis conhecimentos prévios ou experiências vivenciadas pelo aluno.

A utilização da medicina narrativa vem representando possibilidade de diálogo fecundo no CEUB. Qual o espaço que deve existir entre médicos e pacientes, entre estudantes de medicina e seus docentes e, sobretudo, entre o mundo acadêmico e o público leigo? Precisamos valorizar toda a subjetividade inerente a esse contexto. Existem muitos tipos de narrativas, que devemos conhecer melhor para contextualizar esse nosso empenho.

Dessa forma, é relevante lembrar que, na prática médica, também existem as narrativas dos próprios pacientes sobre as suas doenças. Nelas, os indivíduos tecem discussões sobre a doença e os desequilíbrios por ela impostos e como eles agem para transformar essa nova realidade. No que tange aos estudos sobre doenças

crônicas, tais narrativas ganham grande relevância, pois mostram o esforço empreendido pelos doentes para encarar situações de vida cotidiana, com os problemas de identidade que a enfermidade gera. É cada vez mais frequente a produção de patonarrativas catárticas e didáticas, em que o autor narra a trajetória de sua luta contra os males associados ao adoecimento.

A belíssima patonarrativa escrita pelo psicólogo Andrew Solomon, em seu livro *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão* (2014), aborda com intensidade e densidade teórica e humanística toda sua trajetória de luta contra a depressão, contemplando o grave risco de suicídio, a busca por um terapeuta ideal, os benefícios e os malefícios dos medicamentos e, sobretudo, a vontade dele, como psicólogo, de conviver com dignidade com essa doença. Ao longo de sua vida, ele viajou pelo mundo, curioso acerca dos recursos de cada cultura no enfrentamento do sofrimento. A sua narrativa começa de forma implacável, quando ele nos alerta que a depressão é fruto da imperfeição no amor e que amar implica a capacidade de nos desesperarmos com as perdas.

O QUE APRENDEMOS COM A PRÁTICA DAS NARRATIVAS MÉDICAS?

O conteúdo pedagógico de algumas narrativas é evidente, segundo Grossman e Cardoso (2006). A linguagem padronizada dos prontuários reflete as entrevistas estruturadas de anamnese, foco de treinamento contínuo ao longo da graduação médica. Elas trazem uma abordagem fixa, com informações de identificação, queixa principal, história da doença atual, história patológica pregressa, revisão dos sistemas, história familiar e social.

A partir dos dados abordados nas anamneses, é desenvolvida outra modalidade de narrativa médica – os relatos de casos em sessões clínicas ou casos apresentados em revistas científicas – que constituem o meio pelo qual se estabelece comunicação na comunidade médica, possibilitando o entendimento a respeito de pacientes individualizados e seus problemas médicos e a busca de solução para seus casos.

A competência narrativa acarreta abertura na visão epistemológica do médico, na medida em que passam a ser consideradas e legitimadas múltiplas fontes de saber acerca do paciente, incluindo as informais e subjetivas, muitas vezes consideradas não científicas.

Charon (2000) afirma que, apesar de tentar se manter onisciente em suas narrativas, o médico, inegavelmente, “habita” seu set de motivos, medos, esperanças. Logo, as narrativas por ele realizadas têm caráter pessoal e, por isso, são limitadas pelo seu ponto de vista. Um exemplo disso é a capacidade de transformar a história contada pelo paciente em dados objetivos que caracterizam o curso da disfunção biológica atual, excluindo as percepções dele sobre sua doença, aflições e angústias.

A subjetividade arraigada nessas narrativas é vista por González Rey (2002), professor de psicologia nascido em Cuba e criador da epistemologia qualitativa, como um fenômeno complexo que deve ser conhecido de forma mais aproximada e dinâmica por meio de métodos qualitativos. Em suas obras, esse autor traça um percurso do desenvolvimento da pesquisa qualitativa e mostra que a categoria subjetividade é passível de ser a principal proposição para investigação (Trindade; Costa, 2009).

O médico com habilidades interpessoais concentra-se no que o paciente diz, possibilitando estabelecimento de vínculo de confiança, o que é fundamental para a efetiva aliança terapêutica. Essa postura estimula o paciente a falar sobre sua doença, trazendo mais dados, acerca do caso e, com isso, maior benefício terapêutico.

Além disso, a narrativa escrita possibilita ao médico não apenas conhecimento sobre o paciente e sua patologia, mas “mergulho” em si mesmo, promovendo reflexão sobre suas vivências e, com isso, adquirindo maior confiança, capacidade de reconhecer e prevenir erros e compromisso ético com o paciente.

Segundo Favoreto e Camargo Júnior (2011), no diálogo entre o paciente e o médico, está presente interação social entre esses sujeitos que estão buscando criar um enredo; sendo assim, as narrativas estão em constante mudança e sendo continuamente negociadas, dependendo das mudanças de perspectivas e de modificações que ocorrem no processo de adoecimento. Ambos (médicos e

pacientes) precisam procurar um modo de entender, explicar e articular a doença a um sentido mais amplo. Nesse caso, a narrativa assume o caráter de contínua negociação, visando à construção de um novo e diferente desfecho (Hydén, 1997 apud Favoreto; Camargo Júnior, 2011). O resultado do encontro clínico seria, portanto, o produto da narrativa de médicos e de pacientes e da interação desses sujeitos. Essa influência mútua produz novas realidades por meio de construção compartilhada.

MEDICINA E LITERATURA: PERSPECTIVA HISTÓRICA

Vale a pena ressaltar que a graduação médica pode ser excelente berço para o nascimento de futuros escritores e que o estudante no CEUB é bastante incentivado a mergulhar em terrenos extramédicos, tais como a literatura e o cinema.

A introdução do campo da literatura e da medicina nas escolas médicas remonta a década de 1970 (Grossman; Cardoso, 2006). Isso se deu como consequência da ampla reflexão sobre como enfrentar o desafio da educação médica de integrar excelência técnica e traços humanistas. Os currículos médicos estão preocupados em formar médicos detentores de tais traços, os quais são vistos como objetivos educacionais.

Tapajós (2008) realiza uma crítica bastante lúcida acerca da limitação da educação médica tradicional, no que tange ao desenvolvimento de habilidades interpessoais mais complexas. A taxonomia de objetivos educacionais clássica, que envolve os domínios afetivo, cognitivo e psicomotor, abarca os traços humanísticos, mas deixa a desejar quanto a aspectos do conhecimento humano cruciais para as humanidades, como os objetivos que se referem ao autoconhecimento, ao amadurecimento e à individuação bem como ao reconhecimento dos próprios sentimentos e habilidades de comunicação interpessoal. Dessa forma, busca-se, então, outros sistemas conceituais como referenciais teóricos mais adequados às humanidades (Tapajós, 2008).

Sem dúvida, a educação médica se reinventa de forma bastante criativa e eficiente. São muitas possibilidades de integração entre a cultura científica do ambiente acadêmico e as diversas modalidades artísticas, tais como literatura em

seus múltiplos formatos, histórias curtas, ensaios e novelas. A utilização de artigos extraídos de periódicos médicos contemporâneos tem o poder de instigar discussões sobre determinantes sociais, culturais e econômicos das doenças suscitados pelas artes. Acreditamos e colocamos em prática, no CEUB, como Blasco e Moreto (2012), da Universidade de Santo Amaro, o projeto literatura e cinema para estudantes de medicina, em que estudantes de primeiro ao quinto ano da graduação, discutem, com base em obras literárias e filmes, a figura do médico; o paciente e o sofrimento humano, doenças, limitações e insanidades; relações humanas e ética.

O CURRÍCULO INOVADOR DO CEUB: UMA EXPERIÊNCIA PARA CONTAR

No CEUB, no eixo educacional Habilidades e Atitudes, a professora Renata Bortoli e o professor Allan Napoli têm contribuído muito com atividades inovadoras, envolvendo análise e interpretação de arte cinemática e literária bem como utilização criativa de filmes com conteúdo médico, no laboratório de simulação realística. São selecionadas cenas emblemáticas e inspiradoras de debates e, após serem simuladas, com apoio de atores previamente treinados, os discentes são estimulados a refletir sobre a complexidade ética e técnica inerente à relação médico-paciente. Os atores são convidados a replicar cenas de filmes e são entrevistados por estudantes previamente orientados. Surgem situações que promovem intenso estresse controlado, necessário para gerar, gradativamente, aproximação sucessiva dos desafios inerentes à clínica, com pacientes difíceis e portadores de transtornos mentais. Há cuidado ético de não expor o estudante a situações por demais intensas e constrangedoras, mas, sim, existe cuidado com toda a dimensão afetiva do estudante. Os atores são envolvidos na discussão posterior da cena, trazendo importante feedback para os alunos, pois conseguem particularizar as situações, verbalizar detalhes observados nas falas e na postura de escuta dos estudantes.

É conveniente enfatizar que o curso de medicina do CEUB – partindo do princípio de garantir e aperfeiçoar a formação geral do médico em termos técnicos, científicos e humanísticos, em perspectiva interdisciplinar – tem como uma de suas metas formar profissionais com capacidade para compreender as necessidades de

saúde das pessoas não apenas do ponto de vista físico, mas também nos contextos psicológico, familiar, laboral e comunitário. Com base nessa metodologia de ensino, os estudantes desenvolvem, além de habilidades clínicas, senso de observação, capacidade de expressão oral e escrita, autoconhecimento, intuição, autoavaliação e empatia.

No quinto semestre do curso de medicina do CEUB, discentes passam a ter maior contato com o paciente, tanto na emergência como na enfermaria. Em função disso, vivenciam diversas situações conflitantes, sejam elas de cunho ético, social ou humanístico. Para auxiliar os estudantes no enfrentamento dessas questões, em 2010, foi incluída no currículo desse período do curso, a técnica de medicina narrativa, que já estava sendo empregada há algum tempo no terceiro semestre.

Observa-se, portanto, no currículo do CEUB, grande preocupação para garantir que a abordagem das vivências e dificuldades dos estudantes no desenvolvimento de habilidades éticas, afetivas e interpessoais esteja contextualizada e em harmonia com os princípios do SUS, com o método de ensino e com o modelo biopsicossocial mais abrangente e atual.

Segundo os psiquiatras norte-americanos Kaplan e Sadock (1990), na história da medicina, é possível observar que, a cada época, o modelo de assistência médica segue o pensamento dominante referente a esse período. O modelo biomédico, tecnicista, o qual predominou nos últimos dois séculos, vem sendo ofuscado pela tendência biopsicossocial. Ou seja, o foco em parâmetros biológicos, diagnóstico e tratamento, agora cede espaço para a visão do paciente dentro de todas as suas dimensões: biológica, psicológica e social. Sem dúvida, a medicina narrativa visa à consolidação de um modelo que transcenda o foco restrito no biomédico.

De acordo os mesmos autores, o modelo biopsicossocial surgiu a partir do desenvolvimento de várias áreas de conhecimento, como a psiquiatria, a psicologia, a psicanálise e a medicina psicossomática, entre outras. A partir de tais conhecimentos, busca-se visão holística do homem, na qual os aspectos psicológicos e sociais estão intrinsecamente vinculados aos aspectos biológicos. Logo, para ser efetivo em sua ação, o médico deve compreender não apenas a doença, mas também o paciente. E, para que isso seja possível, é indispensável que se desenvolvam, nos

profissionais de saúde, as habilidades necessárias para o surgimento de boa relação entre médico e paciente, a qual adquire importância terapêutica.

MEDICINA NARRATIVA E DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES EMPÁTICAS

A medicina narrativa qualifica a relação do estudante com o seu paciente. Para que se formem profissionais com capacitação consonante com o modelo biopsicossocial, os currículos médicos devem mostrar coerência com propostas pedagógicas que deem foco aos aspectos humanísticos. Frequentemente, esses pontos são elencados nos projetos pedagógicos sob referencial teórico clássico – a taxonomia de objetivos educacionais – e divididos em três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor (Medeiros et al., 2013).

Faltam estudos sérios que possam comprovar a correlação causal entre medicina narrativa e desenvolvimento de empatia. Há consenso que atividades pedagógicas inovadoras promovem aumento do escore em escalas de empatia, em estudantes de medicina, já que permitem ao estudante refletir e visualizar os benefícios de escuta qualificada bem como compreender, por meio de autoconhecimento, as suas próprias limitações e bloqueios afetivos na relação com os pacientes simulados por atores previamente treinados.

Os domínios afetivos contemplados na medicina narrativa são abarcados no conceito de empatia, que envolve a habilidade cognitiva de compreender como a circunstância em que outra pessoa está vivendo influencia a vida dela, a reação emocional aos seus sentimentos e a habilidade de expressar compreensão e apoio para com o outro. A empatia tem sido descrita como importante elemento da formação médica, e o seu papel como responsável pelo desenvolvimento da boa relação entre pacientes e médicos é discutido em diversas pesquisas sobre educação e cuidado médico.

A empatia e a habilidade comunicacional aumentam a satisfação e a confiança dos pacientes, intensificam a habilidade do médico em diagnosticar e tratá-los bem como representam bom preditor de saúde emocional, ajudando o futuro médico a gerir melhor os seus conflitos, a fadiga e a responsabilidade diante da

tomada de decisões, além de catalisar o processo de formação de um médico compassivo, que saiba se envolver com o paciente, de forma ética e respeitosa, sem ficar envolvido, enfim, sem ficar afetado negativamente por contratransferência não manejada, de forma consciente.

Estudos propõem que os indivíduos empáticos tornam as relações mais agradáveis, reduzindo o conflito e o rompimento (Davis, 1983). A habilidade em “ler” e valorizar os pensamentos e os sentimentos das outras pessoas é o que, provavelmente, torna esses indivíduos mais bem-sucedidos em suas relações pessoais e profissionais (Ickes, 1997). De outra forma, indivíduos não empáticos parecem carecer de inteligência social e podem se tornar prejudicados no trabalho, na escola, na vida conjugal, nas amizades e nas relações familiares, além de correrem o risco de viver à margem da sociedade (Goleman, 2012).

Vale lembrar as contribuições inestimáveis do psicanalista Michael Balint para a humanização da medicina e a qualificação da relação médico-paciente, na década de 1950, na Inglaterra, com a teoria e o método grupal para a formação psicológica de médicos, incentivando o autoconhecimento e a percepção da influência de conteúdos inconscientes e irracionais na relação com o paciente (Balint, 1961).

Em relação ao monitoramento dos efeitos de um currículo inovador, no desenvolvimento de atitudes humanísticas e de competências clínicas e empáticas do estudante, tivemos experiência prévia na ESCS, com forte adesão ao método da medicina narrativa, durante um período de dez anos, onde docentes eram capacitados a realizarem devolutivas significativas para cada narrativa produzida, de forma minuciosa e singular, o que permitia estreitamento da relação entre docente e discente. Foram realizados estudos visando a avaliar a percepção do estudante sobre o método bem como estudos qualitativos e comparativos da qualidade das narrativas, ao longo da graduação (Almeida et al., 2005).

A empatia contempla a grande capacidade de se colocar no lugar do outro, por meio de uma ousada competência afetiva, cognitiva e comportamental, em que é necessário ter sensibilidade, flexibilidade de pensamento, altruísmo e capacidade de compreender a perspectiva do outro, enfim, pouca gente empática neste mundo

confuso, imagético, percebido de forma confusa por todos. Se ganhamos muito com a era da comunicação, com a agilidade de transmissão das informações com as redes sociais, perdemos muito em termos afetivos. As imagens privadas circulam nas redes sociais, mas são apenas simulacros de vidas bastante inexpressivas e esvaziadas de sentido existencial. De acordo com Bauman (2004), trata-se de um mundo em que o vínculo e o amor são líquidos e voláteis.

Não é simples ir na contramão dessa tendência, não é simples obter essa competência nem tão pouco é simples ensinar ou, ao menos, motivar o estudante para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e inter-relacionais. A sensibilidade permite que as pessoas possam ter boa capacidade de percepção e observação dos fenômenos humanos, de autoconhecimento, e, dessa forma, obter boa relação com o paciente. Muitos estudantes demonstram dificuldades na construção de vocações humanistas, por serem pessoas fechadas e não se sentirem confortáveis com situações imprevistas ou com forte colorido emocional tão presente nos hospitais visitados. Muitos, infelizmente, deformam-se ao longo do próprio curso de medicina altamente iatrogênico, se não há, na faculdade, preocupação com a transmissão de valores e com o cuidado da saúde emocional do futuro médico.

Medicina pressupõe a arte do encontro, pressupõe a capacidade de lidar com o inusitado, com o imprevisto, com a dor, com o próprio sofrimento vicário. Como qualquer forma de arte, pressupõe performance única e singular a cada nova consulta e atendimento. No CEUB, os estudantes são convidados a narrar, de forma livre, uma situação significativa vivida durante as atividades nos hospitais ou na comunidade. Acredito que a arte do encontro não é só uma questão de treino e de reflexão pessoal, mas, acima de tudo, pressupõe a decisão individual e o envolvimento emocional e afetivo com a dor do próximo. Nesse contexto, eu sempre falo para os meus alunos, em sua maioria da geração millenium: “você não precisa seguir uma receita, mas precisa ampliar seus limites e, sobretudo, respeitá-los. Não precisam fugir de temas afetivos durante as entrevistas, já que eles fazem parte de todo este processo e não precisam se incomodar tanto com o sentimento de angústia diante de certas situações”. Os bloqueios iniciais associados

à ansiedade gerada pelo espaço narrativo escrito e oral são suplantados pela crescente maturidade ao longo do curso.

A observação e a literatura científica indicam que os médicos possuem dificuldades no trato dos aspectos emocionais em sua prática profissional. Com os avanços tecnológicos, a prática médica tornou-se mecanizada e distante dos pacientes. Os médicos, atualmente, apresentam a tendência de estabelecer relações distantes, sem confiabilidade, o que leva ao aumento da iatrogenia, segundo Cassorla (1991). Algumas disciplinas nas escolas médicas tradicionais, como a psicologia médica e a psiquiatria, vêm tentando enfatizar, em suas práticas, a importância dos fatores psicossociais tanto no processo saúde-doença como na atenção ao ser humano sadio ou doente.

O grande desafio atualmente é fazer o médico e até mesmo o estudante de medicina se interessarem por aspectos emocionais em suas práticas. As vivências emocionais podem ser trabalhadas por meio de atividades nos cenários hospitalares ou de simulação realística, em que há contato dos estudantes com os pacientes e, por conseguinte, com seus conflitos e aflições. A supervisão dessas atividades promove feedback e busca resgatar a subjetividade inerente ao modelo biopsicossocial adotado pela escola (Almeida et al., 2005).

Precisamos ser mais ousados e corajosos se quisermos lidar com o sofrimento e com o processo de adoecimento, premissa fundamental que me pautei nesta longa jornada inerente à formação psicológica de médicos no Distrito Federal. Parafrazeando o famoso psicanalista húngaro Michael Balint, a pessoa do médico representa o maior medicamento, a mais poderosa droga e, por isso mesmo, devemos sempre cuidar de sua posologia, efeitos colaterais e benefícios terapêuticos (Balint, 1961).

Somos seres dialógicos, imensamente dependentes do convívio social e, como o filósofo austríaco Martin Buber (2001) nos afirma, não há como o homem existir sem o diálogo e a comunicação, e ambos não são possíveis sem que haja interação entre as pessoas. De fato, ninguém consegue se comunicar sem um interlocutor, uma vez que a comunicação é sempre direcionada a algo ou a alguém e, para ter e ganhar sentido, precisa ser decodificada e entendida pelo outro. As

narrativas médicas promovem uma rica interlocução promotora de maior humanização e escuta de pessoas enfermas.

O papel da narratividade – de integrar o contexto de vida das pessoas e a construção de suas realidades e identidades – é compreendido, por Hydén (1997 apud Favoreto; Camargo Júnior, 2011), como fruto de síntese de discursos políticos e morais, criados pelas pessoas para entenderem e julgarem as circunstâncias e situações em que vivem. Nesse sentido, a entrevista médica é fundamental, uma vez que pode ampliar muito a visão de mundo do estudante e, ao mesmo tempo, pode servir de espaço de reconstrução de sínteses sobre o significado e o impacto da doença na vida da pessoa. Em um segundo momento, o estudante, ao narrar uma situação vivida, é convidado a assumir posições, eleger detalhes, esquecer aspectos incômodos e ressaltar situações marcantes. O estudante passa a assumir posicionamento e envolvimento maior com a dor do outro.

Nesse sentido, a narrativa Milena, de autoria do médico chileno Jaime Duclos (2001), constitui verdadeira homenagem a uma paciente acompanhada por ele, em regime de cuidados paliativos, ao longo dos seus últimos sete anos de vida. A beleza ética e poética dessa narrativa reside no cuidado amoroso de um médico delicado e consciente, que expressa, de forma transparente, os conflitos dele de não gerar sofrimentos desnecessários nessa senhora bem como de promover o máximo de autonomia, acolhendo bastante os anseios dela de estar até o fim em casa com a família.

Publicações recentes revelam que a empatia dos estudantes de medicina tende a decrescer ao longo do seu percurso nas escolas médicas, em particular com o primeiro ano de contato com a realidade clínica (Hojat et al., 2009). Em concordância com esse estudo, no CEUB, temos observado que alguns estudantes não conseguem ter uma relação empática nos primeiros contatos com os pacientes, mas, se existir espaço para elaboração das dificuldades bem como investimento em atividades que simulem situações complexas e desafiadoras, a motivação do estudante pelo tema cresce e, assim, previne-se o declínio do humanismo espontâneo do estudante.

A medicina narrativa representa elemento mediador da evolução do estudante e até mesmo pode atuar como forma de monitoramento e avaliação da qualidade da relação do estudante com o paciente. Sugerimos que o estudante pode ser acompanhado de forma longitudinal no curso, e suas narrativas devem, de forma crescente, revelar maior amadurecimento e equilíbrio do futuro médico, que, aos poucos, vai materializando diversas situações, por meio de olhar mais integrado e singularizado de cada paciente.

Neste exato momento, podemos imaginar a extensão do sentimento de solidão, de abandono, de carência, de apreensão, enfim, dos dramas humanos e, portanto, da dimensão social e humanística inerente à prática médica contemporânea, bem como ficam patentes o valor e o papel das escolas médicas nesse cenário. Os dramas humanos são historicamente retratados pelas artes, pela sociologia, pela psicologia e pela bioética. O protagonismo dos estudantes que flagram esses dramas merece ser abordado de forma cuidadosa e produtiva. O sofrimento deve ser transformador de mentalidades e de ações construtivas em prol de pessoas internadas em hospitais públicos por motivos variados, por doenças graves, mas que, em sua maioria, não são verdadeiramente compreendidas em suas demandas e sofrimentos existenciais. A qualidade da relação dos estudantes de medicina com os pacientes representa eterno desafio marcado pelo encontro entre sujeitos morais bastante distintos e por alteridade radical.

O maior desafio é suplantar essa distância radical, gerada pelas imensas diferenças sociais do nosso país, bem como diminuir possível assimetria de vivências, de posições e de consciências, por meio de esforço empático promotor de identificações e de vínculos. Essa escuta – denominada como escuta ativa, acolhedora, implicada e enriquecida pela qualidade de um bom rapport (Kaplan; Sadock, 1990) – deve transcender uma alteridade radical para jovens estudantes de medicina, gerada pela faixa etária, pela condição social e pela realidade cultural, seja pela violência das doenças, seja pela proximidade com a morte. Todo ato pedagógico deve estar baseado em intencionalidade explícita, e diríamos que o objetivo pedagógico das narrativas médicas assume caráter bastante valorativo e ético. Escutar o outro representa tomada de decisão, valorização da compaixão e cuidado integral com o paciente, portanto, não representa uma técnica isolada de

valores, mas, sim, um valor que vai gradativamente ganhando corpo com o treinamento efetivo do estudante.

Dunker e Thebas (2019) catalogam diferentes padrões de escuta: escuta hospitaleira, escuta hospedeira, escuta hospício e escuta hospital, trazendo à tona toda a complexidade da arte e da técnica de escutar todas as vozes verbais e não verbais presentes na linguagem corporal, gestual, atitudinal, verbal e comportamental do paciente. Sem escuta, não há narrativas singulares; sem narrativas singulares, não há cuidado humanizado e diferenciado com o ser humano; sem narrativa, não há lembranças marcantes e transformadoras. Com base no que nos diz Gabriel García Márquez, você é o que sua memória lhe permite ser. Se não existe memória, a identidade pessoal vai sendo subtraída, gerando uma postura despersonalizada e alienada. Estamos flagrando, no momento atual, um contingente muito grande de indivíduos autômatos, que não conseguem protagonizar a própria história nem, tão pouco, produzir narrativas autênticas, estruturadas e estruturantes de uma vida mais plena.

Considerando o que a literatura científica menciona a respeito da grande dificuldade de o estudante sentir empatia pelos pacientes, principalmente, por aqueles cuja realidade social, afetiva e/ou cultural seja muito diferente, optamos por abordar muitas situações, em sala de aula e nos laboratórios de habilidades clínicas e de simulação realística, tais como: qual a forma correta de abordar questões psicológicas e emocionais dos pacientes; é permitido abraçar o paciente, visando a promover apoio; que tipo de toque pode representar respeito e cuidado; como buscar coerência crescente entre a comunicação verbal e a não verbal com os pacientes; como interpretar os sinais não verbalizados pelos pacientes durante as entrevistas; como fazer sobrepor a gentileza em todos os momentos; como dizer a verdade, por mais dura e cruel que ela possa ser; como lidar com o pranto do paciente e com tantas inseguranças, enfim, são temas inesgotáveis que nenhum protocolo consegue esgotar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicina narrativa mostrou-se como uma estratégia pedagógica válida no CEUB, na medida em que possibilitou a expressão, a elaboração e a reflexão de conteúdos humanísticos inerentes à prática médica, o que será visível ao longo deste livro. A adesão voluntária e espontânea ao instrumento é crescente. Muitos docentes e discentes acreditam na eficácia dessa ferramenta.

Como professora de psicologia médica do CEUB, juntamente com o prof. Allan Napoli e os demais membros da equipe de docentes, conscientes das dificuldades e das potencialidades dos estudantes, sempre buscamos instrumentalizar os futuros médicos com maior capacidade de observação e de compreensão psicodinâmica dos conflitos, comportamentos e reações dos pacientes biófilos ou tanatofílicos diante das doenças bem como buscamos treinar, nos diversos laboratórios de simulação realística e de habilidades e atitudes da instituição, por meio de atividades com atores preparados e orientados, escuta mais plena que contemple não só a palavra proferida, mas também a linguagem não verbal, paraverbal, gestual, atitudinal, enfim, que contemple o corpo e os seus simbolismos, além de toda a dimensão polissêmica da palavra. Enfatizamos o valor de conhecermos a espiritualidade dos pacientes e os seus conflitos mais íntimos e inconscientes, as suas culpas e os seus segredos existenciais, as suas expectativas diante da vida e da morte e não apenas as suas doenças.

As competências narrativas possibilitam melhor habilidade de ouvir e de acompanhar o que se é relatado, reconhecendo-se as imagens e as metáforas usadas pelas pessoas e adotando o ponto de vista do outro. As competências criativas, afetivas e textuais serão visualizadas nas histórias narradas por nossos estudantes. Todos os nomes utilizados neste livro são fictícios, visando a proteger e a preservar o anonimato das pessoas, visto que o sigilo ético e a confidencialidade representam a pedra angular da aliança terapêutica.

O desafio de tornar o encontro dos estudantes de medicina com seus inúmeros pacientes um momento singular, único, artístico, literário e marcado pela esperança e pela plenitude de significados nos convida a buscar sempre novas metodologias pedagógicas. Inicialmente, na relação estudante-paciente, há dois sujeitos moralmente anônimos, com demandas diferenciadas, e cujo destino e

desfecho desse encontro dependem da qualidade do vínculo criado e da comunicação estabelecida. As habilidades de metacognição associadas à consciência crítica de si mesmo e, ao mesmo tempo, à capacidade de identificar quais narrativas são possíveis nessa relação, geradas pelo processo saúde e doença e pela busca de superação dos problemas, fazem com que o futuro médico passe a intervir e a crescer durante esse momento de aprendizagem. Alguns estudantes ainda são bastante jovens, outros, mais maduros mentalmente, mas, como diz o sábio ditado popular: “demora-se muitos anos para se tornar jovem, é preciso ter muita calma e paciência nesse ofício”. Que a prática médica seja sempre rejuvenescedora e plena de significados e de narrativas eternas!

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Hécia Oliveira de *et al.* Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 208-216, set./dez. 2005.
- BALINT, Michael. *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli, 1961.
- BAUMAN, Zygmunt. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro, Zahar, 2004.
- BLASCO, Pablo González; MORETO, Graziela. Teaching empathy through movies: reaching learners’ affective domain in medical education. *Journal of Education and Learning*, v. 1, n. 1, 2012.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 23 de junho de 2014. Seção 1, p. 8-11.
- BUBER, Martin. *Eu e tu*. Tradução do alemão, introdução e notas por Newton Aquiles. Von Zuben. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2001.
- CASSORLA, Roosevelt M. S. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papyrus, 1991.
- CHARON, Rita. Literary concepts for medical readers: frame, time, plot, desire. In: HAWKINS, Anne Hunsaker; McENTYRE, Marilyn Chandler (ed.). *Teaching literature and medicine*. New York: Modern Language Association of America, 2000. p. 29-42.

DAVIS, Mark H. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983.

DUCLOS, Jayme. A Milena: un ensayo de medicina narrativa. *Revista Médica de Chile*, Santiago, v. 129, n. 6, p. 685-687, jun. 2001.

DUNKER, Christian; THEBAS, Cláudio. *O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2019.

FAVORETO, César Augusto Orazem; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 473-483, abr./jun. 2011.

GOLEMAN, Daniel. *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente* [recurso eletrônico]. Tradução Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Tradução Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GROSSMAN, Eloísa; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan./abr. 2006.

HOJAT, Mohammadreza *et al.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, September, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, 2009.

ICKES, William J. (ed.). *Empathic accuracy*. New York: The Guilford Press, 1997.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamim J. *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MÁRQUEZ, Gabriel García. *Cem anos de solidão*. Rio de Janeiro: Record, 1967.

MEDEIROS, Natália Souza *et al.* Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 515-525, out./dez. 2013.

SALAZAR, Abel de Lima. *Ensaio de psicologia filosófica*. Porto: Enciclopédia Portuguesa, 1915.

SOLOMON, Andrew. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Tradução Myriam Campello. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

TAPAJÓS, Ricardo. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competências). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 500-506, 2008.

TRINDADE, Eliana Mendonça Vilar; COSTA, Liana Fortunato. A crise da ciência moderna na Psicologia: reflexões sobre outras saídas históricas, tais como a 'Epistemologia Qualitativa'. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 20, n. 2, p. 167-174, 2009.

CAPÍTULO 5

UM SONHO REALIZADO

Allan Eurípedes Rezende Napoli

A vida é feita de sonhos. Sonhos que se entrelaçam nas telas do infinito!

Os sonhos funcionam como agentes que impulsionam o ser humano à realização das mais altas conquistas. Desde a infância, somos os atores no palco da vida e interpretamos vários papéis. Se formos perguntar a uma criança qual o sonho que ela quer que se realize quando crescer, teremos uma diversidade de respostas.

Cada um de nós é um sonhador à sua moda, o que nos faz seres especiais, ímpares, sem cópias. Somos compositores e intérpretes, autores e protagonistas neste mundo de sonhos e realidades. Quem não sonha perde a grande chance de mudar o seu destino, pois, com os nossos sonhos, podemos alcançar os nossos ideais.

Na qualidade de professor dos alunos cujas narrativas compõem este livro, fui convidado pela profa. Eliana Trindade a contribuir com um relato que tratasse da minha trajetória de vida.

Meu sonho, desde criança, era ser médico, compartilhado também com o do meu irmão gêmeo. Construimos esse sonho com a argamassa da boa vontade, do amor, da disciplina, da confiança, do entusiasmo, da esperança e do esforço pessoal, sem desanimar diante dos percalços da existência.

André Luiz, no livro *O espírito da verdade*, ensina-nos que o lar é a primeira escola; os pais, os primeiros professores; o primeiro dia de vida, a primeira aula do filho (Xavier; Vieira, 1961). Minha primeira escola era impregnada de religiosidade e espiritualidade cristãs. Meus pais professavam a religião espírita e, pelo exemplo e pelo incentivo, ensinaram-me que nascemos neste mundo para trilhar o caminho do bem e do amor ao próximo.

Desde criança, estudo a Doutrina Espírita e, em Uberaba, tive a oportunidade de conhecer o nosso estimado benfeitor Chico Xavier, participando das atividades semanais do Grupo Espírita da Prece, criado por ele. A espiritualidade de Chico Xavier inspirou-me o anseio de ser uma pessoa melhor e me esquivar dos caminhos que pudessem me desviar desse objetivo. Vários artigos demonstram o papel relevante da espiritualidade no processo de resiliência, na medida em que age como fator de proteção contra o suicídio e, juntamente com a religiosidade, também contra o uso de álcool e de drogas (Chequini, 2007; Sanchez; Nappo, 2007).

E foi assim, construindo sonhos, vencendo desafios e estudando diuturnamente, que meu irmão e eu fomos aprovados no vestibular para medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em Uberaba, Minas Gerais, e que, ao cabo de seis anos, nosso sonho foi realizado ao concluir o curso.

Mas, como nossos sonhos não acabam, eu continuei a sonhar!

Concluí, em 1984, a Residência Médica nas áreas de Clínica Médica e Cardiologia, no Rio de Janeiro. No mesmo ano, ingressei na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, na Regional de Ceilândia, trabalhando na área de Clínica Médica e no Programa de Controle da Tuberculose (PCT).

Como Coordenador do PCT de Ceilândia, aprendi a trabalhar em equipe, valorizando cada profissional em sua área de atuação. No Hospital Regional de Ceilândia (HRC) e em todos os Centros de Saúde dessa Regional, tive o contato com os pacientes mais carentes de recursos materiais, aqueles cujo direito de sonhar anda a braços dados com duras necessidades imediatas, não só do tratamento das suas doenças orgânicas, mas também do alívio de suas dores morais e espirituais.

Anos depois, especializei-me também em Homeopatia e Acupuntura, o que me proporcionou uma visão holística, ampliando o meu entendimento do paciente como ser integral, com os seus medos, as suas angústias, o seu sofrimento interno. Vi que era preciso tratar não apenas doenças, mas doentes, em toda a sua individualidade. Na obra *Organon da arte de curar*, Samuel Hahnemann, o pai da Homeopatia, diz que “a mais alta e única missão do médico é restabelecer a saúde nos doentes, que é o que se chama curar”. Nessa lição, Hahnemann é imparcial e sem preconceitos ao definir a missão do médico. Não disse qual deveria ser o

método terapêutico utilizado pelo médico, se seria a homeopatia, a alopatia, a acupuntura ou a cirurgia. Quis expressar que o médico deve fazer o melhor ao seu alcance para a cura do paciente (Hahnemann, 2001).

E eu continuei sonhando...

Em 2003, tornei-me docente da ESCS/GDF, onde permaneci até 2015, e, em 2016, ingressei na faculdade de medicina do CEUB.

Hoje, sinto-me uma pessoa realizada, como docente e como médico.

Percebi, ao longo dos anos, que a minha espiritualidade, aquela que aprendi com Chico Xavier, ajudou-me muito na prática médica e na docência. Na docência, vejo o aluno como um ser integral, único e diferenciado um do outro, que deve ser avaliado pelo seu crescimento individual, sem comparações com os seus pares. O aluno que adentra a faculdade de medicina é como um diamante bruto que busca a lapidação. Tem, dentro de si, a grandeza do diamante em forma latente. Cabe ao professor incentivá-lo a despertar o melhor que existe em si, buscando estimular-lhe os pontos fortes, para que ele desenvolva a autoconfiança pelo constante autoburilamento.

Um dos grandes ensinamentos que costumo citar nas aulas é inspirado no filme *O grande ditador*, de 1940, em que Charles Chaplin diz: “mais do que máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será violenta e tudo será perdido”. Esse ensinamento de Chaplin, para mim, aplica-se bem à formação médica e à conduta do médico no exercício da profissão. A medicina conta, atualmente, com um aparato tecnológico bastante avançado, com aparelhos capazes de realizar exames que, se bem indicados, esclarecem dúvidas diagnósticas, após anamnese e exame físico bem feitos. Mas, à maneira de Chaplin, entendo que é importante alargar os olhos para o sentimento de humanidade. Cabe ao médico pensar sempre muito bem ao solicitar indiscriminadamente exames, sem uma indicação precisa, de vez que eles são caros e oneram o bolso do paciente, privando-o, por vezes, do essencial. Quando Chaplin diz ser preciso mais humanidade, isso está uníssono com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que preconiza ao graduado a formação geral e humanista, ou seja, priorizar o afeto e a doçura, acima da

inteligência, é um convite ao médico para que, além do conhecimento intelectual, invista no trato humano para com o paciente enfermo, pois tais valores são capazes de fazer prodígios no seu tratamento (Brasil, 2014).

Emmanuel, no livro *Mãos unidas* (2005), relata que a existência na Terra é um livro que estamos escrevendo e que cada dia é uma página. Creio que podemos escrever nosso livro endereçando, aos nossos pacientes, a cada dia de nossa existência, seja como médicos, seja como alunos de medicina, páginas de esperança, amor, empatia, compaixão, misericórdia, confiança, afeto, doçura, entusiasmo e alegria.

Vejo a sala de aula como um encontro, uma troca de experiências. No curso de medicina do CEUB, é aplicada a metodologia ativa PBL, em que o professor é um facilitador (Gomes *et al.*, 2009). O ensino é focado no aluno, e ele é o ator principal desse processo ensino-aprendizagem. No eixo educacional Profissionalismo, todos participam ativamente, fazendo perguntas, comentários e reflexões, em processo dinâmico, um verdadeiro debate no qual o aluno desenvolve a criatividade, a resiliência e a autoestima. Trabalhamos, a profa. Eliana Trindade e eu, no Profissionalismo do quinto semestre do curso de medicina do CEUB. Como psicóloga e com experiência de quase duas décadas na área da educação e pesquisa, Eliana nos traz, além do profundo conhecimento científico, a amorosidade com os alunos, os professores e os funcionários da instituição, expressa em seu sorriso acolhedor, capaz de quebrar barreiras e fortalecer vínculos que transcendem o tempo e o espaço da sala de aula.

Segundo Santos *et al.* (2017), educar é sobre pessoas e sobre saúde também. Acredito numa linha de humanização da docência porque, com certeza, isso se reflete no trato com o paciente. Por essa razão, a relação entre docente e aluno é algo sagrado para mim. Sempre me coloquei contrário ao que considero como assédio moral praticado por alguns professores, traduzido em posturas por demais frias, distanciadas, rígidas e, muitas das vezes, punitivas, porque, afinal, o curso de medicina não é uma incubadora de fracassos ou sucessos acadêmicos, mas um lugar de seres humanos que ali chegaram com suas próprias pernas para aprender a salvar vidas.

Também considero primordial tratar o aluno pelo nome, pois entendo que isso é valorizá-lo como pessoa, como ser responsável pelo seu crescimento individual. E, para que eu consiga memorizar o nome de todos, procuro fazer associações com algo que facilite a lembrança. O nome é nossa marca registrada, é o que nos torna únicos. Ao longo do tempo, sempre pude comprovar que se sentir “enxergado” pelo médico é o primeiro passo para a recuperação do paciente. Assim, na prática médica, procuro também tratar o paciente pelo nome, com cortesia, como uma forma de respeitá-lo e valorizá-lo, aperfeiçoando a relação médico-paciente.

Na minha prática docente, meu maior modelo é Jesus, que ilustrou seus ensinamentos com as mais belas parábolas. Também amo ler, ouvir e contar histórias. A contação de histórias, conforme conceitos reunidos por Mateus *et al.*,

é uma das atividades mais antigas de que se tem notícia. Essa arte remonta à época do surgimento do homem, há milhões de anos. Contar histórias e declamar versos constituem práticas da cultura humana que antecedem o desenvolvimento da escrita. [...].

As histórias são a maneira mais significativa que a humanidade encontrou para expressar experiências que, nas narrativas realistas, não acontecem. A contação de histórias, além de pertencer ao campo da educação e à área das ciências humanas, é uma atividade comunicativa. Por meio dela, os homens repassam costumes, tradições e valores capazes de estimular a formação do cidadão. Por isso, contar histórias é saber criar um ambiente de encantamento, suspense, surpresa e emoção, no qual o enredo e os personagens ganham vida, transformando tanto o narrador como o ouvinte. O ato de contar histórias deve impregnar todos os sentidos, tocando o coração e enriquecendo a leitura de mundo na trajetória de cada um (Mateus *et al.*, 2013).

Muitos contos e fábulas são transmitidos ao longo das gerações e despertam valores virtuosos de cooperação, trabalho de equipe, humildade e generosidade.

No CEUB, sempre é feito o planejamento da aula com antecedência, para que tudo ocorra com a necessária harmonia. E é, então, que busco incluir, no início ou no fim da aula, uma história, seja um conto, seja uma fábula, com dois objetivos: o primeiro, para resgatar a simplicidade latente das nossas recordações da infância, após anos de estudos, fórmulas e disputas; o segundo – e principal –, para estimular reflexões importantes na consolidação ética do estudante de medicina. Ao encerrar a

narrativa, sempre indago aos alunos: Qual é a moral da história? Nesse momento, surge uma diversidade de reflexões essenciais sobre a vida, o mundo e o ser humano.

No final deste capítulo, apresento algumas das histórias que costumo contar.

A poesia também sempre me sensibilizou. Desde os onze anos de idade, comecei a escrever poemas. O poema traduz, em poucas palavras, um sentimento profundo, porque nele o poeta consegue trazer a síntese das coisas.

Estou escrevendo este capítulo no momento da pandemia da Covid-19, momento que ninguém sonhou, ímpar e histórico para o nosso Planeta Terra. Em sua ação progressiva, um ser microscópico percorre o orbe inteiro, visita os casebres e os palácios, levando a enfermidade para todos os recantos, como a convocar a todos para uma renovação moral, por meio da empatia, da compaixão e da solidariedade. E a humanidade, registrando intuitivamente tal mensagem, que atinge profundamente seu âmago e lhe fala de modo particular, pouco a pouco, começa a repensar as suas ações.

Eis que uma onda de mudanças começa a ocorrer! O que é supérfluo, fútil e superficial no ser humano está sendo descartado, e o essencial está, gradativamente, sendo mais observado e valorizado, porque as pessoas estão perdendo os subterfúgios, os mecanismos de fuga, seja do consumismo, seja da vida aparente, e agora estão buscando a essência do ser humano.

Vendo tantas pessoas desesperadas, doentes ou não, mas com um pavor capaz de desarmonizar a saúde diante da pandemia, fiz o singelo poema a seguir, na tentativa de levar um pouco de esperança a elas. Ofereço-o a todos os leitores, com votos de que possamos vencer os males que assolam a humanidade e continuar sonhando, tecendo nossos laços nas telas do infinito.

E, aqui, me despeço, agradecendo aos alunos, aos professores e à direção do CEUB pela oportunidade de me realizar no trabalho, em prol do ensino médico humanizado.

CORONAVÍRUS: INIMIGO DEVASTADOR

Allan Eurípedes Rezende Napoli

Nosso Planeta se rende
Aos pés de pequeno ser,
Que ataca vorazmente
E nos faz adoecer.

Pequeno, mas poderoso
Vírus chamado Corona,
Pode dar um golpe mortal,
Levando o homem à lona.

Os médicos recomendam:
O melhor é a prevenção!
Façamos a nossa parte...
É a nossa salvação!

Recomendações bem simples:
Lave sempre as suas mãos,
Use máscara, fique longe.
Isso salva seus irmãos!

Se alguém for contaminado,
Em seu núcleo familiar,
Deixe-o em observação,

No recesso do seu lar.

Mas, se o quadro se agravar,

Não espere acontecer,

Leve logo pra emergência,

Que é quem pode socorrer.

O mundo inteiro pede:

Isolamento social!

Essa é uma das armas

No combate a esse mal.

A ciência trabalha

Com amor e disciplina,

Para criar rapidamente

A tão sonhada vacina.

O acaso não existe!

Peçamos sempre a Deus

Que as Suas bênçãos recaiam

Sobre crentes e ateus.

O pânico é destruidor!

A fé e a confiança

Melhoram o sistema imune,
Assim como a esperança.

Quem cultiva o entusiasmo,
Por dentro do coração,
Tem chances ainda maiores
De uma recuperação.

Diante desse inimigo,
Brilha a solidariedade,
Ações fraternas no mundo
Já são uma realidade.

Guardemos a real certeza,
Neste momento atual:
Mesmo que demore um pouco,
Venceremos esse mal.

CONTOS E FÁBULAS UTILIZADOS NAS AULAS

DISCUSSÃO NA MARCENARIA

(Autor desconhecido)

Contam que, em uma marcenaria, houve uma estranha assembleia. Foi uma reunião onde as ferramentas se juntaram para acertar suas diferenças.

Um martelo estava exercendo a presidência, mas os participantes exigiram que ele renunciasse. A causa? Fazia demasiado barulho e, além do mais, passava todo tempo golpeando.

O martelo aceitou sua culpa, mas pediu que também fosse expulso o parafuso, alegando que ele dava muitas voltas para conseguir algo.

Diante do ataque, o parafuso concordou, mas, por sua vez, pediu a expulsão da lixa. Observou que ela era muito áspera no tratamento com os demais, entrando sempre em atritos.

A lixa acatou, com a condição de que se expulsasse também o metro, que sempre media os outros segundo a sua medida, como se fosse o único perfeito.

Nesse momento, entrou o marceneiro, juntou todas as ferramentas e iniciou o seu trabalho. Utilizou o martelo, a lixa, o metro, o parafuso... E a rústica madeira se converteu em belos móveis, úteis e funcionais.

Quando o marceneiro foi embora para casa, as ferramentas voltaram à discussão. Mas o serrote adiantou-se e disse:

– Senhores, hoje ficou demonstrado que temos defeitos, mas o marceneiro trabalha com nossas qualidades, ressaltando nossos pontos valiosos...

Portanto, em vez de pensar em nossas fraquezas, devemos nos concentrar em nossos pontos positivos!

Então, a assembleia entendeu que o martelo era forte, o parafuso unia e dava força, a lixa era especial para limpar e afinar asperezas, o metro era preciso e exato.

Todos se sentiram como uma equipe, capaz de produzir com qualidade...

E uma grande alegria tomou conta de todos pela oportunidade de trabalharem juntos.

A RATOEIRA E O RATO

(Autoria atribuída a Esopo, escritor da Grécia Antiga)

Um rato, olhando pelo buraco na parede, vê o fazendeiro e sua esposa abrindo um pacote. Pensou logo no tipo de comida que haveria ali.

Ao descobrir que era uma ratoeira, ficou aterrorizado. Correu ao pátio da fazenda, advertindo a todos:

– Há uma ratoeira na casa, uma ratoeira na casa!

A galinha disse:

– Desculpe-me, senhor Rato, eu entendo que isso seja um grande problema para o senhor, mas não me prejudica em nada, não me incomoda.

O rato foi até o porco e disse:

– Há uma ratoeira na casa, uma ratoeira!

– Desculpe-me, senhor Rato, disse o porco, mas não há nada que eu possa fazer, a não ser orar. Fique tranquilo que o senhor será lembrado nas minhas orações.

O rato dirigiu-se à vaca. E ela lhe disse:

– O quê? Uma ratoeira? Por acaso estou em perigo? Acho que não!

Então, o rato voltou para casa abatido, para encarar a ratoeira.

Naquela noite, ouviu-se um barulho, como o da ratoeira pegando sua vítima. A mulher do fazendeiro correu para ver o que havia pegado. No escuro, ela não viu que a ratoeira havia pegado a cauda de uma cobra venenosa. E a cobra picou a mulher.

O fazendeiro a levou imediatamente ao hospital. Ela voltou com febre. Todo mundo sabe que para alimentar alguém com febre, nada melhor que uma canja de galinha. O fazendeiro pegou seu cutelo e foi providenciar o ingrediente principal.

Como a doença da mulher continuava, os amigos e vizinhos vieram visitá-la. Para alimentá-los, o fazendeiro matou o porco.

A mulher não melhorou e acabou morrendo. Muita gente veio para o funeral. O fazendeiro, então, sacrificou a vaca, para alimentar todo aquele povo.

Na próxima vez que você ouvir dizer que alguém está diante de um problema e acreditar que o problema não lhe diz respeito, lembre-se de que, quando há uma ratoeira na casa, toda fazenda corre risco. O problema de um é problema de todos.

A MARTELADA

(Autor desconhecido)

Um navio carregado de ouro, revestido de todo o cuidado e segurança, atravessava o oceano quando, de repente, o motor enguiçou. Imediatamente, o comandante mandou chamar o técnico do porto mais próximo, que trabalhou durante uma semana, porém sem resultados concretos. Chamaram, então, o melhor engenheiro naval do país. O engenheiro trabalhou três dias inteiros, sem descanso, mas nada conseguiu, o navio continuava enguiçado. A empresa proprietária do navio mandou, então, buscar o maior especialista do mundo naquele tipo de motor. Ele chegou, olhou detidamente a casa das máquinas, escutou o barulho do vapor, apalpou a tubulação e, abrindo a sua valise, retirou um pequeno martelo. Deu uma martelada em uma válvula vermelha que estava meio solta e guardou o martelo de volta na valise. Mandou ligar o motor, e este funcionou na primeira tentativa. Dias depois, chegaram as contas ao escritório da empresa de navegação:

- Por uma semana de trabalho, o técnico cobrou US\$700.
- O engenheiro naval cobrou, por três dias de trabalho, US\$900.
- Já o especialista, por sua vez, cobrou US\$10.000 pelo serviço.

Atônito com a última conta, o Diretor Financeiro da empresa enviou um telegrama ao especialista, perguntando:

“Como você chegou a esse valor de US\$10 mil por cerca de 1 minuto de trabalho e uma única martelada?”

O especialista, então, enviou os seguintes detalhes do cálculo à empresa:

“Por dar 1 martelada – US\$1; por saber onde bater o martelo – US\$9.999”.

Moral da história – “O que vale no Universo não é dar a martelada e sim saber onde bater o martelo. A martelada em si você pode até delegar para outro”. E é por (querer) ignorar isto que muitos subestimam certos tipos de trabalho, que são trivialmente avaliados pelo tempo de duração. “No mundo dos negócios, todos são pagos em duas moedas: dinheiro e experiência. Agarre a experiência primeiro, o dinheiro virá depois”.

A CAVERNA

(Autor desconhecido)

Conta a lenda que certa mulher pobre, com uma criança no colo, passou diante de uma caverna e escutou uma voz misteriosa que lá dentro lhe dizia:

“Entre e apanhe tudo o que você desejar, mas não se esqueça do principal. Lembre-se, porém, de uma coisa: depois que você sair, a porta se fechará para sempre. Portanto, aproveite a oportunidade, mas não se esqueça do principal...”

A mulher entrou na caverna e encontrou muitas riquezas. Fascinada pelo ouro e pelas joias, colocou a criança no chão e começou a juntar, ansiosamente, tudo o que podia no seu avental. A voz misteriosa falou novamente: “Você, agora, só tem oito minutos”.

Esgotados os oito minutos, a mulher, carregada de ouro e pedras preciosas, correu para fora da caverna, e a porta se fechou. Lembrou-se, então, de que a criança lá ficara e a porta estava fechada para sempre! A riqueza durou pouco e o desespero, sempre...

A mesma situação acontece, por vezes, conosco. Temos uns oitenta anos para viver neste mundo, e uma voz sempre nos adverte: “não se esqueça do principal”! E o principal são os valores espirituais, a vida, as amizades, o amor! Mas a ganância, a riqueza, os prazeres materiais nos fascinam tanto que o principal vai ficando sempre de lado...

Assim, esgotamos o nosso tempo aqui e deixamos de lado o essencial: “os tesouros da alma”! Que jamais nos esqueçamos que a vida, neste mundo, passa breve e que a morte chega de inesperado. E, quando a porta desta vida se fechar para nós, de nada valerão as lamentações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 23 de junho de 2014. Seção 1, p. 8-11.

CHEQUINI, Maria Cecília Menegatti. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 16, n. 1/2, p. 93-117, 2007.

GOMES, Romeu *et al.* Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, jul./set. 2009.

HAHNEMANN, Samuel. *Organon da arte de curar*. 6. ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001. 248 p.

MATEUS, Ana do Nascimento Biluca *et al.* A importância da contação de história como prática educativa na educação infantil. *Pedagogia em Ação*, v. 5, n. 1, p. 54-69, 2013.

O GRANDE ditador. Roteiro, direção e protagonização: Charlie Chaplin. Filme em preto e branco. EUA, 1940. (128 min).

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, suppl.1, p. 73-81, 2007.

SANTOS, Wilton Silva dos *et al.* Profissionalismo médico: efeito da diversidade sociodemográfica e da organização curricular no desempenho atitudinal dos estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4. p. 594-603, out./dez. 2017.

XAVIER, Francisco Cândido. *Mãos unidas*. Ditado pelo espírito de Emmanuel. Psicografado. Araras/SP: Ide, 2005.

XAVIER, Francisco Cândido; VIEIRA, Waldo. *O espírito da verdade: estudos e dissertações em torno da obra "O Evangelho segundo o Espiritismo"*, de Allan Kardec. Ditado por vários Espíritos. Psicografado. 3. ed. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1961. p. 46.

CAPÍTULO 6

VIVÊNCIAS EMOCIONAIS E COMPETÊNCIA AFETIVA DURANTE A GRADUAÇÃO: O SOFRIMENTO DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Carolinne Camila de Souza Scarcela

Como a medicina é incrível, a poderosa, a imponente, a arte de curar. É ela que acalenta os corações desesperados frente às incertezas e os alegra quando há cura. O pavor e o medo da morte nunca acabam, mesmo enfrentando-a de forma incansável e com coragem todos os dias. A beleza da esperança que se encontra no jaleco branco e bem passado traz consigo o conforto de que algo pode ser feito.

Talvez a medicina seja realmente isso tudo, a depender do seu ponto filosófico na situação, mas não é apenas isso. Ao longo de séculos, construiu imagem imponente e autoritária sobre a sociedade e os pacientes. O respeito por curar pessoas em momentos tênues de vida e a boa remuneração monetária foram associados a um estilo de vida de glamour e até ostentação, perdurado até hodiernamente.

Por vezes, dissociada da ciência e sob comando da arrogância, do autoritarismo e da ignorância, a medicina trouxe consigo estereótipos e moldes do “médico perfeito”, uma espécie de semideus. Nessa ideologia de jaleco sempre alinhado, a postura de superioridade e de inacessibilidade nunca faltam assim como o modelo biomédico em detrimento do biopsicossocial. Isso significa que as condições físicas do paciente são analisadas de maneira dissociada dos aspectos sociais e psíquicos, logo, não contemplam a integralidade do ser. No filme Patch Adams – o amor é contagioso (1998), o personagem Dean Walcott, interpretado por

Bob Gunton, retrata claramente quais comportamentos eram – e ainda podem continuar sendo – considerados ideais para um médico.

A imagem utópica sobre o graduado em medicina é disseminada em vários âmbitos sociais. Dessa forma, muitos indivíduos almejam a medicina “glamorizada” que não deixa de existir, pois, em 2020, o piso salarial médico determinado pela Federação Nacional dos Médicos é quatorze vezes maior que o salário mínimo do Brasil (Fenam, 2020; Brasil, 2020).

Por outro lado, a medicina não é inteiramente composta por esse privilégio econômico. A escolha de praticar essa arte durante toda a vida é admirável, sendo considerada como dom divino pelos religiosos. O próprio médico dos médicos mencionou isso, em Eclesiástico, 38: “1Honra o médico por causa da necessidade, pois foi o Altíssimo quem o criou. [...]. 13Virá um tempo em que cairás nas mãos deles. 14E eles mesmos rogarão ao Senhor que mande por meio deles o alívio e a saúde (ao doente) segundo a finalidade de sua vida” (Bíblia Sagrada, 2012).

É importante enfatizar que médicos não surgem inesperadamente, muito menos da noite para o dia. Eles não são super-heróis ou semideuses e não vieram de outro planeta. Foram gerados em útero por, aproximadamente, nove meses, foram crianças, adolescentes, e sangue corre em suas veias. Têm família, amigos, histórias para contar e talvez até piadas, que, às vezes, podem não ser tão boas. Sobre as emoções, elas sempre estão presentes e nunca devem ser esquecidas. É também importante lembrar que médico é um ser humano!

Os caminhos para conquistar o título de médico são tão peculiares de cada um que ousa começar essa jornada que, por isso, uma tentativa de comparação é absolutamente ineficaz. Porém, há momentos em que todos que conquistaram o registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) passaram: a escolha do curso, o vestibular e o contato com os pacientes. São inúmeros estudantes que se preparam para o vestibular ao longo de anos, o que faz com que o curso de medicina esteja na lista dos mais concorridos do Brasil, demonstrando que a competitividade e os esforços intermináveis – que não são exclusivos dessa área da saúde – iniciam-se antes mesmo do ingresso na instituição de ensino superior. No entanto, já dentro da faculdade, novos conhecimentos deverão ser adquiridos, e habilidades deverão ser

aprendidas. E é sobre o momento do encontro com os pacientes que este capítulo terá a honra de expressar sentimentos profundos e sinceros de futuros médicos ao longo da sua jornada acadêmica.

O curso de medicina é composto pelo ciclo básico, nos dois primeiros anos; pelo ciclo clínico, no terceiro e no quarto anos; e pelo internato, do nono ao décimo segundo período. O CEUB, por adotar a metodologia ativa de ensino, disponibiliza a prática clínica aos acadêmicos desde o primeiro período de curso. Porém, no quinto semestre, há mudança de ciclo, tornando as práticas mais intensas, bem como a responsabilidade dos estudantes, o que justifica muitas narrativas serem escritas nesse período.

O contato precoce com pacientes reais é fundamental para a formação humanizada do acadêmico. Oliver Sacks (1933-2015) – neurologista, escritor e professor de neurologia da faculdade de medicina de Nova Iorque – conseguiu justificar a antecipação desse encontro, o qual, na metodologia tradicional, ocorre apenas a partir do quarto ano de curso, uma vez que “ao examinar a doença, ganhamos sabedoria sobre anatomia, fisiologia e biologia. Ao examinar a pessoa com doença, ganhamos sabedoria sobre a vida”. Isso é reforçado por Friedrich Hoffman (1660-1742), médico alemão, ao dizer que “a parte mais essencial da instrução de um aluno é obtida, como acredito, não na sala de aula, mas à beira do leito”.

Além do currículo acadêmico, diversas narrativas advieram de experiências proporcionadas por estágios, ainda no aspecto profissional dos estudantes, e pela própria vida. Desse modo, prepare-se para a riqueza de detalhes particulares e íntimos de cada autor, autoquestionamentos e sentimentos de impotência, de alegria, de tristeza, de indignação, de gratidão, entre outros. Prepare-se para ver médicos sendo formados.

O processo para se tornar médico é longo, árduo, cheio de novas descobertas e, por vezes, parece solitário. Estatísticas apresentam problemas na saúde mental de estudantes, como ansiedade, estresse psicológico, depressão, distúrbios do sono, Síndrome de Burnout (SB), distúrbios alimentares e uso abusivo de álcool. Cerca de 89,6% dos acadêmicos de medicina tem ansiedade, 13% apresentam SB, 50% não

têm um sono reparador e de 30,6% a 32,9% dos estudantes têm, associadamente, depressão, ansiedade e uso abusivo de álcool. Um outro estudo mostra que cerca de 20% dos estudantes do ciclo básico e clínico está com SB (Pacheco et al., 2017; Mori; Valente; Nascimento, 2012).

Com esses dados, evidencia-se a eminência do sofrimento do estudante de medicina transcender limites humanos. A compreensão das emoções e das dificuldades faz-se fundamental em um curso de tanta responsabilidade e, ao mesmo tempo, longo e exaustivo. O reconhecimento de limitações impostas pela condição humana possibilita o desenvolvimento da inteligência e da maturidade emocional e a manutenção da integridade da saúde mental do futuro da medicina.

Neste capítulo, esse sofrimento ficará patente em todas as quatorze narrativas a partir da explicitação da iatrogenia, da exigência e da exaustão presentes na graduação. Essas histórias foram agrupadas com fito de deixar claro os inúmeros desafios afetivos e existenciais da formação médica.

Por fim, Carl Jung – psiquiatra e fundador da psicologia analítica – reforça a necessidade da busca constante por humanização da prática médica, ao solicitar que: “conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. Dessa forma, as narrativas são eficazes na aprendizagem e na convivência com as emoções e a subjetividade. É, pois, necessário aprender a cuidar de si, para também conseguir cuidar de outros.

REFERÊNCIAS

BÍBLIA SAGRADA. Ave Maria. 198. ed. São Paulo: Ave-Maria, 2012.

BRASIL. Lei n. 14.013, de 10 de junho de 2020. Dispõe sobre o valor do salário-mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2020; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, de 12 de junho de 2020. Seção 1, p. 5.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (Fenam). *Confirma o valor do Piso Fenam para 2020*, 2020.

MORI, Mariana Ono; VALENTE, Tânia Cristina O.; NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Síndrome de *Burnout* e rendimento acadêmico em estudantes da primeira à quarta série de um curso de graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 4, p. 536-540, 2012.

PACHECO, João P. *et al.* Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 39, n. 4, p. 369-378, dez. 2017.

PATCH ADAMS – o amor é contagioso. Direção: Tom Shadyac. Roteiro: Steve Oedekerk. Elenco: Robin Williams, Josef Sommer, Bob Gunton, Daniel London. Filme em cores. EUA, 1998. (115 min.).

NARRATIVAS

REAPRENDENDO OS SENTIMENTOS

Carolinne Camila de Souza Scarcela

Em 2017, eu tinha 19 anos, estava no meu segundo ano de cursinho pré-vestibular e tinha um sentimento muito forte comigo ao longo do segundo semestre do ano: “será o meu último semestre de cursinho!”. Em determinados momentos, achava ser muita prepotência, altruísmo ou até mesmo arrogância pensar assim. Porém, fui nascida e criada em lar religioso, com fé fervorosa. Então, para acalmar o meu coração inquieto, pensava sempre que era uma mensagem do Senhor e que, por isso, deveria fazer o melhor para passar por mais uma etapa rumo à conquista do meu sonho.

Como em todo final de ano letivo, desde 2013, eu prestava o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) para alcançar pontos, a fim de ingressar na minha faculdade dos sonhos: a ESCS. Escolhi essa instituição pelo método utilizado como forma básica de estudos, o PBL, por diversos motivos: o contato com o paciente desde o primeiro semestre de curso; a repetição das matérias à medida que se aprimoram; a construção de conhecimento por meio de discussões e de estudos prévios. Tudo isso fazia com que meus olhos brilhassem. Era essa a educação que queria para mim!

As últimas provas do ENEM que fiz foram realizadas nos dias 5 e 12 de novembro de 2017. Eu dei o meu melhor, não tem nada que mudaria na situação que estava. Fiz as provas com um nível de maturidade que demorei anos para adquirir e fiquei contente com o meu comportamento de analisar e construir estratégias ao longo do exame. Mas, infelizmente, quando terminei o ENEM, eu sabia que não

atingiria a pontuação. Uma onda de indignação tomou conta de mim e fiquei questionando a sensação que tive: “foi prepotência pensar daquela forma!”; “como eu posso ter ‘trilhado todos os caminhos’ para realizar um bom exame, mas sei que não fui bem?”; “o que poderia ter feito de diferente?”

Isso fez com que eu me sentisse mal por alguns dias, até mesmo questionando, também, com Deus: “o que o Senhor quer de mim?”; “já não sabia que eu não ia passar neste ano?”; “por que me deixou com o sentimento de ter terminado o cursinho?”.

Poucos dias depois, recebo um convite para participar de um encontro de jovens, de 8 a 10 de dezembro, na cidade de Sobradinho II, cerca de 30 quilômetros de distância da minha casa. Era uma oportunidade incrível a qual aceitei sem titubear, ainda mais por precisar aproximar-me de Deus, a fim de clarear as minhas incertezas. Os dias foram passando, eu não abri um livro para estudar, não resolvi um exercício sequer e, ainda mais, estava desanimada para reiniciar, precisava de um tempo para organizar as minhas emoções e reabastecer as minhas energias após um ano frenético de dedicação aos estudos. A minha família percebeu que eu não estava estudando e questionou-me:

– Você não vai prestar mais vestibular? – perguntou minha mãe.

– Presta para alguma universidade particular. A gente se junta para pagar – disse meu avô.

– Quando vai ser a prova da particular? Faz logo a inscrição. Não quero você perdendo tempo no cursinho – disse meu tio.

Eu nunca tinha parado para pensar em ir para uma particular. A ESCS era a minha garota dos olhos. O meu coração acelerava todas as vezes em que eu passava na frente dela e também quando meus familiares e amigos mandavam mensagem dizendo:

– Estou passando em frente ao lugar que você vai frequentar todos os dias, pelos próximos 6 anos. – Mal eles sabiam que não era tão no começo da Asa Norte, era só um pouquinho mais para a metade dela.

Então, diante da situação, eu tive de pesquisar alguma universidade particular. Pesquisei várias e escolhi o CEUB, por adotar o mesmo método de ensino que a ESCS. Acredite, a inscrição era R\$ 450,00! Para quem estava acostumada a pagar R\$ 90,00 pelo ENEM, eu fiquei envergonhada de entregar esse boleto ao meu pai, que pagou com toda a satisfação, a confiança e a fé do mundo inteiro. Além disso, retornei aos estudos para tudo ficar fresco na cabeça na hora da prova.

A prova ia ser no dia 9 de dezembro. Logo, lembrei-me do meu encontro de jovens e não gostaria de abrir mão da minha participação. Falei com os meus coordenadores e eles acolheram a minha causa, possibilitando a realização do vestibular sem qualquer prejuízo. Foi uma sensação muito boa de poder servir ao Senhor e, também, de fazer a minha prova.

As orações da minha família estavam intensas. Tão intensas que era possível senti-las. Já eu estava desanimada, não queria que eles se sacrificassem tanto por mim. Entretanto, seguia estudando. Pensava recorrentemente: “bem, já que R\$ 450,00 foram pagos, vou fazer essa prova para passar, assim vou convencê-los de eu poder tentar mais um ano a universidade pública”.

Chegou o famoso e tão esperado dia 9 de dezembro, fui recepcionada com a bateria do CEUB, na entrada do vestibular, e pensei: “estas devem ser pessoas que não têm o que fazer, poderiam estar estudando ao invés de estar fazendo baderna”.

Fiz a prova e, depois, fiquei aguardando, em oração.

O resultado chegou na madrugada do dia 9 de janeiro, com a minha amiga Kathianne, que estava dormindo na minha casa, e com ela ficando muito mais feliz do que eu. O tão aguardado churrasco de comemoração foi transformado em um jantar tímido, com apenas as pessoas mais próximas, regado da frase “mas você vai esperar o resultado do ENEM, né?!”. Isso me deixou muito insegura sobre tudo. Como seria a minha vida naquele ano? Vou mesmo fazer o curso que escolhi? A minha família vai conseguir pagar?

A festa de comemoração de 40 anos da minha mãe foi no dia 20 de janeiro, e foi nela que recebi a maioria das parabenizações. No dia 15 de fevereiro, as aulas começaram, e o primeiro semestre não foi muito legal. Eu só estudei. Não aproveitei

nada, pois sentia que o meu coração era laranja – a cor da Bicuda, a atlética da ESCS.

Ir para o Intermed, o Ceubixo, comemorações de final de semana? Nem pensar! Eu tinha prova de introdução à medicina na terça-feira. Eu não estava radiante e alegre sempre, mas pequenas aulas me arrancavam alguns sorrisos, e, quando chegava em casa contando que aprendi a lavar as mãos, esses mesmos sorrisos espalhavam-se por toda a família.

Foi apenas no segundo semestre do curso que fui entendendo que o CEUB era a minha casa, a minha instituição formadora, onde comecei a ficar cada vez mais grata pela estrutura, pela segurança, pelos amigos, pela biblioteca. Foi na metade do ano de 2018 que eu me senti em casa pela primeira vez. Esse processo foi tão importante para mim que não consigo dimensionar. Entretanto, havia duas coisas que sempre me puxavam para a realidade e não me deixavam ir para o “mundo encantado da medicina dos sonhos de unicórnios cirurgiões e receituários de alcaüz”: a incerteza de ser bem formada e os problemas ainda existentes no curso.

A felicidade foi aumentando, e eu queria fazer algo diferente. Fazer algo na prática para ver como é ser esse tal de “médico” que tanto ouço falar. Foi aí que veio a ideia de um estágio em uma cidadezinha no interior da Bahia, onde a minha avó nasceu, fui várias vezes na minha infância visitar meus bisavós Constança (in memoriam) e João Grosso (in memoriam) e onde, ainda, tenho vários parentes residindo. Como há dependência extrema da atenção primária em saúde, achei o local ideal para ir após ter concluído o primeiro ano do curso de medicina. Entrei em contato com a Secretaria de Saúde do município, e tudo foi acertado para eu passar duas semanas do mês de janeiro de 2019, acompanhando as estratégias de saúde da família e da comunidade.

Viajei com os meus avós maternos em um sábado, são oito horas de estrada, e comecei o estágio na segunda-feira seguinte. Eu ia, alternadamente, em dois postos, que, nesta narrativa, vou identificá-los como posto 1 e posto 2, onde dois médicos docentes trabalhavam, respectivamente. O posto 1 foi o local onde tive contato com várias situações pela primeira vez na vida, como caso de hanseníase virchowiana, de infecção urinária durante a gestação – com piócitos em 72, o que me deixou

chocada! – e troca de curativos. O posto 2 é conhecido como “pesado”, o que quer dizer, segundo a explicação dos profissionais, que há muitos casos de difícil conduta, histórias clínicas capciosas, ou seja, casos “cabeludos”.

A minha postura foi modelada pelo acolhimento dos médicos. Eles deixavam eu fazer os exames físicos, ensinavam-me a fazer as receitas médicas de prescrição medicamentosa e as solicitações de exames – em janeiro de 2019, por lá, ainda eram feitos de forma manuscrita –, além de intervenções em algumas partes da anamnese, quando eu tivesse vontade de fazer perguntas para o paciente. Isso foi muito bom para melhorar a minha descrição do exame físico bem como para identificar as minhas falhas durante a realização dele.

Como os médicos foram solícitos, eu consegui expressar as minhas inseguranças sem assustar os pacientes, fazendo-os pensar que não sabia de nada e, também, que não me sentia inferiorizada quando os doutores conferiam o que eu dizia, pois eles não falavam que eu era “só uma estagiária”. Eles me acolhiam a ponto de eu me sentir boa parceira de consultório, onde os casos eram discutidos, e eles não precisavam me lembrar de que eu era uma mera estagiária a todo momento. Na verdade, não me lembraram disso em momento algum. Fizeram eu me sentir parte da equipe.

Na segunda semana de estágio, na tarde da quarta-feira, eu estava no posto 2, e estávamos atendendo livre demanda. Depois de algumas renovações de receitas e de adequações de medicamentos para doenças crônicas, a próxima paciente era Ana, de 13 anos de idade, 160 cm de altura e magra. Muito magra! Ela entrou no consultório acompanhada por uma assistente social, e eu não entendi nada. Depois de entrar, ela murmurou entre os dentes que a mãe dela estava chegando. Conversamos sobre amenidades, logo em seguida, a mãe dela chegou, e, então, começamos a consulta. A queixa principal de Ana era o aparecimento de manchas hipocrômicas no rosto, uma queixa com aspecto estético. Perguntamos quando surgiram, se tinha algum fator associado, investigamos algum fator hereditário, exposição ao sol, e não houve nenhum achado, de modo que passamos a investigar os hábitos de vida dela, e o médico perguntou:

– Você fuma?

– Não! – ela respondeu com uma instabilidade na voz, e a mãe a cutucou nas costas.

– E maconha? – insistiu o médico.

– Sim! – disse a paciente com tranquilidade.

– Conta para eles! Eles têm de saber! – disse a mãe, com um tom imperativo. Nesse momento, eu fiquei apreensiva.

– Você usa mais alguma droga? – perguntou o médico.

– Só crack. – Eu fiquei em “leve” choque.

– Você bebe? – continuou o doutor.

– Não! Beber faz mal à saúde! – disse Ana, enfaticamente.

– Agora, você pode deitar ali que a doutora vai examinar você – disse o médico, referindo-se que eu faria o exame físico.

A assistente social começou a ocupar de forma incômoda todos os espaços da sala, metaforicamente. Eu comecei com o exame físico da face, depois da orofaringe e, em seguida, pedi para ela deitar com a blusa levantada, para a realização do exame abdominal. Com o passar da conversa, percebi sua vida sexual bastante ativa, com vulnerabilidade impossível de dimensionar. A educação estava interrompida. Ana fugia de casa recorrentes vezes e era abusada sexualmente em troca de bens materiais ou de dinheiro. Decidi realizar o exame físico das mamas e foi nesse momento que a assistente social foi mais incômoda ainda com indagações sobre a necessidade dos exames:

– Doutora, ela precisa mesmo tirar a blusa? – com os braços cruzados, perguntou.

– Precisa para eu ver como a pele dela está, além de avaliar todo o desenvolvimento do corpo – expliquei calmamente, mas já bastante incomodada com a desconfiança que a assistente social demonstrava.

– Mas para que isso? Ela está reclamando de manchas no rosto! – nesse momento, eu respirei, tentei me acalmar e não transparecer o meu incômodo.

– Já está acabando – respondi.

Durante todo o exame, Ana me olhava como se estivesse confortável, como se quisesse me contar algo que não parecesse revelador para a doença. Parecia que ela queria conversar sobre fatos da vida, mesmo sem relevância médica para o momento. Por isso, senti que, independentemente da presença da assistente social incômoda, Ana estava bem com a consulta. E isso me fez bem também. Uma leve dor à palpação hepática foi o único achado em todo o exame físico de Ana, além das manchas hipocrômicas com bordas bem delimitadas na face já relatadas. Parecia que eu não tinha justificativa clara para elas acontecerem. Parei por 10 segundos e POW!

– Doutor, podemos fazer sorologia de doenças venéreas? – perguntei.

– Podemos, tem aqui. Quer fazer? Ah! Mas a enfermeira não está hoje aqui. Espera que eu vou lá fazer com você – disse o doutor.

Nesse momento, eu fiquei empolgada por ter disponível a possibilidade de realização rápida de sorologias, esperava que desse alguma coisa nos exames, mas não desejava isso para a Ana. A assistente social mudou a expressão facial de desconfiada para calma e ansiosa pelo resultado. O doutor pediu para a técnica em enfermagem me ajudar a realizar a coleta. Como eu nunca tinha realizado qualquer exame nos pacientes, apenas em mim, nas aulas de morfofuncional, em ambiente controlado do laboratório da faculdade, eu sabia como os testes funcionavam, tecnicamente, mas, inacreditavelmente, ia coletar sangue da Ana, sem luvas. A técnica logo me alertou, calcei as luvas e coletei o sangue para os exames.

Enquanto aguardávamos os resultados, um silêncio enlouquecedor incomodou-me a ponto de eu começar a explicar todos os exames sem ninguém perguntar. A mãe da Ana estava um pouco apreensiva, mas, sem muitas emoções, apenas olhava curiosamente como o exame era feito e observava as minhas explicações. A assistente social começou a prestar mais atenção em mim e demonstrou um pouco mais de confiança, mesmo sem falar uma palavra. Já a Ana, nossa! A Ana era uma moça tão vulnerável emocionalmente que olhava timidamente para mim. Os resultados saíram e eu falei com o médico:

– Doutor, deu positivo para sífilis.

– Eita que esse posto é “pesado”!

Vamos lá! Foi receitada a penicilina para a Ana, e eu insisti, veementemente, para que ela retornasse à unidade de saúde, a fim de fazer outra aplicação da medicação. Ainda orientei sobre a disponibilidade de preservativos no posto e que ela sempre podia procurar atendimento médico, quando quisesse e precisasse. Eu acredito que o pensamento para solicitar os testes rápidos veio por uma ajuda divina.

Eu tenho fé em Deus e que Ele viu as nossas limitações. Pedi para Ele abençoar a vida da Ana imensamente e de todos os que estão à sua volta. Pedi, também, para me ensinar a ser uma pessoa mais paciente, como com pessoas que se questionam no aspecto de desconfiança. Entretanto, agradeço e agradeço muito pela oportunidade que tive, pelo direcionamento para realizarmos o diagnóstico e pelas relações interpessoais permitidas.

Sou muito grata ao estágio, tanto que voltei em dezembro de 2019. Eu não imaginava que seria tão construtivo para mim em tantos aspectos, desde o pessoal e o profissional até o religioso. Ele me permitiu conhecer e amadurecer muito. Ademais, gostaria de destacar a incrível sensação que tive quando retornei às aulas em fevereiro. Eu me senti com mais vontade de aprender os conteúdos, de me envolver com as atividades da faculdade, até fui para o Intermed, nos dois semestres de 2019. Hoje, o meu coração é preto e branco, as cores da Atlético de Medicina mais maravilhosa que existe, a Lendária. A propósito, hoje, sou integrante da bateria, e a gente sempre faz “baderna”, com muita alegria e satisfação, para recepcionar calouros e representar a medicina do CEUB dentro e fora do Distrito Federal. O CEUB é a minha casa, não por eu pagar para morar lá durante 13 horas por dia, cinco dias da semana, mas pelas pessoas que conquistam e reconquistam frequentemente o meu coração.

UM TRIBUTO AO MEU PRIMEIRO PACIENTE: QUANDO A MINHA FICHA CAIU

Ana Carolina Souza Sisnando de Araujo

Ansiedade, nervosismo e empolgação, esses eram os meus sentimentos ao acordar, pronta para o dia em que acompanharia meu primeiro plantão desde que ingressei no curso de medicina do CEUB. O plantão de pediatria foi organizado para que todos os ligantes, em duplas, conseguissem ir ao hospital e conhecer, na prática, um pouco mais sobre essa especialidade. No entanto, eu não consegui alguém que pudesse ir comigo nos dias disponíveis nem possuía carro ou carteira de motorista para me locomover até o hospital regional mais próximo, mas não deixei essa oportunidade passar e decidi ir sozinha, ainda estando no primeiro ano da faculdade e indo de carona com amigos mais adiantados no curso.

Ao chegar no hospital, tudo era novo para mim, não conhecia ninguém, além de meus veteranos, os quais me ajudaram a localizar a emergência de pediatria, mas logo seguiram para os seus respectivos locais de atuação. Na recepção da emergência, busquei pela doutora responsável, médica que os diretores da liga tinham me avisado que estaria lá para me receber. Ao nos encontrarmos, ela se mostrou disposta a me ensinar e me mostrar como tudo funcionava durante o plantão.

O primeiro caso que atendemos foi o de uma recém-nascida com diarreia, porém sem maiores intercorrências. A médica, então, realizou o exame clínico e prescreveu reidratação oral. Logo depois, fomos reavaliar um menino de 4 anos, Caio, que estava com a mãe no hospital, desde às 6 horas da manhã. Ao chegar, ele tinha sido examinado por outro médico, que relatou que ele se apresentava com um quadro de dor abdominal, com pouco enrijecimento no local e sem sinais de irritação peritoneal. De acordo com esse primeiro relato médico, não havia indícios de ser apendicite ou outro quadro cirúrgico. Descartando essas possibilidades, o médico internou Caio por suspeita de gastroenterite e para permanecer em observação.

A doutora responsável já tinha avaliado o menino mais cedo, mas não concordava com a avaliação do outro médico. Ela estava desconfiada de ainda haver a possibilidade de ser um quadro cirúrgico, como apendicite, mesmo com relatos médicos que descartaram essa hipótese. Na reavaliação da tarde, a suspeita de que realmente não fosse um quadro de gastroenterite foi considerada, pois, após o início do tratamento, Caio ainda não havia apresentado melhora alguma. Ele apresentava

febre e muita dor durante novo exame físico. Diante da dúvida sobre o diagnóstico, foi solicitada a realização de uma tomografia computadorizada.

A oportunidade de poder realizar o exame físico em Caio foi algo muito especial para mim, visto que foi o primeiro paciente em quem pude realizar esse procedimento. Aferi sua temperatura e sua saturação de oxigênio e, nesse momento, pude perceber o sofrimento decorrente da dor abdominal.

Outro momento importante ocorreu quando a pediatra explicou aos pais a justificativa da realização da tomografia. Ver a preocupação nos olhos da família, ao receber a notícia de que havia a possibilidade de Caio necessitar de uma cirurgia, foi algo profundo e marcante. Os pais estavam preocupados porque acompanhá-lo no hospital estava dificultando a rotina deles, devido aos seus horários de trabalho. Eles teriam de achar alguém que pudesse cuidar do Caio e ficar no hospital com ele durante todo o tempo. Para mim, foi algo muito intenso ver que uma possível cirurgia de emergência pode ter impacto tão grande sobre a vida de uma família.

A doutora responsável e eu fomos até a sala de realização dos exames radiológicos para acompanhar a tomografia em tempo real. Sabíamos que, se ele estivesse com alguma alteração do exame que confirmasse a hipótese de apendicite, seria necessário agilizar todos os processos. Não havia como realizar a cirurgia no hospital em que estávamos, pois não tinha serviço de cirurgia pediátrica lá e seria preciso encaminhá-lo para o hospital de referência, que, em Brasília, é localizado relativamente distante de hospital público da periferia. Estávamos na sala da radiografia, observando o exame que confirmou a hipótese diagnóstica de apendicite, e precisávamos definir quais seriam os próximos passos e como ocorreriam, de maneira que fossem realizados o mais rapidamente possível. Nesse momento, senti-me muito útil, porque minha mãe é cirurgiã pediátrica do hospital de referência e consegui entrar em contato com o serviço de lá para acertar a transferência do Caio.

No entanto, para que essa transferência pudesse ocorrer, o serviço do hospital teria de disponibilizar a ambulância e alguém da área da saúde para acompanhá-lo, mas não havia alguém disponível nesse momento para realizar essa função. Então, a

própria doutora responsável se dispôs a assisti-lo na ambulância e eu decidi acompanhá-la.

Conseguimos arrumar tudo para realizar a transferência do Caio para o hospital onde a cirurgia seria realizada. Conversamos com a família dele, a qual também se organizou para conseguir familiares que ajudassem nesse momento de extrema importância e dificuldade. Quando a ambulância chegou e já estávamos preparados para ir, surgiu um caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico que precisou ser transferido com mais urgência para o hospital de referência, e a vaga, na ambulância, foi realocada para que esse transporte pudesse ser realizado prioritariamente.

Essa situação me fez lembrar e ver, na prática, que, na medicina, tudo é relativo e varia de acordo com cada situação. O que é prioridade pode mudar de segundo em segundo, e temos sempre de observar cada caso como único e com suas prioridades. Mesmo que você não esteja responsável por uma pessoa, ela pode se tornar sua prioridade, pois, em determinado momento, será mais importante ajudá-la e oferecer o melhor suporte disponível, sem se esquecer de outras situações que estejam ocorrendo ao mesmo tempo.

Após esse contratempo, buscamos uma segunda ambulância para levar Caio para o hospital de referência. Como ele era um paciente que estava estável, não era preciso que fosse uma viatura de suporte avançado, o que tornou mais fácil conseguir uma vaga em uma ambulância que estivesse disponível. O caminho até o outro hospital foi tranquilo, e os paramédicos foram acompanhando e monitorando Caio durante todo o percurso, juntamente com a doutora responsável.

Para mim, foi um momento marcante: uma caloura de medicina, empolgada com tudo, andando pela primeira vez em uma ambulância. Pode parecer pouca coisa para quem está acostumado, mas, para mim, foi importante. Aquele dia ficou marcado na minha memória, pois fiz meu primeiro exame físico em um paciente, acompanhei a realização de uma tomografia, vi um diagnóstico, antes descartado, ser, posteriormente, confirmado e andei em uma ambulância. Todos esses eventos me trouxeram a confirmação de que fiz a escolha certa pela carreira médica e de que

estava começando a estudar e a conviver com o que eu queria fazer para o resto da minha vida.

Chegando ao hospital de referência, descemos da ambulância e fomos finalizar o processo da transferência do Caio. Os médicos de lá estavam esperando a chegada dele, procederam à sua internação e analisaram o seu quadro clínico. Logo depois, a doutora foi embora na ambulância, retornando ao outro hospital.

Esse dia foi importante, pois percebi o amor pela profissão nas atitudes de várias pessoas, lutando por seu paciente e pelo que é melhor para ele, um aprendizado de extrema valia em qualquer área da saúde. Eu tive a chance de acompanhar a evolução do caso e a operação à qual Caio foi submetido. A operação foi bem-sucedida, e o pós-operatório, sem intercorrências, obtendo alta no quinto dia após a cirurgia.

Diante dessa história, podemos analisar o papel da relação médico-paciente. O tratamento do paciente deve ser humanizado e individualizado, baseado em uma relação de confiança no seu médico, pelo qual deve ter empatia. O diálogo deve ser em linguagem clara e simples, certificando o entendimento da doença, do tratamento e de seu prognóstico por parte do paciente e de sua família. A atitude da doutora responsável para com Caio e sua família foi um exemplo de interação adequada, com respeito e confiança. Uma boa relação médico-paciente é importante para os dois, pois transforma a experiência dos atendimentos para o paciente e é um meio de proporcionar realização profissional e pessoal do profissional de saúde (Grossemann; Patrício, 2004).

Atualmente, devemos aprender e exercitar o estabelecimento de boa relação com nossos pacientes, uma vez que, com o desenvolvimento de novas tecnologias que ajudam no diagnóstico e na terapêutica, há tendência a relevar o aspecto humano dessa relação a um segundo plano. Quando o que é mais importante é a quantidade de atendimentos a serem contabilizados e não a sua qualidade, contribui-se com a mudança de cenário do exercício profissional. É relevante lembrar da essência profissional, não somente das interferências de políticas de saúde e de dinâmica de mercado, como mencionado por Luiz Antonio Nogueira-Martins e Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins (1998), mas que ainda se adequa às situações atuais.

A relação de prioridade e de particularidade exercida pela doutora responsável com relação ao caso do Caio, além de seu relacionamento com a família, desenvolvendo um vínculo que demonstra confiança decorrente de efetiva comunicação, são exemplos de uma boa relação médico-paciente. Os mais importantes fatores para a comunicação e confiança entre o paciente e sua família com o médico responsável são a clareza e a transparência, para que saibam que o profissional está em busca do melhor para o paciente e que não planeja realizar nada que cause qualquer prejuízo a ele. É essencial lembrar que nem sempre é fácil construir e lapidar uma boa relação médico-paciente, mas é de extrema importância que ela ocorra tanto para a pessoa que está sendo atendida quanto para o profissional responsável.

REFERÊNCIAS

CHANDRA, Swastika; MOHAMMADNEZHAD, Masoud; WARD, Paul. Trust and communication in a doctor-patient relationship: a literature review. *Journal of Healthcare Communications*, v. 3, n. 3:36, p. 1-6, 2018.

DANG, Bich N. *et al.* Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Medical Education*, v. 17, n. 1, p. 17-32, Fev. 2017.

FERGUSON, Warren J.; CANDIB, Lucy M. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Family Medicine*, v. 34, n. 5, p. 353-361, 2002.

GOOLD, Susan Dorr; LIPKIN JR, Mack. The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *Journal of General Internal Medicine*, v. 14, suppl 1, p. S26-S33, Jan. 1999.

GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 28, n. 2, p. 99-104, 2004.

KABA, Riyaz; SOORIAKUMARAN, Prasanna. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, v. 5, n. 1, p. 57-65, 2007.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, v. 24, n. 2, p. 59-64, 1998.

UM ÚNICO PLANTÃO E DUAS DIFERENTES HISTÓRIAS UM CHORO SILENCIOSO E SOFRIDO – RELATO 1

Anne Caroline Castro Pereira

Após passar pelo módulo de ginecologia e obstetrícia, deparei-me com crescente interesse pela área, o que me levou, com a minha colega Bruna, a buscar mais vivências nessa especialidade. Assim, durante as férias, tivemos a oportunidade de acompanhar um plantão dessa especialidade, no hospital público de referência, algo encantador para qualquer estudante do ciclo básico. Eu já havia tido essa experiência anteriormente e presenciado alguns partos. Acredito ser um momento lindo e que sempre me emociona. Nas outras vezes, além do nascimento em si, pude ver a alegria da mãe que conhece seu filho, o acompanhante que se alegra pela nova vida, todo o amor envolvido. Mas, dessa vez, foi um pouco diferente.

No início da tarde, a doutora nos pediu para avaliar a dinâmica uterina de algumas pacientes. Animada, fui fazer o exame de Amanda, mas logo a percebi calada e sem muita disposição para conversar. Assim, limitei-me a perguntar o que ela estava sentindo e como estavam as contrações, recebendo respostas diretas e secas. Apesar de muito educada, mostrou que não desejava iniciar algum diálogo. Ao ser questionada, Amanda não sabia a Data da Última Menstruação (DUM) nem muitos detalhes da gravidez, mas me afirmou com certeza a data da concepção da criança. Eram perceptíveis seu desconforto com a situação, sua tristeza e seu desânimo. O trabalho de parto não estava progredindo como esperado, então, ela estava em processo de indução. Suas poucas palavras demonstravam sua ânsia de que tudo fosse encerrado e de que o parto ocorresse o mais rápido possível. Logo pude perceber que aquele bebê não estava sendo aguardado com muita alegria.

Após o exame, conversamos com a médica, que nos contou que Amanda não havia feito consultas pré-natais e tinha destinado a criança à adoção. Quando contei sobre a ausência da DUM e sobre a afirmação relativa à concepção, além do estado da paciente, a doutora nos explicou, conforme sua experiência, que a soma de todos esses fatores indicava que a gravidez deveria ser fruto de violência sexual. Isso confirmou o pensamento que havia passado pela minha cabeça e que eu,

ingenuamente, tentei afastar. Já discutimos no curso sobre essa triste realidade, além de ser algo do qual toda menina entende desde cedo que precisa se proteger. No entanto, presenciar o fruto dessa situação, todo o sofrimento da vítima nove meses depois, foi um choque para mim.

Após algum tempo, optou-se pela realização da cesárea na paciente, então, fomos acompanhar o parto na sala de cirurgia. Durante os processos iniciais, toda a equipe perguntava o sexo e o nome do bebê. Amanda não sabia o sexo e não havia escolhido nome para o bebê, mas acredito que, pela vergonha de não saber responder, mentiu. Eu e Bruna vimos que ela estava desconfortável. Como a equipe poderia não saber sobre esse histórico e fazer esses questionamentos? Esses profissionais não deveriam estar mais bem preparados para essa situação especial? Não seria o papel deles compor o ambiente de maior reflexão, compreensão e silêncio que a paciente desejava? Quanta angústia em presenciar essa cena. Com a conclusão do nascimento, perguntaram-lhe se gostaria de ver seu filho, e ela quis ver apenas seu rosto rapidamente, à distância. Quando levaram o bebê, Amanda chorou. Um choro silencioso e sofrido, que encerrava um capítulo doloroso da sua história. Não foi um parto bonito e alegre, como os que eu já havia acompanhado. Não teve um final muito feliz, como sempre esperamos. Mas foi um momento de amadurecimento na minha formação, que me marcou profundamente.

QUANDO O PEQUENO ANDRÉ VEIO AO MUNDO! – RELATO 2

Bruna Paiva de França

Eram férias de final de ano, entre o quarto e o quinto semestres. Eu e minha dupla de habilidades clínicas, Anne, fomos acompanhar um plantão de obstetrícia no hospital de referência, como já explicado por ela. Ao chegar lá, a médica de plantão nos informou sobre as pacientes que estavam na enfermaria e logo nos orientou para realizar as manobras de Leopold e conferir a dinâmica uterina nas gestantes lá presentes, além de auscultar os batimentos cardíacos fetais. Uma gestante em especial me chamou atenção. Era uma menina de apenas 17 anos, Ana, gestando seu primeiro filho, com dilatação de quase oito centímetros, à espera de começar seu

parto vaginal em uma das cabines individuais da enfermaria. Eu nunca havia presenciado um parto normal antes, apenas cesáreas, dessa forma, fiquei muito interessada para acompanhar o caso. Mal eu sabia que estaria esperando para acompanhar um parto extremamente humanizado e bonito.

A sala onde ela estava deitada era pequena, mas muito aconchegante, com um biombo na frente, o qual garantia a sua privacidade. Duas enfermeiras estavam acompanhando de perto cada contração que ela sentia. Eu fiquei encarregada de contar e anotar a dinâmica uterina durante as contrações, tentando sempre confortar a paciente diante da forte dor presente. Além da médica e das duas enfermeiras que iam e vinham na pequena sala, a mãe da paciente também estava lá, acompanhando de perto o nascimento de seu neto. Embora Ana e a mãe fossem tímidas, mostravam-se à vontade com a minha presença. Contavam que, mesmo sendo uma gestação não planejada, estavam ansiosas com a chegada do menino, de nome André. A gestante se mostrava muito nervosa com o parto, com medo das dores e com medo de não “dar conta”. Tentávamos sempre confortá-la.

Após alguns minutos de intensas contrações e dores, ela atingiu os 10 centímetros de dilatação. As enfermeiras se mostraram presentes em todo o processo do nascimento. Primeiramente, Ana começou o trabalho de parto deitada sobre a maca do quarto, realizando as devidas forças necessárias para a expulsão do bebê. Entretanto, a posição estava desfavorecendo todo o processo e incomodando ainda mais a futura mãe. Diante disso, as enfermeiras mostraram para ela todas as posições que poderiam ser feitas para facilitar o parto e perguntaram qual seria a mais confortável, amenizando o sofrimento dela. A paciente optou por uma posição no chão, em que sua mãe poderia abraçá-la por trás, segurando-a em seus braços e dando o devido apoio e aconchego durante o parto. As enfermeiras cobriram o chão com todo o equipamento esterilizado necessário para a chegada do feto. Ademais, elas colocaram música no local, perguntando a favorita da gestante, deixando o ambiente ainda mais feliz e com bastante suporte para ela. Após muita força e muito tempo em trabalho de parto, com todo o apoio possível da equipe de saúde e de sua família, o pequeno André veio ao mundo, da forma mais bonita possível, no seu devido tempo, de forma natural e extremamente humanizada, com a equipe de saúde respeitando as escolhas da gestante, visando a reduzir, ao máximo, o desconforto que

a situação poderia causar. Naquele instante, eu sentia felicidade em poder fazer parte de um momento tão importante na vida de duas pessoas, reafirmando o porquê da minha escolha pela medicina.

Com o recém-nascido presente no mundo, ele foi logo colocado no colo de sua mãe, a qual voltou para a maca, para iniciar o processo de amamentação. Ana se mostrava encantada com o seu novo bebê e aliviada por ter conseguido passar pelo parto. Mesmo com o André já no colo da mãe, ainda faltava uma segunda parte do parto: a retirada da placenta. Depois de muito cuidado e causando dores na paciente, ela foi finalmente retirada, terminando todo aquele processo para a Ana. A nova avó já quis logo sair do quarto para contar para seu marido que seu novo neto havia chegado. Enquanto isso, Ana ficou apreciando sua nova criação. E eu saí daquele plantão realizada por ter feito parte daquilo.

Conclusão conjunta

Diante desses dois relatos, pudemos presenciar, como dupla, em uma mesma tarde, duas faces do nascimento. Totalmente contrárias, com mulheres de histórias diferentes e com sentimentos opostos. Uma demonstrava angústia, vergonha e sofrimento, com hipóteses de violência sexual, enquanto a outra, mesmo que adolescente, chorava de alegria e satisfação, enchendo aquela pequena sala de amor. Um parto cesáreo, com perguntas desconfortáveis à gestante, e um parto normal humanizado, com as músicas favoritas da paciente, separados por uma parede. Nós, como estudantes de medicina, acompanhamos os dois extremos de emoções junto com as gestantes. Assim, ambos os casos, com suas características peculiares, marcaram-nos. Crescemos e amadurecemos naquele dia, saindo do hospital com novos conhecimentos e novas percepções para a vida, e, sobretudo, aprendemos a lidar um pouco mais com nossos sentimentos e vimos como isso é importante para nossa futura profissão.

Reflexão das autoras das narrativas

O parto é um processo marcante na vida de várias mulheres e, durante toda a história, passou por transições até alcançar o formato instituído atualmente. Teve um início histórico de caráter mais natural, passando pelo aumento exacerbado da intervenção médica, e agora busca-se o equilíbrio entre um ambiente acolhedor e humanizado para a paciente, mas ainda com o auxílio médico necessário (Brüggemann; Parpinelli; Osis, 2005; Possati et al., 2017; Vendrúsculo; Krueel, 2015).

Por ser decorrente de diferentes histórias que envolvem a concepção e levar a desfechos diversificados na vida da parturiente, toda a gestação e trabalho de parto relacionam-se com diferentes emoções. Esse processo, que naturalmente gera sentimentos de medo, preocupação e ansiedade, pode ser facilitado ou dificultado de acordo com o suporte recebido pela gestante, pela sua vontade de gerar uma criança e pelo seu anseio por essa maternidade (Lordello; Costa, 2014). Dessa forma, assim como evidenciam Vendrúsculo e Krueel (2015), cada história é única, e o manejo dos profissionais de saúde deve ser individualizado.

Nas narrativas descritas, duas vertentes opostas relacionadas ao nascimento de uma criança são expostas, demonstrando o quão abrangente é este único evento. Insere-se, nesse momento, a importância da preparação da equipe de saúde envolvida com o parto, que deve estar pronta para lidar com todos os tipos de nascimento.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde têm proposto mudanças que retomem a atenção humanizada ao parto, com maior acolhimento, compreensão e valorização da mãe nesse processo, permitindo maior criação de vínculo com os profissionais. Esse processo de humanização abrange incentivo à deambulação, ao posicionamento livre, à expressão de sentimentos e anseios e à participação ativa da mulher no processo de nascimento (Vendrúsculo; Krueel, 2015).

Esse fenômeno é verificado na segunda narrativa, na qual Ana teve suporte durante todo o trabalho de parto, com músicas, escolha de seu posicionamento e incentivo oral para que enfrentasse seus sentimentos de medo e angústia, recebendo grande apoio das profissionais de saúde. Vendrúsculo e Krueel (2015) destacam que o

acolhimento exige nova postura da equipe de saúde, que precisa demonstrar maior respeito, empatia e sensibilidade à paciente. Assim, apesar de exigir mais dedicação emocional dos envolvidos, a confiança na equipe e o suporte evitam situações de estresse e de angústia para a parturiente e os seus acompanhantes.

Entretanto, não foi o que ocorreu durante a primeira narrativa. É necessário entender que a relação afetiva entre o recém-nascido e a mãe é baseada em diversos aspectos, entre eles, o desejo de ter o bebê (Lordello; Costa, 2014). A ideia da mulher de doar seu filho ainda é pouco aceita socialmente, e esse preconceito muitas vezes resulta do chamado “mito do amor materno”, descrito por Elizabeth Badinter (apud Faraj et al., 2016). Ainda de acordo com os mesmos autores, essa teoria é baseada na concepção de que as mulheres nascem com o papel de criação, na tendência de tratar a maternidade de forma instintiva.

Diante disso, embora a temática seja complexa, busca-se desconstrução do amor materno ideal. Ademais, é importante a distinção entre dois termos, que ajudará a romper esse conceito enraizado ainda na sociedade: abandono e adoção. O primeiro consiste em deixar o bebê em qualquer lugar, sem se preocupar com sua vida. Já o segundo termo é atrelado ao bem-estar que a mãe busca para seu filho, embora tenha alguma impossibilidade de permanecer com ele (Faraj et al., 2016).

Tendo em vista essa compreensão, busca-se entender como o profissional de saúde deve se portar diante de uma situação dessa natureza e como os médicos descritos na primeira narrativa poderiam estar mais preparados. Conforme visto no exemplo de Amanda, é de extrema importância o treinamento e a capacitação da equipe obstétrica acerca do tema, conforme ressaltado por Faraj et al. (2016), visto que mais compreensão e humanização causam menos desconforto emocional para a gestante.

Por intermédio de estudos, pode-se identificar que há insegurança, um déficit na formação acadêmica e na discussão entre os profissionais das maternidades, sobre os casos de mães que decidem entregar o filho para adoção, não ocorrendo procedimentos articulados, resultando em falhas de comunicação entre a equipe, assim como em perguntas inadequadas na hora do parto, como na primeira narrativa. Ressalta-se também a importância de ofertar às mães que querem entregar o filho

políticas públicas que garantam apoio emocional e jurídico, algo ainda pouco concreto no Brasil (Faraj et al., 2016).

De acordo com Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005), todo o apoio e suporte para a gestante nesse momento desafiador para todas as mulheres relacionam-se com o bom progresso do parto, interferindo nas taxas de cesariana, no uso de ocitocina, na duração do trabalho de parto, na intensidade de analgesia e na satisfação da mãe com essa experiência. Dessa forma, faz-se cada vez mais necessária a atenção ao parto humanizado e acolhedor, com profissionais de saúde preparados para abordar todas as situações da melhor maneira para a parturiente, tornando essa vivência menos traumática e o mais gratificante para a nova mãe.

REFERÊNCIAS

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set./out. 2005.

FARAJ, Suane Pastoriza et al. “Quero entregar meu bebê para adoção”: o manejo de profissionais da saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. 1, p. 151-159.

LORDELLO, Sílvia Renata; COSTA, Liana Fortunato. Gestação decorrente de violência sexual: um estudo de caso à luz do modelo bioecológico. *Contextos Clínicos*, v. 7, n. 1, p. 94-104, jan./jun. 2014.

MENEZES, Karla Luna de; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Mães doadoras: motivos e sentimentos subjacentes à doação. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 11, n. 3, p. 935-965, 2011.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017.

VENDRÚSCULO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

LEMBRANDO DE DAR O MEU MELHOR NAQUELE MOMENTO

Larissa Campos Spinola

Um dos momentos mais marcantes da minha vida como futura profissional da saúde, como mulher, como filha e como jovem foi o dia em que participei de uma atividade com gestantes em uma UBS de uma cidade satélite do Distrito Federal. A atividade era simples, porém de extrema importância. Seu objetivo principal era reunir mulheres grávidas da região para uma conversa sobre gravidez, sobre o calendário de vacinas da gestante, técnicas de amamentação e cuidados que a mulher deve ter com sua própria saúde durante esse período.

Entre as gestantes, vi uma menina que devia ter entre 14 e 16 anos, acompanhada de sua mãe. A menina estava cabisbaixa, parecia extremamente tímida, de semblante triste. Notei grande tensão entre ela e a mãe, que se tremia e que começou a chorar assim que começamos a falar sobre amamentação. Naquele momento algo como um filme passou pela minha mente e percebi a delicadeza da situação. Provavelmente, aquela menina estava enfrentando uma gravidez indesejada; provavelmente, estava assustada e com medo do futuro. Devia estar com vergonha da própria mãe ou sentindo uma culpa imensa por decepcioná-la. E quem seria o pai? Será que ele era um adolescente como ela? Será que a gravidez era fruto de uma relação sexual consensual? Será que ela conhecia e tinha acesso a métodos contraceptivos? Será que o pai teria se comprometido a assumir o filho e apoiá-la? Além disso, imaginei-me em seu lugar, imaginei como eu estaria desconfortável e me sentindo só ao olhar ao meu redor, naquele grupo de mulheres grávidas, e não ver ninguém como eu, somente mulheres casadas, acima de 25 anos, aparentemente, felizes com a perspectiva de um novo filho.

Ver aquela menina tão jovem, muito quieta e cabisbaixa ao lado de sua mãe agitada e em prantos me fez pensar sobre a experiência de ter o mundo virado de cabeça para baixo e de assistir o que, no momento, pode parecer ser um grande desastre se desenrolar em frente aos seus olhos. Toda essa situação me lembrou de um trecho de uma das obras da escritora Sylvia Plath, sobre sua depressão, chamada *A redoma de vidro*, que diz: “imagino que eu deveria estar entusiasmada como a maioria das outras garotas, mas eu não conseguia me comover com nada. Me sentia muito calma e muito vazia, do jeito que o olho de um tornado deve se sentir,

movendo-se pacatamente em meio ao turbilhão que o rodeia”. Imaginei que talvez aquela menina se sentiria assim, como um olho de um grande tornado.

Afirmo que essa experiência perpassa diversos aspectos da minha vida, pois, além de despertar em mim o desejo de ser solícita e empática como profissional de saúde e dar o meu melhor para acolher, educar e ajudar aquele indivíduo, também me levou a refletir, por exemplo, sobre a minha relação com a minha mãe, sobre como meu processo de crescimento rompeu com certas expectativas maternas projetadas em mim, até mesmo em relação ao início de uma vida sexual.

Também me fez pensar sobre a experiência de ser mulher, de ser um indivíduo capaz de gerar vida e sobre o direito de escolher ou não gerar tal vida em seu ventre. Penso o quanto desesperador é para diversas mulheres no mundo todo ter esse direito negado, sendo forçadas a se conformar a uma moral que idealiza a maternidade e julga aquelas que desejam ser donas do próprio corpo e tudo que vem atrelado a isso. Percebo que a experiência da existência feminina é marcada por diversos momentos em que nossa liberdade é tolhida, nossa segurança ameaçada e nossa saúde mental prejudicada. Entre esses momentos de violência, a possibilidade de uma gravidez indesejada com seu seguimento forçado.

Além disso, fez-me refletir sobre minha adolescência, sobre esse período esquisito de mudança corporal e mental, sobre a busca por independência e liberdade, num mundo que parece ser muitas vezes grande demais e amedrontador. Penso sobre como é difícil aceitar o próprio corpo, conhecer-se, começar a pensar em quem você quer ser no futuro, descobrir desejos e aprender a navegar no mundo dos relacionamentos, tanto amorosos quanto familiares e de amizades. A gravidez na adolescência, muitas vezes, representa uma ameaça a esse período já muito confuso de autodescobrimento, levando a um estado de preocupação e de responsabilidade muito precoce, podendo trazer mais uma camada de sofrimento psíquico, além de grande impacto na formação acadêmica da menina adolescente.

Creio que esse dia ficará marcado para sempre na minha memória, de maneira que, ao olhar para uma paciente jovem, grávida e com medo, o rosto dessa menina surgirá novamente na minha mente, lembrando-me de dar o meu melhor para

que eu possa ser uma pessoa que irá aliviar seu fardo e ser sua confidente em um momento tão delicado.

MAIS UM DIA OU O DIA MAIS IMPORTANTE?

Letícia Sampaio Castro

Era um dia rotineiro de março de 2016, minha família estava viajando, e eu havia ficado em Brasília por motivos de estudo. A monotonia e a rotina do dia foram completamente quebradas no momento em que recebi uma ligação com a notícia de que meu pai havia sofrido um infarto. Foi uma surpresa para todos, tendo em vista que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) seria algo inesperado para ele, considerando sua idade, peso, condições de saúde e hábitos de vida, os quais não representavam grande risco para a ocorrência de um evento como esse.

Quando recebi a notícia, meu pai, aqui representado por João, que se encontrava em Rio Quente/Goiás, já estava em direção a um hospital particular de Brasília. Apesar de incansáveis perguntas sobre como ele estava e o que havia acontecido ao certo, os detalhes da história só foram contados depois que o turbilhão de acontecimentos e emoções cessou.

Quando finalmente pude entender toda a história, meu pai contou como sentiu uma dor no peito e ignorou, até que ela se repetisse, fazendo-o desconfiar que poderia ser algo mais sério, o que o fez se dirigir a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um dos únicos locais da cidade onde poderia receber atendimento médico. Foi atendido por um médico jovem, que julgava ser recém-formado e, por isso, sentiu certa desconfiança devido à possível inexperiência profissional. Entretanto, após os exames solicitados, foi surpreendido com a notícia de que se tratava de IAM.

Logo em seguida, ainda um pouco desconfiado, encaminhou alguns exames, por mensagem, a um amigo cirurgião cardíaco, representado por Pedro, mas, como já era madrugada, e o amigo não tinha acesso direto aos exames, a atenção não foi tão grande, e ele acreditou se tratar de algo não muito grave, afirmando que, quando voltasse a Brasília, meu pai deveria realizar alguns exames. O médico plantonista

insistiu em sua hipótese diagnóstica e pediu para ter uma conversa com Pedro, a fim de discutir o caso com mais detalhes. Chegaram à conclusão de que o caso se tratava de IAM, e meu pai deveria urgentemente ir a um hospital, para receber o suporte adequado e realizar uma cirurgia o mais rápido possível. Meu pai contou o medo que sentiu e a inspiração que eu, como futura médica, deveria ter no profissional que o atendeu, o qual foi humilde e atencioso, porém confiante o suficiente para vencer os preconceitos relacionados ao início da carreira com extrema competência.

Após internação em um hospital próximo à cidade para estabilização e monitoramento do quadro, João seguiu de ambulância em direção a um hospital particular em Brasília, no qual Pedro realizaria a cirurgia, que deveria ser feita com certa urgência devido à gravidade do quadro. Ao chegar no hospital em questão, a burocracia extensa e demorada levou a instituição a comunicar, inicialmente, que não havia centro cirúrgico disponível. Após uma longa espera, em local completamente inadequado para receber o suporte necessário, o hospital informou que não iria permitir admissão até que houvesse pagamento de metade do valor da cirurgia, tendo em vista que João não tinha plano de saúde associado ao hospital em questão, o qual foi priorizado como primeira opção devido ao atendimento que seria prestado pelo amigo de confiança.

Meu pai afirma que se sentiu objetificado ao ser deixado em sofrimento, aguardando que o hospital tomasse uma decisão, mesmo com os diversos avisos do amigo, à equipe hospitalar, com instruções de acolhimento inicial até que ele chegasse para realizar a cirurgia. Além disso, percebeu que, em um mundo em que o paciente muitas vezes se torna mais um elemento de relações comerciais, amigos influentes não resolvem. Dinheiro também não importa, caso não seja transferido à conta do hospital. Apesar de entender a posição da instituição, relata ter se sentido impotente e julga, de certa forma, desumano ter se encontrado em uma emergência médica e ter sido deixado de lado, sem o mínimo de atenção e cuidado, especialmente daqueles que deveriam salvá-lo.

Após o incansável processo burocrático, João, finalmente, foi admitido no hospital e recebeu um tratamento extremamente atencioso, especialmente após os profissionais tomarem conhecimento de sua amizade com Pedro. Já no centro

cirúrgico, um amigo cirurgião bariátrico, apesar de não ser da área médica em questão, acompanhou o procedimento e, um pouco antes de começar, pediu que a equipe tirasse um momento para fazer uma oração por meu pai, pois sabia de sua fé. Meu pai relata o quão marcante e emocionante foi para ele ver a equipe abaixando a cabeça em respeito à demonstração de fé, mesmo que não compartilhassem da mesma crença.

Quando foi autorizado a receber visitas, percebi nele a extrema sensibilidade e vulnerabilidade nas quais ele se encontrava, afirmando que, em questão de poucos dias, o curso de sua vida mudou, pairando constantemente a dúvida se ela sequer teria possibilidade de continuar. Isso o fez valorizar ainda mais sua fé e as pessoas que o apoiaram nesse momento, especialmente minha mãe, que não deixou o seu lado em momento algum.

Hoje, quatro anos depois, fazendo o curso de medicina, posso unir a minha visão de acadêmica, a minha visão de acompanhante e os relatos de um paciente e refletir a respeito dos mais diversos aspectos da medicina que essa situação pôde evidenciar: para o hospital, mais um paciente que traz consigo dinheiro; para alguns médicos que atenderam ao meu pai, mais um caso clínico; para os amigos médicos, a confiança e o medo que o conhecimento científico pode proporcionar, especialmente se tratando de uma pessoa querida; para a família que não o pôde acompanhar, incluindo eu, o medo e a apreensão que vêm com as dúvidas; para a minha mãe, a mistura de medo, apoio e carinho, no acompanhamento de perto; para o meu pai, o momento de maior reflexão da vida dele. Tempos depois, ainda relembra como esse dia, que, para alguns, foi apenas mais um dia de trabalho, para ele, significou o dia mais importante em diversos aspectos, mudando sua vida de forma drástica.

Dessa forma, nesse contexto, cabe ressaltar a discussão acerca das mudanças que vêm ocorrendo no cenário da medicina, destacando-se os paradigmas envolvendo conflitos de interesses entre ciência, benignidade-humanitária e lucro, observando-se que medicina se torna, ocasionalmente, um empreendimento empresarial, muitas vezes supervalorizado em detrimento do paciente (Martin, 2002).

Tendo em vista esses conflitos e a importância do olhar integral ao paciente, estudos mostram a importância de profissionais de saúde levarem em consideração, entre outros aspectos, a religiosidade e a espiritualidade de pacientes que se encontram em situações de risco e estado crítico em ambiente hospitalar (Longuiniere; Yarid; Silva, 2018). Além disso, apesar de relatarem dificuldade de abordagem do assunto em uma consulta, por exemplo, é de extrema importância que médicos, como cardiologistas, os quais lidam com patologias muitas vezes crônicas, tenham conhecimento sobre as crenças do paciente, as quais podem influenciar em seu tratamento, minimizando sofrimentos e levando conforto à situação, conforme evidenciado por Giancarlo Luchetti, Alessandra Luchetti e Álvaro Avezum Júnior (2011).

Ademais, outro aspecto importante a ser considerado inclui a recuperação multidisciplinar de pacientes que sofreram IAM. Estudos ressaltam que a ocorrência dessa patologia pode levar a sérias consequências físicas e psicológicas, tanto imediatas quanto a longo prazo, no paciente e em sua família. Assim, o foco na recuperação multidisciplinar pós-infarto apresenta-se como um fator importante para se obter respostas favoráveis na reabilitação de pacientes que sofreram eventos cardiovasculares traumáticos (McIntyre; Fernandes; Araújo-Soares, 2000).

Portanto, essa intervenção, tendo como base a multidisciplinaridade, mostra-se de extrema relevância a esses pacientes, considerando a influência de fatores psicológicos, como o estresse e o comportamento do tipo A – associado a hostilidade, perfeccionismo, preocupação, tensão – no desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Jenkins, 1988). McIntyre; Fernandes; Araújo-Soares (2000) destacam que, após o infarto, existe a possibilidade de o evento cardíaco ter impacto psicológico negativo, podendo aumentar ainda mais sua vulnerabilidade a sofrer um novo episódio.

REFERÊNCIAS

JENKINS, C. David. Epidemiology of cardiovascular diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 56, n. 3, p. 324-332, jun. 1988.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de

saúde no cuidado ao paciente crítico. *Revista Cuidarte*, v. 9, n. 1, p. 1961-1972, abr. 2018.

LUCHETTI, Giancarlo; LUCHETTI, Alessandra Lamas Granero; AVEZUM JÚNIOR, Álvaro. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 24, n. 1, p. 55-57, 2011.

MARTIN, Leonard M. *Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica: ciência, lucro e compaixão em conflito*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2002.

McINTYRE, Teresa; FERNANDES, Ana Cláudia; ARAÚJO-SOARES, Vera. Intervenção psicológica na reabilitação pós-enfarte do miocárdio: um esforço interdisciplinar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 1, n. 1, p. 53-60, nov. 2000.

TOCAR A VIDA DAS PESSOAS DE ALGUMA FORMA

Luiza Lobão Raulino Silva

Era uma quinta-feira comum, dia de visita domiciliar do eixo educacional IESC IV. Como sempre, eu e minha dupla (ao contrário da maioria) estávamos muito animadas em encontrar as famílias que acompanhávamos em Planaltina. Já era nosso segundo semestre visitando-os regularmente, e me sinto feliz e orgulhosa em dizer que acredito que um forte vínculo já havia sido criado. Prova disso era a forma com que éramos recebidas em todas as casas visitadas, mas, em especial, na de Maria, a qual fazia questão de preparar uma receita diferente a cada vez que nos víamos. Era indescritível a sensação que tinha ao perceber que aquelas famílias genuinamente confiavam e, mais do que isso, tinham carinho por mim. Esse era meu maior objetivo com a medicina – tocar a vida das pessoas, de alguma forma.

Apesar de a maioria das visitas ser relativamente tranquila e sem muitos problemas, nessa quinta-feira, em especial, deparamo-nos com uma situação delicada. Carla fazia parte da segunda família por nós acompanhada e estava grávida quando a conhecemos. Nessa visita, seu filho, Thiago, já estava com 4 meses e nos preocupava por sua extrema dificuldade em ganhar peso, crescer e alcançar seus marcos de desenvolvimento. A mãe havia sido instruída um mês atrás a utilizar fórmula como complemento para a amamentação, recomendação essa que não surtiu efeito no quadro do bebê. Agora, mais uma queixa nos chamava atenção. Mãe e filho

encontravam-se com diversas manchas no corpo inteiro, as quais coçavam e geravam muito desconforto, especialmente em Thiago, que chorava muito. Carla estava desesperada, e todas as possibilidades diagnósticas por nós sugeridas foram eventualmente descartadas.

Algo importante a ser esclarecido é que naquele momento, a UBS daquela região estava sem médicos há quase um mês. Assim, nesse instante, deparei-me com uma sensação comum na medicina: a de impotência. Impotência por saber que vontade de ajudar não era o suficiente. Nesse dia, fomos embora com o coração partido. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) havia prometido tentar marcar uma consulta para Carla e Thiago o mais rápido possível, mas todos voltamos para casa com a noção de que, naquele dia, não havíamos sido o suficiente.

Dias se passaram, e era difícil não pensar no que havia acontecido. O bebê pesava pouco mais de 3 kg, encontrava-se no Z score -3, estava com a pele toda irritada, chorava sem parar. Resolvi mandar uma mensagem para Priscila, a ACS, e reforçar a seriedade da situação. Depois de um tempo, recebi resposta dela: após muito esforço, a consulta havia sido marcada. Uma semana depois, Priscila me envia um áudio, explicando o que havia acontecido. Em resumo, Carla e Thiago tinham comparecido à consulta e recebido o diagnóstico: sarna. Saber disso me trouxe emoções conflitantes: alegria, por saber que o problema agora poderia ser resolvido, e indignação, por perceber que mãe e filho haviam passado meses em agonia, e que isso só havia acontecido por uma falha no nosso sistema de saúde. Sistema esse que eu agora faço parte.

Mais ou menos um mês depois, mais uma notícia: os problemas no desenvolvimento de Thiago agora tinham uma explicação. O bebê tinha hidrocefalia. E a consulta que levou a esse diagnóstico só havia sido marcada por insistência nossa em investigar, com urgência, a causa das dificuldades do bebê. Essa última informação me ajudou a entender melhor tudo que havia acontecido. Fez-me perceber que, sim, o sentimento de impotência é inerente à prática médica. Mas também me mostrou que, por outro lado, pequenas atitudes fazem, sim, a diferença. Que o conhecimento científico é essencial, mas que grande parte da medicina se resume a pequenas atitudes. Pequenas atitudes essas que advêm da empatia, do amor

ao próximo, da vontade de fazer o bem. E, no final das contas, é por isso que eu quero ser médica. Para ajudar mesmo quando a ajuda parece inalcançável. Para trazer um pouco de igualdade para esse mundo tão desigual. Para mudar a vida do outro com meu conhecimento e também com o meu amor. Amor pela vida, amor pela justiça. Amor pela medicina.

MEMÓRIAS

Luísa de Melo Brandão

Era um dia comum em Brasília, em um hospital público de uma cidade satélite do Distrito Federal. Entretanto, no nosso quarto dia de experiência colhendo histórias no hospital, estávamos um pouco apreensivas com o surgimento de casos da Covid-19 na cidade. Após divisão feita pelo professor, fomos encaminhadas para examinar um paciente no leito 609-B. Após o encaminhamento, subimos para o sexto andar, ansiosas, uma vez que os pacientes com o novo vírus estavam localizados no sétimo andar e os elevadores e as escadas ainda permitiam o acesso e a movimentação de pessoas provenientes daquele andar por todo o hospital.

Ao chegarmos ao leito, conhecemos o nosso paciente, o senhor Rodrigo, de 65 anos. Como sabemos da importância da relação médico-paciente, buscamos aproximarmos do senhor à nossa frente sem demonstrar nossa ansiedade. O senhor Rodrigo foi extremamente receptivo, mostrando-se aberto e atento a todos os nossos questionamentos. Pouco tempo depois de iniciado o atendimento, minha colega precisou ausentar-se do quarto devido a um chamado do professor, com o qual deveria se encontrar às 16 horas.

Permaneci, então, sozinha no quarto com o paciente e a esposa dele e, a partir desse momento, percebi que era necessário que eu não demonstrasse a minha tensão, portanto, comecei a conversar com ele sobre a sua história de vida. Então, durante esse momento de colheita da anamnese, senti-me realmente conectada com o paciente e a esposa dele. Eles me informaram que eram provenientes do interior de Goiás, de uma pequena cidade a qual não pude localizar no mapa, e que trabalhavam desde jovens na fazenda deles. O senhor Rodrigo havia frequentado a escola apenas

até o segundo ano do ensino fundamental, tendo abandonado os estudos para trabalhar na fazenda. A sua esposa também não havia frequentado a escola por muito tempo, informando ter abandonado os estudos também ainda no ensino fundamental. Dessa forma, podiam ser considerados semianalfabetos. Além disso, informaram-me que haviam casado precocemente, antes dos 20 anos, e que tinham três filhos, os quais também trabalhavam e viviam na pequena cidade.

Para minha surpresa, ao início do exame físico, os senhores demonstraram interesse por todos os procedimentos, fazendo desde perguntas básicas como o modo correto de utilizar álcool em gel até qual era o nome e a localização de alguns órgãos. Ademais, perguntaram sobre como era o funcionamento do curso de medicina, quantos anos de duração ele tinha e como estava sendo a minha experiência. Senti-me, então, extremamente acolhida naquele ambiente e continuei a conversa oferecendo explicações sobre o pouco em que podia ajudar em relação às suas dúvidas. Percebendo o meu interesse na conversa com o Rodrigo e a esposa dele, dois outros idosos que estavam nos leitos adjacentes do quarto resolveram se inserir na conversa e dar depoimentos pessoais sobre suas histórias.

A partir disso, deu-se continuidade ao meu melhor dia como estudante de medicina até o presente momento. Os pacientes me contaram tudo o que sabiam sobre suas condições até o momento e, também, os seus medos por estarem em um quarto em um andar tão próximo àqueles infectados pelo vírus causador da pandemia atual. Por um momento, então, senti que pude confortá-los e, principalmente, senti que, mesmo dentro de um ambiente hospitalar, em que todos tinham enfermidades tão graves – todos naquele quarto tinham tumores pulmonares –, o ambiente poderia apresentar-se como feliz e divertido. A hora seguinte, aproximadamente, em que passei realizando o exame físico do senhor Rodrigo, foi entremeada por conversas sobre doces, animais, fazendas, banhos de rio e tantas outras coisas que trouxeram, não só a mim, mas acredito que também aos pacientes, a esperança de dias melhores.

Finalmente, depois de tantas aulas e debates sobre o assunto, senti a presença do vínculo médico-paciente. Algum tempo depois, a minha colega retornou ao quarto para que recolhêssemos nossos materiais e nos dirigíssemos à reunião final

com os professores. Quando nos ausentamos, um terceiro colega foi, então, ao mesmo quarto, para colher a história de um dos outros dois pacientes presentes, o qual informou a ele que a minha visita tinha tornado o dia dele mais alegre.

Alguns dias depois, refletindo com a minha colega sobre como resumir a história do senhor Rodrigo, para apresentá-la ao professor, pude ter certeza de que aquele dia foi essencial não apenas para o meu crescimento profissional, mas também para o meu crescimento pessoal e espiritual. Naquele dia, como em poucos outros, consegui compreender o verdadeiro significado da palavra esperança. Naquela visita ao senhor Rodrigo, aprendi que, independentemente de nossa condição, somos todos feitos de memórias, como a de um banho de rio, em um dia quente.

A PRÁTICA MÉDICA NÃO É APENAS AQUILO QUE SE APRENDE NOS LIVROS

Maria Clara Peixoto Lima

Tudo começou com um caroço que minha mãe nunca tinha percebido e que, de repente, começou a incomodar. Eu ainda estava no cursinho e passava a maior parte do tempo fora de casa, mas sempre que a via ela estava com a mão no seio. Insistia para que ela fosse a um médico o mais rápido possível, mas ela achava que não era nada, que aquilo iria, magicamente, desaparecer. Contudo, depois de um mês, quando ela, finalmente, procurou uma ginecologista, descobriu o que realmente era.

O laudo da ressonância magnética ficou pronto uma semana antes do ENEM, mas ela não me contou o resultado para me preservar. Assim que saí da prova, no segundo dia, ela me contou, no carro, que estava com câncer de mama, acho que nunca me senti tão mal, em toda minha vida: queria vomitar, chorar e gritar. O fato de poder perder minha mãe tão cedo não estava nos meus planos, e, quanto mais eu pensava, mais eu negava essa possibilidade, passei dois dias chorando no meu quarto. Comecei a acompanhá-la nas consultas, e ficamos sabendo que ela se

submeteria à cirurgia, à quimioterapia e à radioterapia. A primeira cirurgia foi agendada para o dia posterior ao da minha última prova de vestibular.

O pós-cirúrgico foi péssimo, ela não conseguia fazer nada sozinha. Entretanto, essa foi a parte mais fácil, o pior ainda estaria por vir. Os pontos da cirurgia inflamaram, não paravam de sair pus e, a cada dia que passava, ficavam piores. Nós duas sofríamos de forma silenciosa, uma pensando na dor da outra.

Nas semanas seguintes, fomos diariamente ao mastologista que realizou cirurgia para retirar o tecido inflamado que crescia. Durante esse período, percebi a dedicação do médico que a assistia, ele era sempre muito paciente e compreensivo, nas vezes em que minha mãe gritava e chorava de dor, ele sempre tentava animá-la, dizendo que tudo iria melhorar. Com essa experiência, compreendi que a prática médica não é apenas aquilo que se aprende nos livros, mas, sim, perceber quais são as dificuldades individuais de cada paciente e qual a melhor forma de confortá-lo.

Apesar de todo o esforço, era inevitável refazer a cirurgia, tudo iria recomeçar, e ela já estava exausta, para piorar, ainda faltavam a quimioterapia e a radioterapia. Para mim, nada importava, o meu único objetivo era cuidar da minha mãe, por consequência, comecei a adoecer, entrar em depressão. Foi preciso dobrar minhas sessões de terapia, pois não aguentava mais cuidar dela sozinha.

Paralelamente a todo esse sofrimento, minha mãe se culpava por todo meu fracasso nas provas de vestibular. Então, no dia em que eu, finalmente, passei para a faculdade de medicina, a felicidade dela foi maior que a minha, acho que ela, enfim, viveria sem essa culpa.

De forma simultânea ao início da minha faculdade, minha mãe iniciou a quimioterapia. Com isso, eu não poderia cuidar dela todos os dias. Ela teve que procurar apoio em outras pessoas, mesmo assim, eu me sentia péssima, já que não poderia ajudá-la da mesma maneira. Porém, aprendi que eu não precisava assumir toda a responsabilidade do tratamento dela, havia outras pessoas que poderiam fazer isso também.

Além da dificuldade de pedir ajuda para outras pessoas, também tive de aceitar que ninguém iria cuidar dela com o mesmo carinho que eu tive, mas que

seriam outras formas de expressar o amor por ela. Com a quimioterapia, cada dia era de um jeito, havia dias bons em que ela estava animada e disposta, fazendo caminhadas ao redor da casa, e havia dias péssimos em que ela não conseguia sair da cama e descrevia o seu sentimento como se alguém tivesse tirado toda a sua alegria.

Depois que acabou a quimioterapia, foi a vez da radioterapia, e eu, inocentemente, achava que seria mais fácil, pois o pior, em tese, já havia passado, ninguém fala o quanto a radioterapia também é difícil. As primeiras sessões foram tranquilas, mas, no decorrer do tratamento, começaram a aparecer as queimaduras e, junto com elas, as dores intermináveis, a sensibilidade e o choro. Sua força diária vinha de outras pessoas que ela via na sala de espera da radioterapia, tinham muitas crianças e idosos. Eles sempre conversavam com ela e contavam as suas histórias de luta e superação do tratamento. Esses anjos disfarçados, mesmo que inconscientemente, deram mais força para a minha mãe suportar a sua batalha pessoal.

Toda essa experiência me mostrou a necessidade de amparar, escutar e cuidar de pacientes e me mostrou, principalmente, a necessidade de que o tratamento seja contínuo. É preciso respeitar o tempo de cada um para se recuperar. Além disso, o suporte psicológico é tão importante quanto o tratamento médico. Nunca esquecerei da importância de dividir a responsabilidade sobre o paciente bem como da necessidade de cuidar do cuidador que sofre juntamente com o doente.

A ÚLTIMA NOTÍCIA QUE ELE GOSTARIA DE DAR

Letícia Maia Zica

Dia 16 de janeiro de 2020 – um dia que irei lembrar a minha vida inteira. Nesse dia, recebi uma das piores notícias. Sabe aqueles dias que está tudo indo bem e, do nada, parece que o mundo vira de ponta-cabeça? Rafa, um grande amigo de infância, manda-me uma mensagem inusitada diretamente do hospital. Eu imagino que foi a última coisa que eu esperava ouvir e, com certeza, a última notícia que ele gostaria de dar. Li a mensagem e fiquei um bom tempo paralisada, lendo e relendo, e com um turbilhão de pensamentos. Pedi que me contasse detalhes e de como

chegaram ao diagnóstico, afinal, por estar cursando medicina e por me preocupar, queria mais. Meu amigo estava com câncer.

Rafael, 19 anos, queixa de tosse e febre há três dias, voltou de uma viagem aos Estados Unidos há aproximadamente uma semana. Foi atendido, e o médico pediu um raio-X, para excluir a possibilidade de pneumonia. Assim que saiu o resultado, o choque foi geral para todos os médicos: um tumor de 22 cm, no mediastino, comprimindo o pulmão esquerdo quase completamente. Após a biópsia, diagnóstico fechado como Linfoma não Hodgkin.

Como esse tumor cresceu sem que ninguém percebesse? Como um garoto tão jovem estava com um câncer tão severo? Como estava assintomático, diante de um tumor tão grande? A resposta está na irresponsabilidade médica, na medicina comercial, que esquece que é uma vida humana na sua frente e não um jeito de ganhar dinheiro sobre o convênio.

Um mês antes da sua viagem para os Estados Unidos, ele havia ido ao hospital, com fortes dores na região lombar, resolvendo procurar auxílio médico, com medo de ser pedras nos rins. Ao ser atendido e ter sido submetido ao exame clínico quase ausente, foi encaminhado para diversos exames. O primeiro exame foi uma Ressonância Magnética de abdome total – no primeiro corte, já é visível o tumor de 12 centímetros – tamanho mostrado no exame – comprimindo a base do pulmão, além de diversos linfonodos retroperitoneais aumentados. No laudo? Nenhuma massa visível, nenhuma alteração encontrada. O segundo exame, uma Tomografia Computadorizada, apresentou o mesmo resultado. Deram alta, ele saiu do hospital apenas com a receita de um anti-inflamatório. Não devia ser nada.

Um mês de diferença: 10 centímetros separando um mês do outro; 10 centímetros que poderiam doer menos na quimioterapia; 10 centímetros a menos de tratamento, custos e sofrimento. Pedi para ver os exames descartados como normais, o tumor é facilmente identificável até por mim, apenas uma estudante de medicina, em pleno quinto semestre. Pedi permissão para realizar um exame físico nele. Estava completamente alterado: murmúrio vesicular praticamente ausente no hemitórax esquerdo e bulhas cardíacas hipofonéticas. Algo estava claramente errado, e o erro ocorreu desde o início. Um exame físico bem feito, na primeira ida ao hospital, teria

identificado algo anormal e demonstrado cuidado em analisar a vida que está na sua frente, não bastaria apenas pedir um exame caro para o plano de saúde custear.

Conheci o lado mais forte do meu amigo, encarar um câncer da forma que eu o vejo fazer é para poucos. O Rafa vivenciou, anos antes do próprio câncer, o câncer de seu pai. Nunca vi ele se abater ou desistir dos seus sonhos por nenhuma das situações, sempre sorrindo e lutando firmemente. Eu estava preparada, junto aos meus amigos, para prestar todo o apoio que ele precisasse, mas a maior fonte de força veio a ser dele mesmo.

Esse foi um dos momentos mais comoventes que vivi, tanto como amiga de anos, que sofreu muito ao saber da notícia, quanto por ter sido, de certa forma, a referência dele para falar sobre o assunto, tirar dúvidas e olhar os exames. Viver os dois lados da situação é algo muito único e me trouxe muitas reflexões, e uma delas foi como a medicina desviou de sua essência.

A medicina como arte tem se perdido ao longo do caminho. A glamorização da profissão, por seu salário, é uma ideia equivocada, e pouco é falado sobre isso. A comercialização da medicina tem feito o sentido da profissão ser perdido. Não deveria ser sobre ganhar dinheiro. É sobre cuidar do próximo, é sobre entender que é o amor de alguém que está na sua frente, é sobre empatia e aliviar a dor do outro.

O TERROR DO CICLO CLÍNICO

Nathalia Moura Ramos

Começo do quinto semestre do curso de medicina, mas a sensação não era a mesma do início de um semestre comum. Havia algo diferente: começamos o ciclo clínico, fase do curso em que temos os primeiros contatos com o paciente, de fato, o que significa que, finalmente, colocaríamos em prática tudo aquilo que passamos dois anos estudando, em livros de semiologia, e praticando nos colegas de classe. Foram quatro semestres nos perguntando, constantemente, quando iríamos realizar, em um paciente, a anamnese, o exame físico e aquelas tantas manobras e quando iríamos observar aquelas muitas alterações e doenças sobre as quais tanto líamos. Nesse momento, o entusiasmo e a euforia tomavam conta de nós.

O dia havia chegado. Era uma terça-feira, à tarde, e iríamos ao hospital de referência, para o nosso primeiro rodízio, na clínica médica. Quanta pressão! Nessa hora, a animação havia sido dominada pelo medo, pela apreensão, pela incerteza e por vários questionamentos. Como será nosso primeiro paciente? Conseguirei realizar a anamnese e o exame físico? Irei me lembrar de tudo? E se eu esquecer algo? E se eu não souber fazer? Conseguirei contribuir de alguma forma com aquele paciente? Olhando para o lado, podíamos perceber todos os colegas com as mesmas dúvidas e angústias, um tentando acalmar o outro, mas todos nervosos, revisando os vários resumos de semiologia feitos ao longo do curso. Preparados? Chegou a hora.

O professor distribuiu os pacientes para cada dupla, e agora, sim, a responsabilidade estava conosco. Chegando ao leito, eu e minha colega nos deparamos com uma paciente jovem, em torno dos seus vinte e poucos anos. Começamos a entrevista, e a situação foi fluindo. “Tudo bem, eu repito quantas vezes for preciso”, “podem perguntar o que quiserem”, dizia a paciente. Ela estava calma e confiando em nós, e aquilo nos tranquilizou. E, assim, o exame ocorreu de forma tranquila, a insegurança não tomava mais conta de nós, e conseguimos realizar as tarefas da melhor maneira possível, dentro do nosso conhecimento. Ao final, todos os alunos se reuniram com os professores, para discutirem os casos clínicos e relatarem como havia sido a experiência de cada um. A partir dos relatos, percebíamos que alguns colegas não tiveram a mesma sorte que nós, atenderam a pacientes mais ríspidos e a outros não tão compreensivos, contudo, mesmo com as várias adversidades, todos concordavam que aquela experiência havia sido melhor do que imaginávamos. Nosso papel ali era realizar a anamnese e o exame físico, criar um raciocínio clínico diante dos achados, tentar entender o que estava acontecendo com o paciente e fornecer um diagnóstico, mas, sinceramente, estávamos todos felizes apenas por termos completado aquele desafio.

Hoje, algumas semanas após esse episódio, agora terminando o rodízio de clínica médica, ainda longe de saber a técnica perfeita ou de saber diagnosticar e tratar todos os pacientes, entendi que o aprendizado se dá em um processo lento de construção e que todos esses sentimentos vividos são inerentes a novas experiências. Entendi que ainda teremos muitas situações na prática médica em que não nos sentiremos completamente seguros, porém, nosso papel é estudarmos ao máximo

para que, nesses momentos, tenhamos a convicção de que temos a base para agir. Entendi, principalmente, que é de extrema importância compreender esse processo e respeitá-lo. Tudo no seu tempo.

Esses sentimentos não são exclusivos de um grupo restrito de estudantes de medicina. Estudos na área mostram que a chegada do aluno ao ciclo clínico, momento em que ele terá os primeiros contatos com o paciente, gera sentimentos de ansiedade e de medo (Dichi; Dichi, 2006). O receio de incomodar, o sentimento de não estar contribuindo com o paciente, a dificuldade de não conseguir distinguir o normal do patológico são alguns dos medos vivenciados, gerando sentimentos negativos que dificultam o enfrentamento nos primeiros contatos com o paciente (Costa et al., 2018). Com a prática, a maioria dos estudantes relata mudança no modo de encarar esse desafio, respondendo de forma positiva à experiência, porém uma porcentagem significativa ainda reporta sentimentos negativos (Azevedo et al., 2008; Sousa-Muñoz et al., 2011). Assim, torna-se importante atentar-se ao quanto essa experiência pode interferir no aprendizado e na saúde mental do aluno, devendo ser enfrentada de forma adequada o mais precocemente possível, para que não influencie de maneira prejudicial na formação e na prática médica (Costa et al., 2018).

Infelizmente, ainda hoje, algumas faculdades não contemplam essas questões, tratando a semiologia médica como disciplina que foca uma abordagem ao paciente restrita a técnicas físicas, enquanto assuntos ligados às vivências dos estudantes ou à relação médico-paciente ficam em segundo plano ou nem sequer são abordadas dentro do ensino curricular (Azevedo et al., 2008). Em sua prática, o estudante consegue aprender sozinho alguns princípios da relação médico-paciente, porém isso não exclui a importância de que ele receba apoio durante esse processo de aprendizagem (Sousa-Muñoz et al., 2011). Assim, a fim de enfrentar tais adversidades, a criação de espaços de discussão, nos quais os alunos possam compartilhar suas emoções e seus aprendizados, mostra-se benéfica, de modo a criar uma rede de apoio que minimize a angústia sentida diante desses desafios (Quintana et al., 2008). Outra estratégia é treinar a habilidade de comunicação dos estudantes, contribuindo com a melhora da relação médico-paciente. Com isso, o estudante se mostra mais à vontade e seguro durante a entrevista, com melhora na capacidade de

escuta, no manejo de emoções negativas e na superação do medo e da tensão. Dessa forma, contribui-se não só para um melhor vínculo com o paciente, mas também para a coleta de uma anamnese mais completa (Balduino et al., 2012). Assim sendo, apesar dos obstáculos inerentes à transição para uma nova fase do curso, com o auxílio da faculdade e dos docentes, o estudante pode enfrentá-la de maneira muito mais simples e natural.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Mariana Honório de *et al.* Iniciação ao exame clínico: primeiras vivências do estudante de medicina na interação com o paciente hospitalizado. In: XI Encontro de Iniciação à Docência. *Anais...* João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), 2008.

BALDUINO, Paula Martins et al. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 3, p. 335-342, 2012.

COSTA, Gilka Paiva Oliveira et al. Enfrentamentos do estudante na iniciação da semiologia médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 2, p. 79-88, 2018.

DICHI, Jane Bandeira; DICHI, Isaias. The agony of medical history and its consequences for medical education. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 2, p. 93-97, 2006.

SOUSA-MUÑOZ, Rilva Lopes de; SILVA, Isabel Barroso Augusto; MAROJA, José Luis Simões. Experiência do estudante de semiologia médica em aulas práticas com o paciente à beira do leito. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 3, p. 376-381, 2011.

QUINTANA, Alberto Manuel et al. A angústia na formação do estudante de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7-14, 2008.

SAUDADES DE CASA

Mateus Costa Campos

Em uma tarde de terça-feira, eu e o Tomás, minha dupla do ciclo clínico, tivemos uma das primeiras grandes oportunidades para desenvolver técnicas de práticas clínicas. A situação era no início do quinto semestre de medicina, quando os alunos passam a ter mais contato com os pacientes, colhendo suas histórias clínicas. O cenário era de um hospital regional, em uma rotineira e tranquila tarde. Com certeza, o medo do novo e a ansiedade eram nossas principais barreiras. Ao encontrarmos com os professores, os quais encaminhariam os alunos aos seus respectivos pacientes, a ansiedade e as preocupações em como seria a consulta já estavam no auge: se o paciente ia ser cooperativo, se iríamos conduzi-la da melhor forma, se iríamos colher a história de maneira correta e, principalmente, se conseguiríamos, de alguma forma, agregar algo na vida daquele paciente.

Ao chegar no quarto de internação do José Santos, um senhor de 82 anos, morador do entorno do Distrito Federal, acompanhado de sua esposa, a senhora Rosa, nós nos apresentamos e explicamos o que seria feito dali em diante. Os anseios diminuíram gradativamente, José, muito tranquilo, colaborou com a coleta da história e, juntamente com sua esposa, apresentaram-se muito receptivos com nossa presença ali.

Sua história baseava-se em uma síndrome do sistema respiratório, apresentando dores nas costas e dispneia, a qual evolui gradativamente, apresentando-se até durante pequenos esforços. Após fazer acompanhamento na UBS perto de sua casa, sem resolução dos seus sintomas, procurou o hospital regional de referência. Foi diagnosticado com pneumonia e, prontamente, internado. O seu quadro melhorou gradativamente a partir desse momento, porém de maneira muito lenta. No momento da coleta da história, já havia dois meses desde o dia da internação. A história correu bem, sem importantes complicações e queixas, até mesmo grandes elogios foram referidos à equipe que o acompanhava, como para o próprio hospital. Porém, quando tocamos em assuntos de como ele se sentia em relação à doença e como estava se sentindo emocionalmente, foi perceptível a

expressão de tristeza no seu rosto. José relatou a saudade de casa e o convívio com seus animais de estimação, três cachorrinhos, os quais eram sua companhia diária.

A partir desse momento, percebi e refleti a complexidade em ser médico. O trato com o paciente era habilidade mais importante no momento. O quadro de José era estável, porém sem previsão de alta. Dessa forma, vi-me em uma linha tênue entre confortá-lo e criar falsas expectativas. Assim, fiquei paralisado, não sabia o que dizer, apenas desejei o melhor e que Deus o abençoasse. Ele ficou muito agradecido com nossa presença e nos desejou o melhor em nossas futuras profissões.

De certa forma, isso mudou meu dia, a ansiedade e o medo pareciam ter ficado insignificantes perto da grandeza e do alívio que a medicina pode proporcionar tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes. A sensação de ter impactado a vida de alguma pessoa de forma positiva é simplesmente gratificante, e a sensação de poder ter ajudado mais sempre é um motivo motivacional para melhorar a prática médica. Com isso, percebi quantas habilidades um bom médico precisa ter. Pois, no caso apresentado, o qual não era dos mais complexos, já eram de grande valia habilidades interpessoais. E a famosa frase “médicos não tratam doenças, tratam pessoas” nunca fez tanto sentido a partir desse dia.

ALGUNS TÃO PEQUENOS QUE MAIS PARECIAM BONECAS

Beatriz Reis Afonso

Ao final do meu primeiro semestre na faculdade de medicina, eu e mais duas colegas tivemos a oportunidade de acompanhar uma professora, em um plantão no hospital de referência. Era minha primeira vez dentro de um hospital, como estudante de medicina, e era como um sonho se tornando realidade, uma vez que, mesmo antes de entrar para a faculdade, meu desejo sempre foi me especializar em ginecologia e obstetrícia.

Ao chegar no hospital, a professora nos apresentou a UTI neonatal. Foi um choque para mim. Lá, estavam inúmeros bebês, todos em incubadoras, alguns tão

pequenos que mais pareciam bonecas. A maioria estava intubada, com vários aparelhos ligados a eles. Olhando todos, um por um, vendo seus nomes escritos, pensei no quanto cada um deles já sofreu e no quanto deveria ser doído para os pais terem um filho naquela situação. Mais tarde, naquele dia, vi uma cena que me marcou profundamente: um dos bebês que estava na UTI recebeu alta. Ver a alegria e a emoção dos pais, ao receber essa notícia, foi uma das coisas mais lindas e verdadeiras que eu já vivenciei.

Após visitar a UTI neonatal, fomos para a sala de parto, onde ficamos o resto do dia. Como já disse, ser ginecologista e obstetra sempre foi meu sonho, e poder acompanhar um parto fez esse desejo se aflorar ainda mais. Ao chegar na sala de parto, vi situações extremamente opostas. Lá, além das mulheres que estão em trabalho de parto, também ficam as mulheres que sofreram aborto. Então, era muito comum que, em um box, estivesse um casal cheio de alegria que acabou de ter seu filho e, em outro, uma mulher aos prantos por ter acabado de perder o seu bebê. Mesmo não tendo tido contato diretamente com as mulheres que estavam passando por aborto, eu podia ver, no rosto delas, toda a tristeza que sentiam.

Ainda na sala de parto, era muito comum ouvir gritos. Inicialmente, confesso que me assustei, por ser uma situação nova para mim, mas, depois que vi de perto o trabalho de parto, entendi que o grito é uma das formas de a mulher se expressar nesse momento tão difícil. Logo que chegamos, uma mulher já estava na fase de expulsão e pudemos acompanhar. As enfermeiras estavam correndo para pegar tudo que precisavam, a mulher, com muita dor, e o marido, tentando acalmar a sua esposa, mesmo que sem êxito. E, em minutos, o bebê nasceu. Observar o casal chorando de emoção ao ver o filho pela primeira vez encheu o meu coração de alegria. Foi emocionante. Mas, depois de toda essa emoção, a realidade continuava. A mãe teve muitas lacerações, e, enquanto a enfermeira costurava tudo, eu pensava no quanto a mulher é forte por conseguir passar por tudo isso. Horas de trabalho de parto, dores insuportáveis e tantas lesões, para trazer uma vida ao mundo.

Mais tarde, nesse mesmo dia, pude participar de outro parto natural. Dessa vez, a mulher estava acompanhada da irmã. O parto foi rápido, mas, quando o bebê nasceu, havia um problema. Ele estava roxo e não responsivo. Rapidamente, a

médica pegou o recém-nascido e o levou para uma área de primeiros cuidados. Como eu acompanhei a médica, não pude ver a reação da mãe ao ter seu filho levado às pressas, mas acredito que deva ter sido extremamente difícil. Inicialmente, a médica fez aspiração das vias aéreas, enquanto esfregava o bebê com um pano. Aos poucos, ele foi ficando rosado e mais responsivo, como um milagre. Depois de o recém-nascido ser estabilizado, ele foi levado novamente para a mãe, que se emocionou muito ao recebê-lo.

Esse dia ficará sempre marcado na minha memória. Eu passei a admirar ainda mais as mulheres que passam por isso e são responsáveis por dar à luz a uma vida. Vivenciar tudo isso me fez querer ainda mais ser médica e querer ajudar essas mulheres nesse processo.

QUANDO MEU PAI FALOU “ELE VOLTOU”, QUASE DEI UM GRITO

Ana Luísa Jaramillo Garcia

Sempre tive o sonho de ser médica, quando criança, na verdade, falava que seria médica de manhã, enfermeira à tarde e cantora à noite. Talvez as duas primeiras profissões tenham sido influência dos meus pais, um é médico, e a outra, enfermeira. A última profissão, possivelmente, seja o lado lúdico de uma criança falando. Enfim, sempre tive meus pais como inspiração maior, como seres humanos incríveis e profissionais sensacionais.

Quando mais velha, decidi que era a medicina. Mais velha? Sim, em vez de 6, 12 anos. Com isso, falava a quem quisesse ouvir que queria medicina. Meus pais, com um misto de orgulho e apreensão, sempre apoiaram o meu sonho. E, quando finalmente veio o vestibular e a aprovação não chegou, a apreensão foi maior que o orgulho: “vão ter coisas mais difíceis na medicina, não se deixe abalar, mas talvez você não fez o suficiente” era a mão que batia e acariciava. Então, no cursinho, meu pai me convidava para os procedimentos que ele fosse realizar: “para te animar e te dar mais gás, Analu”. Algumas vezes o acompanhei, com o olhar brilhando e a

certeza de que queria estudar o quanto fosse para chegar ao tão almejado sonho: a medicina.

Foi exatamente em uma das vezes que acompanhei o meu pai em um procedimento que aconteceu a coisa mais extraordinária que eu já vivi. Meu pai é médico, cardiologista pediátrico e hemodinamicista, e, nesse dia, ele iria realizar um cateterismo em um menino de, aproximadamente, dois anos. O paciente era acompanhado pelo meu pai desde o seu nascimento, já tendo realizado diversos procedimentos e cirurgias devido a defeito congênito no coração.

Ao chegarmos à UTI, onde o paciente estava acompanhado da mãe e do pai, senti um misto de gratidão e de apreensão nos olhos deles. Gratidão, por ainda terem o filho com eles, e apreensão, por não saberem se ele seguiria ali. Meu pai, sempre muito atento e carinhoso, explicou todo o procedimento para a família, desenhou um coração no verso de uma folha e mostrou tudo o que seria realizado no centro cirúrgico. Os pais a criança se mostraram tão felizes com a atenção que o médico demonstrou e, com os olhos brilhando, disseram: “confiamos o nosso filho ao senhor, doutor, sabemos que o senhor faz tudo o que precisa ser feito”. Nesse momento, senti uma confiança tão grande desses pais no médico do filho deles que, novamente, o desejo de um dia poder ajudar alguém como o meu pai ajudou essa família retornou.

Assim, entramos ao centro cirúrgico para conferir os equipamentos e os materiais que seriam utilizados, e eu sempre ali, como uma sombra, seguindo meu pai. Quando tudo estava preparado, fomos chamar o paciente, meu pai pediu para que a equipe deixasse a mãe do neném acompanhá-lo até que ele fosse sedado, para que ficasse mais tranquilo. Assim, enquanto a mãe se trocava para poder adentrar o centro cirúrgico, meu pai me levou ao lado do berço em que o paciente estava e me disse: “fica aí brincando com ele, deixando ele mais tranquilo, enquanto a mãe dele se troca. Eu vou entrando na sala”. Esse simples comando me fez sentir tão importante, como se eu, realmente, pudesse ajudar aquele pequeno ser humano a ter alguns minutos leves e tranquilos.

Assim, fiquei ali, brincando com meu novo amigo e, ao mesmo tempo, rezando para que nada acontecesse àquele pequeno. Quando a mãe chegou, saí e fui,

novamente, ao canto da sala, para esperar que meu pai me chamasse para entrar no centro cirúrgico. Entrei, o paciente foi sedado, a mãe saiu, meu pai começou o procedimento, sempre tentando me explicar cada passo, cada movimento. Eu sempre maravilhada com a destreza do meu pai, com o respeito e o amor que ele colocava em cada etapa do procedimento.

Já para o fim da cirurgia, quando eu estava quase comemorando que o meu amiguinho tinha sido forte e ia poder voltar para os pais dele, ele teve uma arritmia, uma arritmia forte, eu acho, mas acreditava que arritmias vinham e voltavam, espontaneamente. Escuto meu pai falar: “ele está parando, pega o desfibrilador”, mas como? Se tudo estava correndo bem, se já estava quase acabando, se o aparelho ainda estava apitando e não estava com aquele sonoro piiiiaiiiiii, o qual aparece nos filmes quando alguém morre? E lá vai meu pai. Ele pegou duas pás pequeninas do desfibrilador e chocou o bebê. Chocou o bebê igual chocam os adultos nos filmes. E eu voltei a rezar, a rezar muito, pensando que esse neném precisava voltar para os pais dele, aqueles pais que tinham os olhos brilhantes de esperança e de amor. E, nesse momento, eu já não queria saber de detalhes técnicos do procedimento nem o que tinha acontecido para que ele tivesse tido a arritmia, só pensava que, fosse o que fosse, ele precisava voltar.

E foi assim, do mesmo jeito que a arritmia veio, ela foi embora, deixando um neném loirinho e de olhos azuis muito bem e saudável. Quando meu pai falou “ele voltou”, quase dei um grito, como se comemorasse um gol, mas me contive, talvez por vergonha, talvez por medo de alguma coisa acontecer de novo com aquele pequeno ser humano. No entanto, nada aconteceu, o procedimento terminou, foi um sucesso e adiou a próxima cirurgia do neném por, aproximadamente, cinco anos. Mais cinco anos dele com a sua família, mais cinco anos dele sem precisar passar por esse estresse entre a vida e a morte.

Quando tudo acabou, fui com meu pai falar com a família, dar a notícia de que tudo tinha dado certo. Meu pai estava com os olhos marejados, e eu, da mesma forma. A mãe abraçava meu pai, o pai abraçava meu pai, os dois chorando. Como eu não chorei nesse momento, eu ainda não sei. Mas, assim que entrei no carro com meu pai, para irmos de volta para casa, aí, sim, chorei. Chorei muito. Chorei, talvez

de alívio, talvez de felicidade, não sei ao certo. Mas ali, no carro com o meu pai, tive certeza de que esse era o sentimento mais puro que eu já tinha sentido, o de gratidão, por ter visto a vida e a morte em um momento tão intenso e tão lindo.

SURPREENDIDA PELO ENCONTRO!

Larissa Dumaresq Oliveira Montenegro

No dia 10 de março de 2020, no hospital de referência, às 13 horas, iniciei meu primeiro dia de rotinas de atendimento aos pacientes da enfermagem de infectologia, designados pelos professores do eixo educacional Habilidades e Atitudes do quinto semestre do curso. Estava apreensiva, pelo novo mundo que se abria à minha frente, mas muito empolgada com a possibilidade de sentir, verdadeiramente, a realidade da minha futura profissão tão sonhada, e reflexiva frente à realidade que iria encontrar com os pacientes, com uma cobrança interior de dar sempre o melhor para aqueles que a mim recorrerem. No meu interior, sentimentos se emaranhavam, se misturavam e se resignificavam a cada instante. Tudo isso ocorria enquanto me dirigia para o apartamento 509.

Boa tarde, senhor! Exclamei na porta! Um rapaz de sorriso aberto e olhar firme, olhou-me e disse: boa tarde, doutora. Era o Daniel, 20 anos, sexo masculino, nascido em 19/8/1999, natural e residente em Planaltina. Portador de HIV positivo. Ele estava totalmente empático ao meu atendimento, colaborativo e ansioso pelo meu cuidado. Logo percebi que aquele garoto/menino procurava muito mais do que uma técnica, pois ele já era consciente de todo o quadro clínico pelo qual estava passando, uma vez que, com certeza, outros profissionais já haviam esclarecido a situação atual dele. O meu primeiro paciente da vida – assim o denominei – procurava acolhida, almejava uma escuta ativa da minha parte.

Ao iniciar o exame físico, o paciente começou a nos contar toda a sua trajetória, falou de seus sonhos e de suas expectativas para o futuro, mostrou-nos os quadros que ele estava pintando no quarto do hospital. Ele transformou o cenário, que, para muitos seria de tristeza e desalento, em um pequeno universo de sonhos e de expectativas de um futuro que transcendia as paredes daquele nosocômio. Ainda

surpreendida, como no início do meu atendimento, continuava ouvindo aquele rapaz/menino, deixando-me levar pelo seu universo de sonhos e perspectivas, mesmo ele estando à frente de um diagnóstico desafiador.

Ao final do exame físico, o nosso paciente recebeu todas as informações técnicas propostas naquele atendimento. Quando anunciamos o final da consulta acadêmica, ele pediu para que ficássemos mais um pouco, queria continuar a nossa conversa, queria a continuidade da escuta ativa. Ficamos um tempo precioso, ouvindo aquele rapaz, que tinha o sonho de ser psicólogo, tinha o sonho de ouvir e de acompanhar pessoas. A meu ver, o diagnóstico clínico que ele tinha, naquele momento, parecia não ocupar o mesmo patamar de importância do que suas boas expectativas para um futuro próximo. Fiquei muito surpresa, pois a minha expectativa pessoal era de encontrar um cenário muito diferente do que me foi apresentado.

No instante da despedida, ele nos pediu para retornar outro dia, para dar um “alô”, para dizer “oi”. Deixamos nosso paciente muito feliz, muito cheio de vida, de sonhos e de expectativas, e eu aprendi muito com ele, aprendi que as situações podem ser transformadas, dependendo do ângulo pelo qual as enxergamos.

Entrei naquele quarto, com a expectativa de atender a alguém, de ajudar alguém, mas, ao final, percebi que quem foi mais beneficiado de todo atendimento fui eu, com isso, levarei a experiência pelo resto da minha vida. A concepção do senhor Daniel frente ao seu diagnóstico, ensinou-me a me ressignificar diante das circunstâncias da vida, ajudou-me a ampliar minha visão como futura médica e fez-me valorizar ainda mais a escuta ativa com os meus pacientes. Obrigada, senhor Daniel, siga torcendo para que os seus sonhos se realizem e que você transmita sua mensagem para muitas pessoas. Sou grata por me ajudar a construir o caminho.

Reflexão da autora da narrativa

Nunca podemos gerar expectativas para um atendimento médico, antes de conversar com o paciente; mesmo diante dos diagnósticos mais difíceis, sempre haverá alguém que encontrará flores no caminho.

CAPÍTULO 7

O OLHAR HUMANIZADO NA GRADUAÇÃO MÉDICA: UMA EXPERIÊNCIA DE CRESCIMENTO

Ana Luiza Antony Gomes de Matos da Costa e Silva

A preciosa medicina humanizada – que é tão falada e tão ambicionada no atendimento médico – atualmente, é vista como raridade, está nos cartazes de procura-se e desaparecidos, está em escassez, assim como vários dos recursos naturais. Mas, diferentes deles, a medicina humanizada não é um recurso finito, ela pode e deve ser reinventada para que volte e comece a ser encontrada em abundância. A humanização representa uma síntese de estratégias que permitem maior conexão e empatia com o paciente e seus movimentos, ações, histórias e pensamentos (Muccioli, 2007).

Apesar da grande descrença no atendimento humanizado, ele ainda existe. Neste capítulo, serão mostradas várias situações vivenciadas por estudantes de medicina que foram marcadas por atitudes humanísticas. As narrativas serão apresentadas com o intuito de tornar a medicina humanizada mais real e a fim de exemplificá-la. Também serão abordados mecanismos e conceitos que ressaltam a medicina humanizada assim como perspectiva mais subjetiva e aspectos que tornam essa humanização especial.

A medicina pode ser vista como uma ciência biológica e humanista, de conhecimento profundo e objetivo do corpo humano, sendo muitas vezes esquecido que a medicina é também uma arte. Patch Adams, Nise da Silveira e numerosos outros médicos são tão artistas quanto Van Gogh e Salvador Dali, eles desempenham a arte da cura, da investigação, da observação e da percepção do ser humano com todas as suas peculiaridades. É entendendo essa arte que podemos caminhar em direção à humanização médica, percebendo como a nossa ciência é parte maior que

puramente biológica. Assim, é possível observar a humanização médica, oriunda de um meio artístico, como descreveu Moacyr Scliar escritor brasileiro, formado em medicina: “o médico vê na palavra um recurso terapêutico, o escritor parte dela para a criação artística. Há momentos, porém, em que literatura e medicina se superpõem. Escritores escrevem sobre doença. Médicos procuram dar uma forma literária a seu trabalho” (Scliar, 2005).

Atualmente, os médicos precisam lidar com a pressão de serem remunerados e avaliados por metas quantitativas, sendo considerado um profissional pouco produtivo ou ineficiente quando não cumpre as metas esperadas. Essa pressão corrobora para o não estabelecimento do *rapport* – criação de uma relação de empatia com outra pessoa –, para a automatização da prática e o esquecimento de pontos cruciais da carreira médica que estão cada vez mais em falta, como o olhar no olho, o lembrar o nome e o perceber cada paciente individualmente (Salles, 2010).

Visto o desencanto das pessoas com seus médicos, conforme mencionado por Muccioli et al. (2007), a busca pelo atendimento mais humanizado nas práticas da saúde vem sendo debatida, marcadamente, desde 1980, passando a compor as políticas públicas de saúde, com destaque para a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Essa política foi lançada em 2003 e busca colocar em evidência os princípios do SUS na prática cotidiana. A implantação da política do SUS vem acompanhada de maior demanda da população por atendimento mais humanizado. Levantamento feito em maio de 2020 questionou qual a maior dificuldade enfrentada pelo usuário que busca o sistema de saúde. A humanização do atendimento foi apontada como a segunda principal dificuldade (21,3%), atrás apenas do tempo de espera (25,2%). Valores e atitudes, como empatia, confiança, comunicação, visão integral ou mais aprofundada do paciente, são atributos coletados nesse levantamento que descrevem o que o usuário entende por atendimento humanizado (Rios; Sirino, 2015).

Existem estratégias de comunicação para o estabelecimento da relação médico-paciente, como o *rapport*, a medicina centrada na pessoa e as táticas de entrevista, como descritas por Daniel Carlat (2006), em seu livro *Entrevista psiquiátrica*. O conhecimento e o aprendizado dessas estratégias proporcionam mais

maturidade emocional, para que seja possível o estabelecimento de relação equilibrada, composta por confiança e honestidade.

Carl Rogers, psicólogo humanista, reitera, em seus trabalhos sobre a comunicação terapêutica, a importância da escuta qualificada da percepção da experiência do cliente e do apoio à sua autonomia. O paciente é transformado em parte central do processo e é capaz de caminhar em direção ao estabelecimento de uma relação de confiança. Segundo Carl Rogers (1983 apud Miranda; Freire, 2012), “quando efetivamente ouço uma pessoa e os significados que lhe são importantes naquele momento, ouvindo não suas palavras, mas ela mesma, e quando demonstro que ouvi seus significados pessoais e íntimos, muitas coisas acontecem”.

A medicina centrada na pessoa tem crescido como uma demanda oposta à medicina que, historicamente, caminhou priorizando a doença em detrimento da pessoa que está doente, modelo conhecido como biomédico, uma metodologia objetiva que não compreende a subjetividade do paciente, com todas as suas queixas e como elas estão relacionadas, e não leva em consideração a perspectiva do paciente e a sua experiência do adoecer (Barbosa; Ribeiro, 2016).

Esses mesmos autores evidenciam que o método clínico centrado na pessoa foi definido e estudado por Carl Rogers, como um meio de estabelecer escuta ativa e qualificada, com entendimento integral da experiência da pessoa com a sua doença – perspectivas, contexto social, impressões –, para construir um plano terapêutico concordado entre médico e paciente, abrangendo todas as queixas abordadas e percebidas, com estímulo à autonomia e ao protagonismo no processo, e estabelecendo a promoção de saúde. Em 1975, Rogers formulou três importantes condições para a formação da relação com o paciente: a empatia, a autenticidade e a aceitação positiva incondicional – consideração genuína pelo cliente e suas experiências.

As três características citadas acima não são desenvolvidas do dia para a noite, por isso, é tão importante que assuntos como esses sejam abordados e vivenciados na graduação médica. Considero o desenvolvimento da empatia muito difícil. Como colocar-se no lugar de uma pessoa que viveu uma realidade completamente diferente da minha, que passou por dificuldades que eu nunca sonhei

em passar? Como entender um paciente que passou por relações sociais totalmente diversas, podendo, até mesmo, ter vivenciado situações abusivas? É possível praticar a empatia plenamente? Acredito que, diante de tantas possíveis vidas diferentes, é crucial o desenvolvimento de sabedoria emocional – aprender a conhecer as pessoas, identificar pontos sensíveis, compreender como respeitá-las e, aos poucos, entender, internamente, o conceito de empatia. Apesar da vivência de alteridade radical na qual somos lançados ao longo do curso, um novo mundo de experiências surge aos nossos olhos.

Durante o processo de aprendizado na faculdade de medicina, temos a oportunidade de vivenciar o SUS, na prática, em comunidades de baixa classe social. Essa experiência permitiu, ao passar dos semestres, que conhecêssemos médicos com atitudes inesquecíveis tanto positivamente quanto negativamente. Perceber, comparar e entender essas atitudes têm poder de modulação sobre como pretendemos seguir a prática médica. Foi perceptível que as abordagens mais humanizadas estimulam maior vínculo e apresentam resolutividade mais abrangente dos problemas e das doenças. Essas vivências nos levam de novo ao desenvolvimento da empatia, que é um processo de perceber a dor do outro, como se estivéssemos a sentindo em nós mesmos. Ter as experiências positivas é muito enriquecedor, mas, cada vez mais, percebo a importância de passar por experiências negativas, complicadas e difíceis como as das histórias que serão narradas no capítulo sobre morte e morrer. Momentos difíceis nos ensinam sobre humanidade e sobre a singularidade de cada pessoa. As doenças podem ser similares, mas as experiências de adoecimento são absolutamente distintas, na medida em que contemplam expectativas, crenças, limiar de dor e relacionamentos individuais.

Praticar a medicina humanizada é um ato de atenção e observação dos seres humanos que nos confiam sua saúde corporal, física e mental. O estabelecimento de relações de empatia e confiança não apenas auxilia na manutenção da saúde mental dos profissionais como também proporciona melhores resultados na saúde física e biológica do paciente, com seguimento de tratamentos e percepção integral de como a doença afeta as pessoas de forma mais eficaz. Desse modo, fica explícita a importância da prática e do ensinamento humanístico na graduação de medicina,

para que os profissionais do futuro possam dar continuidade ao processo de humanização que está sendo construído.

A elaboração de narrativas médicas representa um aspecto essencial na formação médica. Somos estimulados a observar a medicina com outros olhos, além de proporcionar novo olhar diante das distintas camadas sociais. As narrativas são um método interpretativo do simbolismo das ações, dos eventos e das instituições, por constituírem o registro de experiências (Tavares, 2017) e permitem que façamos uma autoanálise crítica de comportamento sobre as situações que passamos e que vemos as pessoas passarem, proporcionando visão ampla das diferentes realidades de vida.

Além disso, as narrativas permitem que entremos em contato com nossos sentimentos, às vezes, mais profundos, dos quais não fomos encorajados a falar ou não tivemos espaço para relatar, mas que, de alguma forma, ficaram marcados nos nossos pensamentos, sonhos e até atitudes. Ter um local seguro para expressar esses sentimentos é crucial para o desenvolvimento das características humanizadas do médico. Os ambientes social e acadêmico propiciam o bloqueio da expressão de nossas emoções, no entanto, sentir é a mais nobre característica humana. É preciso aprender a escutar os sentimentos, a lidar e conhecer momentos de estresse, de tristeza e de ansiedade, sobretudo a nossa humanidade, para não perder a empatia, a compaixão e a conexão com o outro.

As narrativas apresentadas neste capítulo são histórias vivenciadas pelos meus colegas, que apresentam situações cotidianas, e o que as tornam especiais são a atenção, o cuidado e o diferencial de atendimento dos profissionais nas diversas situações. Essas narrativas possibilitam a transformação de situações cotidianas e rotineiras em memórias e aprendizados perenes. Dessa forma, atividades como essas permitem ao aluno vislumbrar cenas de medicina humanizada e aprender como elas são essenciais para a prática médica.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Mírian Santana; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 26, supl. 8, p. S216-S222, 2016.

CARLAT, Daniel J. *Entrevista psiquiátrica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. v. 1.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MIRANDA, Carmen Silvia Nunes de; FREIRE, José Célio. A comunicação terapêutica na abordagem centrada na pessoa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 64, n. 1, p. 78-94, 2012.

MUCCIOLI, Cristina *et al.* A humanização da medicina. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, São Paulo, v. 70, n. 6, 2007.

RIOS, Izabel Cristina; SIRINO, Caroline Braga. A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015.

SALLES, Alvaro Angelo. Changes in patient-physician relationship at the informatization age. *Revista Bioética*, v. 18, n. 1, p. 49-60, 2010.

SCLIAR, Moacyr. *A face oculta: inusitadas e reveladoras histórias da medicina*. 2. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2005. 222 p.

TAVARES, Luciana de Almeida. *Medicina narrativa: o significado de humanização para estudantes de medicina*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2017.

NARRATIVAS

ERA O MEU PRIMEIRO RODÍZIO

Eduarda Luz Barbosa Alarcão

Era o meu primeiro rodízio de clínica médica, e, como esperado, havia grande expectativa nessa consulta, principalmente, levando em consideração que eu seria a médica principal da minha dupla. Nós havíamos escutado todos os tipos de relatos possíveis de outros colegas veteranos, tanto sobre experiências com o paciente quanto sobre a receptividade e a exigência dos professores, o que tornava a ansiedade ainda maior.

Chegamos, então, com todas as nossas expectativas e medos, na enfermaria do quinto andar de um hospital regional, onde os professores estavam nos esperando. Lá, fomos brevemente instruídos acerca dos pacientes, e, depois, cada dupla seguiu para o quarto dos respectivos pacientes.

Eu e a minha dupla fomos ao encontro da nossa paciente e, ao entrarmos no quarto, deparamo-nos com todos os leitos ocupados. No canto esquerdo, havia uma mulher jovem, por volta dos seus 30 anos, com um semblante feliz e um olhar tranquilo, que atendeu por Fernanda, e, assim, conhecemos a nossa primeira paciente.

Ela, com uma voz alegre e toda a paciência do mundo, começou a nos contar sobre seus sintomas nos últimos oito meses, uma dor torácica, associada a dispneia, febre, tosse seca e vômito. Além disso, relatou a sua trajetória de diagnósticos inconclusivos, quatro tratamentos malsucedidos e a sua vinda, esperançosa, para Brasília, em busca de um médico que pudesse ajudá-la bem como melhor estrutura hospitalar, uma vez que ela morava no interior da Bahia.

Aqui, em Brasília, ela foi diagnosticada com derrame no pericárdio, derrame pleural e presença de alteração no miocárdio e ainda estava esperando o resultado do teste para lúpus. Mesmo assim, apesar de toda a complexidade e das incertezas do seu caso, Fernanda seguiu por toda a consulta bem-humorada, cooperativa e trazendo leveza – provavelmente, sem nem mesmo perceber – para esse momento, o qual para nós, estudantes do quinto semestre, era extremamente esperado e trazia várias expectativas e receios.

No fim da consulta, agradecemos a Fernanda pela paciência e falamos que, na semana seguinte, voltaríamos para visitá-la, se ela ainda estivesse internada, é claro. Na terça seguinte, voltamos ao hospital regional, no entanto, Fernanda não estava mais lá, então, nunca tivemos a chance de saber o seu real diagnóstico e o que tinha acontecido com ela. Tenho certeza de que nunca esqueceremos dela, uma pessoa que, mesmo entendendo toda a complexidade do seu caso e com todas as incertezas dele, não deixou que os sentimentos de tristeza, insegurança e ansiedade a consumissem, trazendo, para a sua vida e para as pessoas ao seu redor, leveza e confiança na melhora de sua condição clínica.

UM NOVO OLHAR, UMA NOVA VIDA

Camila Brito de Oliveira Aguiar

Era um dia de domingo, o início de uma semana inimaginável para Manoela. Sentia-se indisposta desde o amanhecer, e uma dor de cabeça intensa a perturbava como nunca. Ao final da tarde, sofreu um desmaio em sua casa e logo foi levada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ao hospital mais próximo de referência. Ainda desacordada, foi prontamente avaliada pela equipe médica e submetida aos exames necessários, sendo posteriormente encaminhada à UTI. Uma de suas irmãs, que a acompanhou até o hospital, esperava ansiosamente por uma palavra daquela equipe, ainda sem entender o que, de fato, estava acontecendo. Foi quando um médico foi ao seu encontro e lhe comunicou que Manoela havia sofrido um AVC Hemorrágico, em tronco cerebral, e que o seu quadro era gravíssimo. Ressaltou, ainda, que ela poderia não sobreviver às próximas 24 horas e, caso sobrevivesse, certamente, apresentaria grandes sequelas. Naquele momento, sua irmã afirmou que sua família confiava em um Deus que pode tornar possível o que é impossível aos nossos olhos e que, se assim fosse a Sua vontade, Ele poderia trazê-la de volta a uma vida plena.

Aquela situação mais parecia um pesadelo. Como era possível uma jovem enfermeira, com 42 anos de idade, ativa, saudável, alegre, cheia de planos, de uma hora para outra, estar intubada, em coma, recebendo uma “sentença” como essa? Como isso havia acontecido? Eram muitos os questionamentos daquela família que havia sido atropelada por essa tragédia, mas cuja força e fé possibilitaram superar o infortúnio e crer, durante todo o tempo, que havia esperança, mesmo diante do parecer que tinham recebido.

Ainda naquela noite, Manoela foi submetida a um procedimento endovascular, o qual foi de suma importância para a preservação da sua vida naquele momento. Por quinze dias, ela permaneceu na UTI, e, em todos eles, sua família

recebia informações expressas a respeito da gravidade do seu caso. O prognóstico era realmente sombrio, mas estar viva até ali já era verdadeiramente uma dádiva.

Aos poucos, pequenas vitórias aconteciam. Recebeu alta para a enfermaria, traqueostomizada, porém já não dependia mais da ventilação mecânica. Já abria os olhos, apesar de ainda não conseguir movimentá-los devidamente. Ouvia bem as pessoas, porém não conseguia dizer uma só palavra. Tentava responder aos estímulos, mas o máximo que conseguia era um discreto movimento de apertar a sua mão direita.

Dias depois, Manoela foi encaminhada a um centro de reabilitação, a fim de ser submetida a uma avaliação médica, para possível internação naquela Instituição. O trajeto até lá foi marcante e doloroso. Aquela mulher, tão linda, tão jovem, estava ali praticamente imóvel, afásica, apresentando sangramento nasal, sentindo o seu corpo fragilmente balançar naquela ambulância. Sentia dores também. Dores na alma. Sua angústia tornara-se visível naquele momento. Lágrimas escorriam dos seus olhos. Era como se ela estivesse presa dentro de si mesma, clamando por socorro.

Durante a avaliação, Manoela não conseguia responder aos comandos que lhes eram solicitados. Não conseguia realizar movimento efetivo algum, além do abrir e do fechar dos olhos. E, então, após analisar a história, observar os exames e finalizar todos os testes previstos, o médico informa à sua irmã e à sua sobrinha, as quais a acompanhavam naquele dia, que, infelizmente, não seria possível recebê-la para internação, visto que a paciente não tinha um bom prognóstico com relação ao retorno de suas funções. Ressaltou que os pacientes que lá ficavam internados eram aqueles que tinham possibilidades reais de se reabilitarem e que este, dificilmente, seria o caso de Manoela, que, deitada naquela maca, ouvia atentamente cada palavra dita. Suas acompanhantes não conseguiram conter a emoção e, chorando, suplicaram àquele médico uma chance. Mas, antes disso, elas já haviam silenciosamente suplicado a Deus.

Em meio àquela situação, o médico decidiu liberar a internação, porém já determinando que seria por um período máximo de quinze dias, somente para que a sua família pudesse receber um treinamento sobre como seriam os cuidados com

Manoela dali em diante, além de receber orientações a respeito das adaptações que deveriam ser feitas em casa. Acontece que, após dois dias, Manoela, surpreendentemente, começou a emitir sons, a acompanhar objetos com os olhos, a movimentar, sutilmente, o seu corpo e a recuperar expressões faciais. A partir disso, cada dia era uma conquista nova! Toda a equipe daquele centro de reabilitação se comovia com o que presenciava diariamente e se empenhava com muita dedicação nesse longo processo. Manoela era fortemente amparada pela fé, pelo cuidado e pelo amor da sua família, que não a abandonou por nenhum dia sequer.

Os quinze dias viraram cento e cinquenta. Naqueles três meses, Manoela foi reorganizando-se num novo modo de viver, definindo a sua forma de agir, de sentir e de encarar o inesperado que a tinha acometido. Com persistência, foi recuperando seus movimentos, reaprendendo a andar, a falar, a se alimentar sozinha, a ter controle sobre suas necessidades fisiológicas e, dessa forma, ganhou autonomia. Um dia de cada vez. E, assim, foi avançando, revestindo-se de força, superando obstáculos, até que chegou o dia em que pôde voltar para casa. Que dia feliz! Quanta gratidão!

Na ocasião da sua alta, o médico que a havia recebido na primeira avaliação afirmou nunca ter visto algo parecido em todos os seus anos de prática médica. Estava ali, diante dos seus olhos, um “acontecimento fora do comum, inexplicável pelas leis naturais”, um “acontecimento formidável, estupendo”. Então, eis que estava diante dele um milagre!

Reflexão da autora da narrativa

Nossas histórias podem ser mudadas em fração de segundos, e a esperança tem um poder curativo, tornando-se indispensável para vencer as adversidades tanto para quem sofre quanto para quem se dispõe a ajudar. “Grandes milagres”, como o desta história real, podem não ocorrer corriqueiramente, mas os “pequenos milagres” estão sempre à nossa volta e, muitas vezes, cercam-nos de forma imperceptível. Enxergá-los e ter gratidão nos traz uma nova maneira de olhar para a vida, ressignificando experiências negativas e valorizando as pequenas bênçãos diárias.

TRANSMISSIBILIDADE DE SABERES NA MEDICINA: ESTAVA ACOMPANHANDO MEU PAI EM UMA CIRURGIA

Júlia Dourado Paiva

Era um dia comum, um sábado. Estava acompanhando meu pai em uma cirurgia, não sabia qual, não sabia quem, mas era uma cirurgia, ou seja, uma oportunidade. Ao chegar ao hospital, foi tudo novo. Tantas salas e portas diferentes. Tantas pessoas de pijamas cirúrgicos, máscaras, jalecos. Não entendi como aquele ambiente tão fechado podia ser tão iluminado. Tudo parecia um filme. Entramos em um quarto simples, com uma maca, um sofá, banheiro e uma janela do lado direito. O paciente estava deitado, conversando com sua namorada, aparentava ser jovem. E, realmente, era, 27 anos, e tinha um osteocondroma em costela esquerda. Parecia animado com a cirurgia e feliz com a nossa presença. Saímos. A sala de cirurgia era grande, branca, organizada, cheia de materiais e aparelhos familiares, no entanto, eu não os conhecia. Nas paredes, um relógio e uma lista impressa de remédios com seus efeitos colaterais colada ao lado da porta. Chegaram mais pessoas. Tudo começou. Avental. Gorro. Máscara. Luvas. Anestesia. Bisturi. Sangue.

O bisturi cortou a pele, o tecido subcutâneo, o músculo e chegou no osso. Só ali, entendi que aquela pessoa perderia uma parte da costela. Meu pai olhou o osso exposto e notou algo estranho. Pediu para ver os exames de imagem de novo e percebeu que o tumor não era só um. Existia um tumor na região anterior, e outro, na região posterior da costela. A costela inteira seria removida. Meu pai solicitou um aparelho, um tipo de serra, e cortou o osso. Foi uma cena forte, uma força imensa tanto em significado quanto literalmente. Fiquei animada e preocupada, porque aquele paciente iria sofrer uma recuperação muito dolorida, mas, no momento em que eu percebi o que estava olhando, o mundo todo parou. Um coração batendo, lindo, perfeito, rosa-avermelhado, forte, distribuindo vida, sangue, oxigênio, nutrientes para todo o corpo, todas aquelas células. Um pulmão, rosa, indo e vindo, trazendo ar, desprotegido, tão frágil. Meus olhos se encheram de lágrimas, uma

sensação única percorreu todo o meu corpo. Tudo aquilo que faz essa pessoa viver estava ali, na minha frente, exposto. A vida dele estava nas minhas mãos.

Repentinamente, o mundo voltou a girar, e o relógio voltou a marcar o horário, até porque, na medicina, cada segundo conta, mas aquela imagem e aquela sensação permaneceram comigo. Meu pai pediu um fio de aço e, novamente, com força, aproximou as costelas restantes para que aquela imensidão de vida e fragilidade não ficasse exposta. O fio de sutura fechava aquela imagem, mantinha a integridade do corpo, escondia toda a beleza que eu presenciei, guardava a vida onde ela é mais valiosa: dentro de cada um. Ao final da cirurgia, ouvi que deveríamos torcer para que o tumor não originasse metástases, porque, se alguma metástase aparecesse, ele não teria chance. Sempre me perguntei o porquê de o corpo, um local que deveria ser seguro, gerar células danosas a ele mesmo, células que podem acabar com a segurança e tirar a vida de seus tecidos e, eventualmente, acabar. É, simplesmente, a vida. Foi o que concluí. As pessoas não são perfeitas, o corpo não é exato, dessa maneira, a vida não é perfeita nem exata. É uma mistura de tudo.

No caminho de casa, pensei sobre tudo que tinha acontecido, sobre todas as emoções que tomaram meu corpo e sobre todos os pensamentos que passaram pela minha mente. No outro dia, fui com meu pai visitar o paciente, e ele estava bem, ele estava com dor, mas agradecido, esperançoso e, acima de tudo, feliz, queria viver e aproveitar. Sua namorada sorria o tempo todo e só sabia agradecer. Entendi que era aquilo ali. Era por aquilo na minha frente que os médicos são médicos, por isso que eles sempre tentam e dedicam-se. Doam-se. Percebi, naquele momento, a beleza na medicina: o paciente grato por ter sua vida salva, e eu grata pela imensidão que aquele único paciente me proporcionou. Tudo se resume a essa troca de energia, confiança e experiências.

**EM UMA QUARTA-FEIRA FRIA DE INVERNO, NO
BROOKLYN, EM NOVA IORQUE: NA MEDICINA, COMO
NO AMOR, NEM NUNCA NEM SEMPRE**

Thiago de Lima Vaz Vieira

Em uma quarta-feira fria de inverno, no Brooklyn, em Nova Iorque, estava eu continuando minha aventura no solo do Tio Sam, em um estágio extracurricular, no centro médico de referência, localizado em uma região densamente povoada por imigrantes árabes.

Os atendimentos começavam às 9h da manhã, diariamente, e prosseguiam, ininterruptamente, até as 17h, de segunda-feira a sábado. O público de pacientes ali era muito diversificado. Eu atendia a franceses, ingleses, árabes, italianos, sírios, egípcios, iraquianos, canadenses, espanhóis, mexicanos, americanos e tantas outras nacionalidades.

Não me sentia tecnicamente preparado. E não era para sentir mesmo, afinal, tinha eu recém-terminado o segundo ano do curso de medicina, em Brasília/DF, no Brasil. Longa jornada ainda me esperava pela frente, mas decidi que, estando o mês de dezembro inteiro em Nova Iorque, poderia eu experimentar mais do que a tumultuada Big Apple natalina.

E foram muitas experiências vividas, com muitos ensinamentos. Desde pacientes com sífilis, gonorreia, câncer de mama, depressão, ansiedade, ataques de pânico, a pacientes com resfriados, gripes, amigdalites, além daqueles que só compareciam ao centro médico para realizar check-up ou para receber retorno referente a exames de sangue.

Entre todos eles, um, com menos complexidade, ao menos aos olhos dos médicos e dos estudantes de medicina que ali estavam, chamou-me muito a atenção. Tratava-se de um jovem americano de 20 anos de idade, que, aparentemente, tinha alguma descendência árabe e que ali comparecia para ter um plano terapêutico para hérnia umbilical.

Como eu já estava familiarizado com os atendimentos e já havia me sido confiados os pré-atendimentos médicos, encaminhei-me até uma das salas de atendimento e lá encontrei o jovem Gustavo. Ele estava sentado em uma poltrona, logo à frente da maca em que os pacientes eram examinados.

Assim que entrei na sala de atendimento, desejei uma boa tarde a Gustavo, abri o seu prontuário eletrônico e o perguntei sobre o que o trazia até aquele centro

médico. Imediatamente, Gustavo respondeu, em baixo tom de voz e pausadamente, que estava ali buscando um tratamento para a sua hérnia umbilical.

Afirmou que, no passado, praticava esportes de alto desempenho, com levantamento de peso, porém parou, após o aparecimento da hérnia umbilical. Disse que, talvez em razão da hérnia, passou a sentir desconforto e dor intermitentes na região abdominal bem como dor no estômago, de intensidade 3/10, principalmente após as refeições.

Gustavo asseverou que levava uma vida saudável, não consumia álcool e drogas nem fumava, praticava exercícios físicos regulares, tendo diminuído a intensidade ultimamente, em razão do aparecimento da hérnia umbilical. Mencionou que se sentia estressado por motivo de assuntos escolares e demonstrava tristeza e medo em seu comportamento e em suas expressões.

Pedi para Gustavo se sentar sobre a maca e levantar a sua camisa para que eu pudesse realizar o exame físico. Após auscultar coração e pulmões, realizei a palpação abdominal e a manobra de Valsalva, quando pude perceber, nitidamente, a presença da hérnia umbilical em Gustavo.

Após o exame físico, Gustavo retornou para a sua poltrona, ocasião em que o indaguei a respeito de ansiedade e de depressão. Gustavo negou se sentir depressivo, mas assinalou estar ansioso por acreditar que a sua hérnia umbilical seria um entrave na sua vida profissional, vez que ele desejava se tornar nutricionista esportivo.

Após realizar as devidas anotações sobre o histórico clínico e o exame físico de Gustavo, mencionei a ele que iria sair da sala, mas que voltaria com o dr. João, médico de família, quem também o examinaria e realizaria, propriamente, a consulta médica. No entanto, dr. João logo ingressou na sala, dando continuidade ao atendimento.

Naquele momento, dr. responsável cumprimentou Gustavo e me sinalizou, com um olhar, que aquele era o momento de início da minha tarefa de repassar a ele a história colhida e o exame físico realizado. Após a tarefa cumprida, dr. João conversou, rapidamente, com Gustavo e me indagou quais eram os tratamentos disponíveis para o quadro dele.

Como eu não tinha ideia sobre o tratamento, respondi ali mesmo que não sabia. Dr. responsável, em seguida, solicitou que eu pesquisasse e voltasse em cinco minutos com a resposta sobre o tratamento terapêutico para hérnia umbilical. Logo após, ele saiu da sala e eu também dali me retirei, informando a Gustavo que logo voltaríamos.

Passados os cinco minutos, já estava eu de posse dos tratamentos disponíveis, de volta à sala, e com Gustavo e dr. responsável na minha companhia. Ao fechar a porta, eu os informei que, entre os tratamentos disponíveis, existiam os tratamentos cirúrgicos e os tratamentos mais conservadores, como o uso de cinto no local da hérnia umbilical.

Ao ouvir as possibilidades terapêuticas, Gustavo disse, com firmeza, que não queria fazer cirurgia. Diante de sua resposta, dr. João o informou sobre a possibilidade de utilizar um cinto sobre a hérnia umbilical, tendo indagado a Gustavo se este seria um tratamento que ele anuiria. Gustavo, por sua vez, afirmou que estava disposto a tentar o tratamento proposto, e a ele foi feita a prescrição, naquele exato momento.

Após finalizar e entregar a Gustavo a prescrição, dr. responsável se despediu e o informou que eu o acompanharia até a recepção, para agendamento do retorno, tendo deixado a sala de atendimento. Naquele instante, olhei fixamente para Gustavo e percebi que ele permanecia com a mesma expressão de tristeza, do início de sua consulta.

Diante disso, lembrei da confissão que Gustavo havia me feito sobre o seu estado de ansiedade motivada por acreditar que a sua condição médica o impediria de atingir o seu sonho de ser nutricionista esportivo. Foi quando me veio um sentimento de compaixão que me impulsionou a dizer algumas palavras de conforto a Gustavo.

Nesse contexto, olhando nos olhos de Gustavo, disse a ele que todos os sonhos que ele aspirava seriam realizados e que o seu quadro de saúde não o impediria de atingir qualquer sonho, já que ele poderia se tratar e encontrar diferentes meios para realizar as metas de vida que ele almejava.

Naquele instante, Gustavo, que também olhava fixamente para mim, respondeu, com uma expressão de libertação, que ele estava ali buscando ouvir exatamente o que eu acabava de lhe dizer. Por isso, agradeceu-me, com um olhar sincero e apertando minha mão, mas disse que já sabia sobre todos os tratamentos disponíveis, pois já havia pesquisado na internet a respeito.

Naquele momento, Gustavo deixou de lado a tristeza e me pareceu transbordar confiança e esperança. E, embora eu permanecesse sem esboçar emoção, a manifestação de Gustavo me tocou. Saímos da sala, reagendei o seu retorno com a equipe da recepção do centro médico e, com um sentimento de compaixão, despedi-me dele, um paciente que me permitiu aprender a ser mais humano e empático.

A MATATU

Tomás Costa Arslanian

O despertador tocou às 5h15 da manhã. Eu tinha exatamente 15 minutos para tomar banho, escovar os dentes, vestir-me e comer alguma coisa. Nosso transporte estaria nos esperando às 5h30, na Organização Não Governamental (ONG) escolhida, para nos levar a um hospital materno, em uma área carente de Nairóbi/Quênia. Após me arrumar cuidadosamente, para não acordar os outros cinco homens do quarto, desci para a cozinha. Lá, encontrei Beatriz e Letícia, as outras estudantes de medicina que também iriam acompanhar a doutora hoje, que logo se juntou a nós, e conversamos um pouco até a Matatu, uma van de transporte típica do Quênia, chegar. E, assim, começou um dos dias mais marcantes da minha vida.

A casa onde estávamos hospedados ficava em Kikuyu, uma cidade nas redondezas da capital queniana. Nosso destino era o Hospital de referência do local, que ficava na capital. Embora a distância não fosse grande entre os dois locais, devido ao trânsito caótico da cidade, o percurso demorou cerca de duas horas, tempo mais do que o suficiente para receber as orientações da doutora e apreciar uma das grandes cidades africanas.

Chegando ao hospital, fomos diretamente para o centro cirúrgico, onde passaríamos a manhã auxiliando a doutora a realizar cesáreas. O hospital onde

estávamos assim como todos os outros do Quênia são particulares, mas a entrada dele lembrava muito a entrada dos hospitais do SUS os quais estou acostumado a frequentar, então, pensei que a experiência seria muito parecida com a que teria se estivesse no Brasil. Todavia, foi só entrar no centro cirúrgico, ou theater, como eles chamam, que percebi que a experiência seria drasticamente diferente.

Antes mesmo de entrar no centro, caso não tivéssemos pedido propés, teriam deixado a gente entrar com os nossos tênis sujos. Ao entrar na sala de operação, percebi que, além de não ter ar-condicionado, não havia sistema de ventilação algum. E, na hora de fazer a paramentação, a única coisa que tinha para lavar a mão era detergente normal. Sei que estou sendo muito crítico e que eles fazem o melhor com o que está disponível para eles, mas acredito que isso serve para demonstrar o quão bom é o nosso sistema de saúde no Brasil. E, logo, entrou a primeira paciente na sala.

O caso era bem peculiar, pois a paciente era de Uganda e não falava nem o inglês, o nosso meio de comunicação, nem o swahili, a língua mais falada no Quênia, ou seja, nem a gente nem os médicos quenianos tinham um meio de comunicação com a paciente. E, para agravar, ela estava com sepse grave.

Como seu bebê estava começando a ficar com sofrimento fetal, precisávamos iniciar a cesárea, mesmo sem a mãe estar entendendo o que estava acontecendo. Embora ela estivesse com expressões de espanto e medo, não mostrou muitos sinais de resistência à cirurgia. Então, creio que sabia, mais ou menos, o que estava acontecendo. Ou será que o quadro dela não permitia que ela demonstrasse resistência? A única coisa que sabíamos naquele momento era que precisávamos fazer a cesárea, senão poderíamos perder tanto a mãe como o bebê.

A cirurgia estava indo bem, a doutora estava explicando tudo, bem detalhadamente, para nós, à medida que ia realizando a cirurgia, e, para o alívio de todos, o bebê nasceu bem. Ele foi imediatamente levado por um enfermeiro para outra sala, a fim de ser examinado, mas conseguimos estimar que o primeiro Apgar foi em torno de 7-8, que, de acordo com a médica, era excelente, levando em consideração o quadro da mãe.

Após o nascimento, as explicações da doutora terminaram. No primeiro momento, pensei que era porque não tinha muito mais o que explicar, só suturar. Mas o tempo foi passando, e eu, só observando. Quando a cirurgia já tinha em torno de 50 minutos de seu início, comecei a perceber que não estava tudo bem. Era a primeira cesárea que estava assistindo e não sabia como era o procedimento, mas, segundo as orientações que recebemos na Matatu, no início do dia, sabia que cada cesárea levava em torno de 20 a 30 minutos. Ademais, a médica pediu para eu ir buscar mais fio de sutura algumas vezes na estante. Decidi perguntar o que havia acontecido, e a doutora falou que depois explicava.

A cirurgia durou um pouco mais de duas horas, mas tanto o bebê como a mãe saíram bem. Assim que a mãe foi levada para a sala de recuperação, recebi a resposta para a minha pergunta. Como a mãe estava com sepse, o útero dela também estava infeccionado. Diante disso, ao retirar o bebê do útero, ele sofreu uma laceração enorme. Então, foi muito difícil restituí-lo. Ela considerou fazer uma histerectomia, mas precisaria de um médico auxiliar, algo que não tínhamos. A médica persistiu e, depois de muito trabalho e esforço, conseguiu reparar o útero e terminar a cirurgia com êxito.

Demorei algumas semanas após essa viagem, realmente, conseguir processar os acontecimentos desse dia e da viagem como um todo. É incrível como, mesmo tendo acabado de ter estudado algo em um livro ou lido vários artigos sobre algum tema, nada será igual à experiência. Como diz o ditado famoso da medicina: “na medicina, como no amor, nem nunca nem sempre”.

UM NOVO DIA

Isabelle Cristina Abreu Bílio

Era uma terça-feira quente e ensolarada, que marcou a minha primeira visita à ala da maternidade do hospital regional de referência. Porém, não somente isso marcou essa minha primeira visita, mas também o contato com uma paciente difícil de se esquecer, tanto pela sua individualidade única como também pela força que exaltava. Ao adentrar o quarto, havia diversos leitos, e fui designada para um

específico, no qual tinha Sandra, que estava internada, e seu marido Victor, que a acompanhava. Como de costume em experiências anteriores, iniciamos a entrevista, a fim de colher uma história detalhada sobre o quadro de Sandra.

Sandra era jovem e foi muito receptiva em responder as perguntas, contribuindo com o fornecimento de informações, de forma clara e afetuosa. Sempre muito educada e com bom humor para todos os exames e manobras que foram realizados. No momento da consulta, a paciente mostrava-se com ótima recuperação, após uma cesárea de emergência, apresentando sinais vitais adequados e condições físicas favoráveis. Apesar disso, suas condições psicológicas se apresentavam significativamente desgastadas e pesadas. Relatou, durante a entrevista, a ocorrência de aborto prévio que foi extremamente ofensivo para sua saúde mental, o que contribuiu ainda mais para quadros depressivos preexistentes.

No perpassar da entrevista, Sandra mostrou receio em estar no hospital, já que a sua última experiência internada tinha sido devido a um abuso sexual, o qual foi o fator desencadeante de um quadro depressivo. Diante daquela revelação, procuramos tentar compreender ainda mais as dores emocionais que a afligiam e percebemos que era um assunto ainda muito doloroso para que fosse explorado e dialogado. O marido, Victor mostrou-se muito afetuoso e parecia saber sobre o ocorrido, expressando a mesma dor sentida pela esposa e não demonstrando abertura para que o assunto fosse discutido. Com o passar da entrevista, percebemos que Sandra também não mantinha um relacionamento com os familiares, como o pai e a mãe, e esse distanciamento tinha carga emocional evidente nela. Mesmo diante disso tudo, Sandra apresentava-se calma e solícita, transmitindo carinho e demonstrando animação em relação ao filho que tinha acabado de nascer.

A partir dessa situação, consegui perceber a vulnerabilidade de diversos grupos femininos e como a agressão contra a mulher é uma situação cada vez mais comum. Quando ouvimos sobre feminicídio e abuso sexual, de certa maneira, a impessoalidade na função de ouvinte garante uma distância em relação à nossa realidade pessoal, mas, quando há um relato tão próximo de você, as palavras ganham força de tornar aquela situação ainda mais real. A partir do relato de Sandra, pude notar como o abuso sexual ainda é constante nos meios de saúde e evidencia as

dificuldades dos profissionais de saúde em conseguir abordar e lidar com essa situação na relação com o paciente.

No caso de Sandra, percebi a importância do apoio e do suporte de pessoas que a amam, como o marido dela, na superação desse tipo de situação tão traumatizante. A necessidade de se cercar de pessoas amorosas, afetivas e que dão apoio torna-se quase um imperativo para a superação de experiências tão traumáticas. Além disso, reforça a visão do paciente como um indivíduo, abordando todos os aspectos que influenciem o curso da patologia e não somente a visão orgânica. O amor e a afetividade permitiram que a dor vivenciada por Sandra se tornasse força interna maior, que a levou a seguir em frente e a ter novo recomeço, com um filho e uma família que transborde amor e carinho. No final da consulta, entendi que a felicidade do paciente também reflete e contribui no seu poder de cura e que os fatores psicológicos e a carga emocional individual também são aspectos decisivos na saúde do paciente.

EXTRAPOLE: SOMOS MÉDICOS DO CORPO E DA ALMA

Arthur de Barros Andrade

Era fim de tarde de um sábado, quando a medicina me ensinou uma grande lição, mas antes preciso voltar um pouco no tempo.

Desde o início da faculdade de medicina, faço parte de um grupo chamado MedCAL – médicos do corpo e da alma –, que é um grupo de estudantes e de profissionais católicos da área da saúde, os quais doam o seu trabalho para ajudar comunidades carentes, montando mutirões de atendimentos, ato chamado por nós de missões humanitárias. Em janeiro deste ano, fui para uma cidade próxima de Goiás, em missão, atendi a várias queixas de diferentes pessoas, em diferentes condições de saúde, mas uma, em particular, foi desafiadora e inspiradora para mim.

Era uma mulher de 40 anos que vinha com a queixa de pressão alta e de dor generalizada na cabeça. Conforme ia fazendo a história clínica, percebi os sintomas muito inespecíficos e desconexos, ela não conseguia caracterizar a dor, determinar a

intensidade e, ao exame físico, não tinha alteração alguma. Com relação à pressão, estava tudo normal, 120X80 mmHg, em uso de medicamentos com prescrição e acompanhamento médico regular.

Visto isso, pensei, o que mais fazer? Agora só restava conversar com a paciente, mas foi bem aí a mudança na história toda. Conversando com a paciente, notei que ela sempre olhava para os lados, então, perguntei se havia alguém a acompanhando, e ela respondeu que o marido estava na consulta com o psicólogo a poucos metros de lá. Tomei a liberdade de perguntar se a relação deles era harmônica, e houve um silêncio na resposta, seguido de muito choro; a partir daí a paciente se abriu totalmente e contou como a sua relação estava desgastada com o marido e que só os filhos sustentavam o casamento.

A consulta tomou um rumo totalmente diferente do imaginado, e aquela queixa não estava descrita em livro algum de medicina interna, protocolo clínico ou apresentação de faculdade, pois as queixas tratadas eram relacionadas com amor, religião, família, espiritualidade, cumplicidade. Tudo o que foi falado ali representou um completo e sincero amparo e não tem tanta validade neste relato documental, porque, naquele momento, o aspecto humano e de caridade cristã falou mais alto, gritou!

A lição que eu carrego desse episódio pode ser resumida em uma simples frase de um médico renascentista português, Abel Salazar: “o médico que só sabe de medicina nem de medicina sabe”. O olhar do paciente muitas vezes pode dar o diagnóstico, vá além dos livros, se mostre humano. Não podemos ter medo de conversar sobre qualquer assunto com quem estamos ajudando. Mas e se eu extrapolar? Se for para o bem dele que **EXTRAPOLE!**

REFERÊNCIA

PENTIADO JÚNIOR, Jorge Alberto Martins *et al.* Love and the value of life in health care: a narrative medicine case study in medical education. *The Permanent Journal*, v. 20, n. 2, p. 98-102, 2016.

EU VEJO VOCÊ

Maria Carolina de Araújo Seixas

No dia 5 de novembro de 2019, ao acompanhar um plantão na enfermaria de infectologia de um hospital público de Brasília, conheci uma mulher incrível que, verdadeiramente, mudou a minha vida. Naquela manhã, fui ao hospital realizar uma das atividades de extensão da Liga Acadêmica de Infectologia do CEUB, que corresponde ao acompanhamento desses plantões. Estava acompanhada de uma colega de turma e confesso que não estava muito animada em relação à prática que iria realizar.

Ao entrar nas enfermarias, o médico e os residentes que estavam conosco apresentavam individualmente os pacientes e avaliavam a evolução de cada um deles. Os ambientes eram, em geral, arejados, com dois leitos – um para cada paciente – e cadeiras para os acompanhantes. Quando chegamos na enfermaria da senhora Verônica, onde estavam ela e o seu esposo, como acompanhante, a paciente encontrava-se deitada no leito, em regular estado geral e vigil. Inicialmente, cumprimentamos a paciente e ela abriu um sorriso no rosto e respondeu a nossa saudação. Nesse momento, foi iniciado o exame físico por um dos residentes, durante o qual a paciente mostrou-se extremamente colaborativa. No decorrer do exame físico e da entrevista, eu e minha colega permanecemos em pé, num canto da sala, observando tudo com certa inquietação, uma vez que percebemos a dificuldade do médico, dos residentes e até mesmo do acompanhante de se comunicarem com a paciente. Ao final do exame, os residentes começaram a passar o caso, tratava-se de uma paciente, do sexo feminino, de 47 anos, CID B24, sem uso da terapia antirretroviral há 4 anos, por abandono de tratamento, que foi internada no dia 3 de agosto de 2019, diagnosticada para neurocriptococose e que, durante a internação e o tratamento, evoluiu com perda da acuidade visual bilateral severa e com redução da acuidade auditiva.

Após a apresentação do caso e quando o médico e os residentes finalizaram o exame físico, a paciente se dirigiu ao médico da equipe e começou a falar. Ela relatou que estava sentindo piora progressiva na audição e, sobretudo, na visão e

pediu a ele que a liberasse temporariamente para que ela pudesse ver a família, as filhas e a neta enquanto ainda podia. “Eu queria ver minha neta e minhas filhas antes de ficar cega”, disse a paciente enquanto chorava. A senhora Verônica disse ainda à equipe para ficarem tranquilos que ela voltaria ao hospital para continuar o tratamento e que só precisava de alguns dias para que pudesse ver a família. Nesse momento, meus olhos se encheram de lágrimas e confesso que foi um trabalho árduo evitar o choro.

Ao final da fala da paciente, o médico responsável apertou e segurou sua mão e falou de forma clara e expressiva, com um tom de voz elevado, que ele ia apenas esperar o resultado de um exame e, finalmente, formalizar sua alta. Depois disso, a senhora Verônica manifestou preocupação e disse que não tinha escutado o que o médico havia dito. Novamente, com um tom de voz ainda mais elevado e com a ajuda do esposo da paciente, o médico repetiu a explicação. A senhora Verônica abriu, então, um grande sorriso no rosto, emocionou-se e agradeceu ao médico e a toda a equipe. Nesse momento, em todo o ambiente, era possível perceber uma comoção coletiva e muita felicidade pelo aparente desfecho da história.

Infelizmente, algumas horas depois, os resultados dos exames mostraram presença de cisticercos em liquor, indicando a necessidade de permanência da internação e de prolongamento do tratamento. Ainda assim, o médico da equipe, consciente do estado atual da paciente e de todos os fatores envolvidos no processo de saúde e doença dela, formalizou a alta.

No final do plantão, eu, minha colega, os residentes e o médico da equipe retornamos à enfermaria onde estava a senhora Verônica. Ao entrarmos na sala, deparamo-nos com a paciente sentada no leito e com o seu acompanhante sentado na cadeira ao seu lado, ambos reflexivos e em silêncio. Quando cumprimentamos a paciente, ela logo correspondeu à nossa saudação. Em seguida, o médico calmamente e, com a ajuda do acompanhante, explicou o resultado do exame para a paciente, o que ele significava e a necessidade de dar continuidade ao tratamento. Ele continuou a fala dizendo que ia dar a alta para a senhora Verônica se ela se comprometesse a continuar com o tratamento em casa e a retornar ao hospital dentro de alguns dias. Dito isso, a paciente, ainda surpresa com a situação, emocionou-se

novamente, agradeceu ao médico e se comprometeu a tomar todos os medicamentos que fossem indicados e a retornar ao hospital na data estipulada. Seguidamente, despedimo-nos da paciente, e eu e minha colega fomos liberadas.

Em suma, após ter vivenciado tudo isso, afirmo, com certeza, que minha vida mudou. Saber da preocupação da senhora Verônica em ver sua família, diante da consciência da possibilidade de finitude dos seus sentidos e da progressão da doença, chamou muito minha atenção. Além disso, perceber a serenidade da paciente ao compreender a piora da doença e, ainda assim, valorizar e agradecer ao trabalho da equipe médica fez com que eu refletisse sobre o exercício da gratidão.

Ademais, apesar de não ter tido contato direto com a paciente, pude aprender muito durante a entrevista, principalmente a respeito de uma abordagem médica mais humanizada e holística. Essa experiência viabilizou, também, a ratificação da necessidade de desenvolver inúmeras habilidades técnicas e emocionais para a abordagem do paciente e a percepção, na prática, da importância de utilizar o método clínico centrado na pessoa.

A CASA DE VOVÓ ELISA

Isabella Gonçalves Andrade

Era uma quinta-feira, no final da tarde, sentadas na varanda da casa de vovó Elisa, quando começamos a conversar. O céu estava lindo, e os pássaros cantavam no jardim, na calmaria de uma cidade do interior. Casa arejada, arrumadinha, cheia de alegria, do jeitinho que vovó gosta. A varanda estava fresquinha, e o café, quentinho, com pão de queijo que tinha acabado de sair do forno. Mulher de um coração gigante, tem a fala mansa que transmite calma, alegria estampada no rosto e o abraço pronto para receber os netos, que ama contar suas histórias e experiências de vida.

Elisa, 67 anos, mora em Rubiataba, no interior de Goiás. Hipertensa, diabética, fumou por muito tempo – desde os 14 anos –, mas, hoje, passou a colocar sua saúde em primeiro lugar, por recomendação médica, após infarto há cinco anos. Casada há 34 anos, com Marcos, de 67 anos também.

Às 17h, saiu pelo quarto vovô Marcos, com o rostinho amassado de tanto dormir e com o sorriso estampado no rosto, olhando na direção dela. A alegria nos contagiou em poucos minutos, o amor estava no ar, ele era a própria calma e alegria. Independentemente da situação, ele fazia a alegria acontecer. E foi aí que começaram as perguntas, e vovó começou a contar o que aconteceu há cinco anos, antes do infarto. Relatou-me que começou a perceber que vovô começou a se esconder das pessoas quando interfonavam, a não atender mais o telefone e a pedir para mentir, dizendo que não estava em casa. Ela achou muito estranho, contou para as suas duas filhas e o levaram ao médico. O primeiro diagnóstico foi de depressão, aos 57 anos, e ele começou a ser tratado, com medicação e terapias, e cinco anos depois foi diagnosticado com a Doença de Alzheimer. E foi aí que tudo desabou. Vovó entrou em uma tristeza profunda, pois não aceitava que “essa doença maldita” estava perseguindo o marido dela. Sem saber o que fazer, começou a fumar ainda mais, todos os dias, até tarde da noite, quando ele já estava dormindo.

Foi então que o excesso de cigarro a levou para a cama de um hospital, onde passou por cateterismo e angioplastia. O medo tomou conta dos seus pensamentos: “quem vai cuidar do Marcos?”. Depois da cirurgia, começaram as terapias e as consultas semanais no cardiologista, para entender a necessidade de largar o cigarro. A questão da saúde tinha o seu valor principal nessa situação, mas ela diz que o fato de cuidar da sua saúde para conseguir cuidar de vovô falou mais alto. Depois disso, nunca mais quis falar em cigarro. Os dias, então, resumiam-se em cuidar da sua saúde para, assim, cuidar de vovô.

A vida de vovó se resume aos cuidados com vovô, durante 24 horas por dia, desde o café da manhã até o jantar, além de colocá-lo para dormir. Os pensamentos de medo não a perseguem mais, mas há dias que ela diz ficar muito triste de ver ele nessa situação e fica imaginando o que ele deve pensar, pois “era um homem tão bom e hoje nem lembra das filhas e tem dias que me chama de mãe”. Hoje, cinco anos após o diagnóstico, ele já não reconhece quase ninguém, fica quieto por causa dos remédios e dá um pouco de trabalho. “Na verdade, ele me dá trabalho na hora de tomar banho, foge do banheiro, mas eu adulo e consigo dar banho e colocá-lo para dormir. Ele me ensina a ter paciência, a ser grata por ter saúde e poder cuidar dele”, diz vovó. Ela afirmou nunca ter passado pela sua cabeça interná-lo em um asilo e

completou, dizendo que, enquanto der conta, ela que vai cuidar dele – nunca reclamou de ter de cuidar dele – e terminou falando que ela faz por ele o que ele fez a vida inteira por ela e pelas filhas: “ele cuidou de nós com o seu trabalho, nunca deixou faltar nada em casa, e, hoje, posso cuidar dele com meu amor e cuidado”.

E foi daí, de uma tarde calma, que tiramos uma lição: o amor. O amor pode não curar as doenças, pode não reverter os quadros clínicos citados durante a narrativa, mas cura a descrença da vida, o desânimo e dá vida, renova o que, antes, era tristeza. Isso tudo me fez refletir sobre a fase que estou vivendo. Morar distante da minha família é uma constante superação de medos e de saudade. Eu, definitivamente, entendi que o amor é o bem mais importante da vida. Todo mundo fala, mas ninguém para para analisar o que isso, de fato, significa. Morar longe, passar finais de semana sem abraçar alguém da família, faz-me dar valor ainda mais no amor e na saúde de cada pessoa à minha volta – principalmente, dos meus familiares. Eu não enxergava o valor da saúde até ver minha avó, há cinco anos, em uma maca, pronta para fazer angioplastia, não sabia o que aconteceria após a cirurgia ou se aquela seria a última imagem dela. Hoje, ela me dá motivos para estar correndo atrás dos meus sonhos e valorizar a minha saúde. E me deparar com as situações que vemos, semanalmente, nos rodízios do ciclo clínico, foi um divisor de águas para mim. A falta de saúde para qualquer um independe de qualquer coisa, seja dinheiro, idoso ou jovem. Fico pensando, e se fosse eu? Quais seriam os meus desejos? Qual seria a minha motivação? Será que, de fato, estaria com a consciência limpa de ter aproveitado os momentos com as pessoas que eu amo? Certamente, se fosse vovó, ela falaria que ter vovô é o que a motiva a acordar todos os dias e agradecer pela sua vida e cuidar da sua saúde.

Situações como essa me fazem pensar no valor que temos que dar à vida. Independentemente da circunstância que estamos passando, devemos viver com alegria, correr atrás dos nossos sonhos, ser gratos e otimistas. Em uma profissão que requer frieza em algumas situações, não podemos esquecer que lidamos com vidas. E vale muito a pena o esforço em ouvir e fazer com que o dia de um paciente seja melhor, arrancando sorrisos. Não se perde nada, apenas se ganha, e eu ganho motivos para continuar seguindo os meus sonhos e dar alegria para vovó, contando o que aprendi durante a semana, por intermédio de uma simples chamada de vídeo.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Gustav Jung

ERA A DOR DE GERAR UMA VIDA

Laís Araújo Souto

Era uma terça-feira do mês de setembro, e em um hospital privado de Brasília ocorria uma visita proporcionada pela Liga de Medicina Intensiva do CEUB. A orientadora era uma médica que já tínhamos tido contato e sabíamos da sua incrível competência profissional. Carregados de expectativa, caminhávamos pelo hospital sob a supervisão dela. Primeiro, visitamos a UTI neonatal, e a atmosfera já mudou, pois era visível que cada recém-nascido estava lutando pela sua vida, mal conheciam o mundo exterior, no entanto, já demonstravam sua bravura naquelas incubadoras, uns melhores que os outros, mas, sem dúvida, era visível o brilho de cada ser. O cuidado de toda a equipe estava nos detalhes, cada incubadora tinha um polvo de crochê, que, de forma terapêutica, acalmava cada recém-nascido. Direcionamo-nos para outra parte da UTI, e nos foi chamada a atenção um recém-nascido hipotônico, icterico, com ausência de choro. Os médicos não sabiam a causa, então, iniciaram uma investigação minuciosa, a fim de compreender o quadro que ele apresentava. Foi realizada uma punção lombar, com o objetivo de avaliar o líquido e descobrir possíveis patógenos. A médica plantonista foi realizar a primeira tentativa, a criança foi curvada e apalpada, no nível da vértebra L3-L4, e, no espaço, foi inserido a agulha, no entanto, o líquido não veio; uma segunda tentativa foi feita, mas ainda sem sucesso. Sabendo e reconhecendo sua limitação, a médica chamou outro plantonista, que, por fim, conseguiu. Nunca saberemos o desfecho desse caso, mas torci para que tudo tenha se encaminhado de forma positiva. Seguíamos, então, para o centro cirúrgico do hospital. Eu já havia entrado em outros, mas aquele, sem dúvidas, foi especial, a cirurgiã-obstetra estava sendo auxiliada pela filha dela, de igual profissão, uma de frente para a outra. Duas mulheres. Um anestesista de canto,

um pediatra e algumas enfermeiras também estavam presentes. O anestesista, pacientemente, ficou do meu lado, explicando cada procedimento. Como nós estudantes estávamos ali, foi sugerida a realização da entrevista da paciente. Realizamos perguntas objetivas, devido à ansiedade dela e ao momento que estava vivenciando. As perguntas eram feitas olho no olho, com toque, e, depois de alguns segundos, parecia que nós a conhecíamos. Primeira gestação, negava doenças crônicas e estava acompanhada do marido. Queixava-se de muita ansiedade, apreensão e dores devido ao processo fisiológico do parto. Referia a dor como jamais tinha sentido antes, doía como nunca, contudo não era só a dor. Era a dor de gerar uma vida. A humanidade de todos ali foi única, à gestante foi dada toda orientação e cuidado sobre cada passo que ia acontecendo, cada profissional, sem dúvidas, era provido de amor. Foi uma cesárea com boa evolução. Tudo parecia uma orquestra, todos em um único ritmo, fazendo movimentos leves, uma sala predominantemente feminina, vendo o poder de uma mulher em dar à luz. Foi uma sonoridade única. A gentileza reinou. Foi uma das experiências mais lindas e com muita luz que presenciei. A atmosfera foi de grande importância para marcar essa experiência, foi como um sonho. A luz era clara, não havia gritos, tudo pareceu ser planejado em cada detalhe. O sentimento de gratidão e de paz foi preenchido pelos quatro cantos e por todas as pessoas presentes naquela sala. O impacto daquele dia na vida da gestante permanecerá para sempre bem como para muitas pessoas daquela sala. Sobre a execução da entrevista, realizamos da melhor maneira possível, frente a todo o sentimento envolvido e, acima de tudo, fomos empáticas. Com relação à prática médica, foi percebido que a maneira como o chefe da equipe e a sua equipe se comportam influencia diretamente na dinâmica das atividades realizadas.

ERA UMA VEZ, NA UBS

Bruna Alves das Oliveiras

Era uma sala pequenininha demais para acomodar confortavelmente as quatro pessoas ali presentes. O cômodo era limpo e possuía objetos essenciais para a UBS:

uma maca, um armário, no qual eram alocados os remédios e algumas bagunças, uma mesa, um computador e quatro cadeiras.

As quatro pessoas estavam em suas respectivas cadeiras. A médica fitava e escutava atentamente as alegações da irmã de Andréa Carvalho Lima. Eu, por outro lado, no primeiro dia do meu estágio no interior do Brasil, estava com o olhar meio perdido, no meio da situação. Não sabia se imitava a postura da dra., se fingia que nada grave estava acontecendo ou se me atentava à feição comovente de Andréa.

Andréa era uma jovem de 14 anos, humilde, com passado conturbado e presente desesperador. A história da doença atual era constituída por sintomas depressivos, tentativas de suicídio e automutilação. A realidade difícil da adolescente teve início na infância, quando ela e a irmã foram abandonadas pela mãe. Anos depois, aos 13, a jovem engravidou e, aos seis meses de gestação, perdeu o bebê, após um acidente de moto. Era usuária de drogas, lícitas e ilícitas, mantinha relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros, e todas essas atitudes não eram capazes de preencher seu vazio existencial. Dessa forma, enxergou no fim da vida uma possível solução para os seus problemas. O pai e a irmã presenciaram uma tentativa de suicídio da adolescente, e, com essa situação, a irmã tomou as rédeas e acompanhou a jovem para uma consulta na UBS mais próxima. Não fazia uso de medicação prescrita por profissional de saúde, não frequentava algum terapeuta, não possuía alguma fé, estava largada à mercê do destino. Não relatava outros sinais ou sintomas associados.

Estava claro para mim que Andréa sempre sentiu, profundamente, todas as dificuldades que passou, e os aspectos tristes sempre sobrepuseram os felizes. A paciente era lacônica e evitava qualquer contato visual comigo ou com a doutora. Estava levemente fletida para frente, como quem carrega o peso do mundo nas costas. Sabia da existência dos seus problemas, mas não tinha força para resolvê-los. Tudo era doído demais, tudo era muito injusto demais.

A doutora foi bem direta, incisiva e honesta durante o curso da entrevista. Detalhou perfeitamente que eram necessárias alterações bruscas na vida da adolescente, caso quisesse sair daquela situação. Evidenciou para a irmã a importância do auxílio familiar e da presença de alguém com Andréa, durante os

dias iniciais do tratamento. Andréa acenava com a cabeça como quem entendia, mas não sabíamos se ela estava de corpo e alma ali. A doutora fez o encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) local e explicou sobre a importância do acompanhamento de profissionais, como psiquiatras e psicólogos, para a situação. Ademais, foram realizados testes rápidos para doenças sexualmente transmissíveis, devido ao histórico da paciente.

Foi um momento intenso, no qual lutei com diversos sentimentos conflitantes. Inicialmente, fiquei revoltada com tamanha irresponsabilidade advinda daquela paciente. Como podia alguém tão jovem jogar oportunidades e saúde no lixo daquela forma? Depois, partindo para uma análise mais profunda acerca da situação e colocando os pés na realidade, concluí que é muito exigir que aquela menina tenha a mesma visão da realidade que eu tinha na mesma idade. Crescer em uma família conturbada, em uma realidade cheia de vulnerabilidades, no interior do interior da Bahia, pode não trabalhar a favor da saúde mental e física das pessoas. Acho fulcral compreender que os fatores aos quais as pessoas são expostas podem ter muitos impactos negativos e que não cabe ao profissional de saúde julgá-los. O papel do médico naquela situação foi o de cuidar e de tentar convencer aquela paciente de que sua vida tem valor e que mudanças são necessárias e possíveis.

POR DENTRO DE UMA VISITA DOMICILIAR

Andressa Mota Gonçalves

Meu relato começa como todas as outras experiências vividas durante minhas visitas do eixo educacional IESC. Sempre visitamos primeiro a cada da família com a qual trabalhamos, onde somos muito bem recebidos pela dona Luciana, como todos a chamam. Luciana é uma senhora de 61 anos, que apresenta um quadro intenso de úlcera varicosa, a qual requer constantes trocas de curativos, e uma hérnia periumbilical de tamanho significativo. Ela é muito atenciosa, mas do jeito dela.

Nossas visitas são muito esperadas, ela sempre confirma quando vamos à sua casa e sempre fica de prontidão, esperando a hora que iremos passar. Sua casa

sempre está em boas condições, não há muita presença de família, ela mencionou que têm filhos, porém, só um reside com ela, e não apresentou outras informações a respeito dos demais filhos. Uma vez, quando a questioneei sobre os outros filhos, ela demonstrou certo desconforto com o assunto e não quis mais falar sobre isso. Porém, ela parece ter o apoio dos irmãos, que sempre a ajudam.

Esse dia não foi diferente. Cheguei e comecei a fazer perguntas sobre a comorbidade que mais a incomodava, que, conforme exposto por ela, é a sua hérnia. Dona Luciana sempre relata queixas a respeito da vergonha que tem ao sair na rua, pois sempre olham estranho para a hérnia, e, por essa razão, ela tenta vestir roupas as quais amenizam a sua aparição. Esse fato já tinha sido exposto em várias visitas, e ela sempre reforça o quão incômoda é a sua condição. Em relação à úlcera varicosa, ela sempre cuida da melhor forma possível e, em algumas visitas que fizemos com a ajuda de enfermeiros, ouvia atentamente nossas dicas de como amenizar a sua ferida.

Desde a primeira visita, fomos informados de que ela estava na fila para realização de duas cirurgias, uma para a variz extensa que tem em seu tornozelo direito, a qual resultou na ferida, e outra cirurgia para a colocação de uma tela, a fim de resolver o problema da hérnia paraumbilical. Assim, todas as vezes que eu tinha acesso ao posto, buscava saber como estava a colocação da dona Luciana na fila para realização dessas cirurgias e, como de costume, nesse dia, eu fui checar junto ao meu professor Alexandre a condição em que se encontrava a dona Luciana nessa fila. Ao checarmos, vimos que ela realizaria uma das cirurgias dentro de cinco dias, e nem ela nem mesmo a equipe de saúde que a acompanhava sabiam; então, resolvi dar a notícia pessoalmente e passar algumas informações que ela precisaria ter para se conduzir corretamente até a cirurgia.

Ao voltar em sua casa, pois já havia a visitado mais cedo, dona Luciana nos recebeu bem, como sempre, porém ficou curiosa pelo motivo da nossa volta. Comecei a informá-la que tinha uma boa notícia em relação a suas cirurgias, e logo ela questionou se era a respeito da sua hérnia, pois é a maior causa de suas queixas. Com esse questionamento, eu percebi que fui precipitada ao agir alegremente em relação à cirurgia de sua úlcera, uma vez que, para ela, a situação não era sinônima de grande felicidade, já que apenas seria se fosse em relação à cirurgia de hérnia.

Mesmo assim, demonstrei a ela todos os pontos positivos do tratamento, e ela se alegrou. O professor Alexandre conseguiu sanar todas as dúvidas que ela tinha a respeito do tratamento, e, ao final da visita, ela já tinha resolvido tudo de forma exultante.

Esse dia para mim, mesmo tendo começado como todos os outros, foi especial, uma vez que eu, pela primeira vez, pude dar uma notícia tão importante e, ainda, ganhei um aprendizado: é necessário saber controlar as emoções perante o paciente, pois a forma como eu trato o assunto pode não ser a mesma como o paciente reage.

Na minha visita seguinte, eu me preparei, principalmente, em relação aos cuidados que aquela paciente deveria ter no seu pós-operatório. Li a respeito e tentei, ao máximo, colher informações para saber atendê-la de forma correta. Todavia, ao chegar em sua casa, recebi a notícia de que ela não tinha realizado a cirurgia. Dona Luciana relatou que fez tudo corretamente, como eu tinha dito a ela, e que, infelizmente, o médico não compareceu ao hospital, deixando ela e outros pacientes, aguardando sem informação alguma, até a hora em que receberam a notícia de que ele estava de férias e não tinha passado adiante sua agenda; então, todos os seus pacientes ficaram sem os seus respectivos tratamentos.

Ao me contar a notícia, dona Luciana sempre me indagava o porquê de tudo aquilo acontecer, como poderia o médico não avisar ao outro sobre sua agenda e fazê-la perder o dia, se cansando e indo atrás de carona e de todos os devidos desdobramentos para a realização da cirurgia, e, diante disso, demonstrou um sentimento de tristeza. Ela disse para mim que tinha até se animado, porém teve uma grande quebra de expectativa e que já não esperava mais nada em relação a seus tratamentos.

Após esse fato, eu percebi a responsabilidade que tem o informante de qualquer notícia. É necessário saber como passar o assunto, de forma muito cuidadosa, tentando não demonstrar seus próprios sentimentos em relação àquilo, ainda mais se você não pode controlar a situação. Naquele dia, eu vivenciei um forte sentimento de impotência, já que eu não podia fazer nada para ajudar a dona

Luciana. Talvez a minha alegria, ao contar a notícia, pode, de certa forma, tê-la influenciado, fazendo com que criasse expectativas sobre aquilo.

À vista disso, é primordial sempre tentar passar, de forma atenciosa, cuidadosa e prestativa, todas as informações, mas tomando todo o cuidado necessário para não colocar sobre o fato ali exposto seus próprios sentimentos e tentar, ao máximo, não influenciar o seu paciente sobre as suas ideias e expectativas.

CAPÍTULO 8

EXPERIÊNCIAS INESQUECÍVEIS PROPORCIONADAS PELO CURSO DE MEDICINA

Marina Batista Kaminski

Para introduzir este capítulo, quero iniciar com meus agradecimentos a todos os educadores que me ensinaram não só sobre a fisiologia dos sistemas que compõem o corpo humano ou sobre as fisiopatologias das doenças que nele fazem morada, mas também sobre como ser uma boa médica e, acima disso, como ser uma boa pessoa.

Este capítulo abordará sobre as experiências pedagógicas proporcionadas pelo curso de medicina, no qual várias narrativas clínicas relatam histórias emocionantes, densas e lotadas de reflexões e de conteúdos que um estudante de medicina só aprenderia na prática cotidiana da medicina e ao estudar durante a sua graduação. Essas narrativas nos fazem questionar a relação entre a formação médica e a dessensibilização emocional por parte do estudante ou o drástico aumento do conhecimento denotativo e a redução do conhecimento humano, conotativo e sensível que nos garante a humanidade.

O fato é que essa humanização da medicina deveria impulsionar os futuros médicos na resolução dos casos clínicos, pois nos deixa mais perto de entender a angústia do homem e de desenvolver a empatia. O ser humano não se configura apenas de denotação, mas também de conotação, arte, filosofia, sociologia, história, literatura, entre outras matérias imprescindíveis para a formação médica. E medicina, direito, engenharia, entre outros cursos, são atividades nobres e necessárias para sustentar a vida, porém poesia, beleza, romance e amor. É para isso que continuamos vivos. A função de um médico é lutar pela vida e pelo bem-estar do paciente. Visto isso, só se pode entender a vida e torná-la suportável, quando

rodeada de práticas humanistas. O foco é compreender a vida de forma integral, e os bons médicos visam a entender o paciente de forma holística, para tratá-lo como um todo, porém ressaltando sempre a individualidade de cada ser.

É de suma importância a formação de um profissional com posturas críticas e reflexivas frente à sua prática. Dessa forma, o contexto atual busca estratégias de ensino nas escolas médicas, para transformar seus projetos político-pedagógicos em propostas menos tradicionais, a fim de permitir que o estudante seja sujeito de sua aprendizagem. Assim, atualmente, o ensino médico revê seus espaços institucionais e cria contextos apropriados para construção da reflexão e do pensamento crítico, buscando o aprendizado ativo e constante, necessário para o futuro do profissional.

Segundo a pesquisa de Colares e Andrade (2009), o aluno de medicina, ao percorrer o caminho para se graduar, depara-se com inúmeros obstáculos, os quais ultrapassam o âmbito da aprendizagem teórica de uma enorme quantidade de conteúdo. O estudante de medicina depara-se, durante sua graduação, com a necessidade do desenvolvimento de habilidades cognitivas, diariamente conhecidas como o raciocínio clínico, o qual deve ser inerente a um médico. Além disso, a habilidade clínica deve se apresentar revestida de habilidade de interação social, uma vez que aprender a conviver e se comportar em sociedade é essencial para o futuro médico, saber como se comunicar, escutar e entender um paciente é de suma importância. Extrapola qualquer parâmetro acadêmico, quando se analisa que, durante a trajetória acadêmica, para se tornar um médico, os estudantes de medicina encontram obstáculos relacionados a todo um aparato social, cultural e histórico da profissão médica.

Dessa forma, muitas vezes, é necessário aprender a conviver com a dicotomia existente entre suas individualidades e o contexto grupal, que tem normas, regras e valores próprios. Visto isso, nota-se que as atividades grupais com estudantes de medicina lhes oferecem uma variedade de benefícios. Nessa pesquisa, a atividade grupal abordada durante a formação médica era de cunho sociodramática e apresentava viés teatral, porém pode se perceber que qualquer atividade em grupo é capaz de estimular as habilidades de comunicação, socialização, resolução de problemas, entre outras, do estudante de medicina. Além disso, o médico é um

profissional que necessita saber se socializar, ser empático e se comunicar bem para ser um profissional eficiente (Colares; Andrade, 2009).

A maior qualidade que um médico pode apresentar é a da justiça, e, para se proporcionar justiça, é necessário apresentar alto grau de desenvolvimento da razão, a qual é uma qualidade inerente a um profissional da saúde. Um médico busca a justiça tanto quanto o sistema de saúde público brasileiro busca. Afirmando isso pois, ao se analisar os princípios do SUS integralidade, universalidade e equidade fica nítida a necessidade de justiça. Ela existe na função de propagar e garantir a saúde. Visto isso, podemos aprofundar a reflexão acima ao fazer referência ao artigo de Estrada (2009), quando ele explica a razão evolutiva. De acordo com Piaget (Morin, 2000 apud Estrada, 2009), a razão não constitui uma invariante absoluta, mas é elaborada por uma série de construções operatórias, criadoras de novidades, as quais correspondem a mudanças paradigmáticas. Dessa forma, a razão progride por mutações e reorganizações profundas e só pode ser adquirida por meio de experiências práticas, nas quais essa qualidade é testada. Além disso, a razão não é algo fixo, é mutável e flexível. Então, essa qualidade além de ser construída deve ser adaptada e refletida. Os métodos de ensino tradicionais de medicina não ensinam razão ao médico, pois isso só pode ser desenvolvido no cenário da prática médica e é individual a cada graduando. É importante ressaltar que o PBL e a leitura dessas experiências médicas proporcionam maior proximidade dessa construção da razão e, por conseguinte, formam um médico mais apto e perspicaz, para lidar com os problemas do dia a dia nos hospitais e nos postos de saúde, com a dicotomia da justiça médica, com os problemas emocionais, psicológicos e físicos do paciente, como também lidar com ele mesmo e com toda a carga emocional e a carga de esforço que a medicina exige.

No texto Os sete saberes necessários à educação do futuro, Morin (2014) afirma que o conhecimento é sempre uma tradução, seguida de uma reconstrução. Podemos analisar esse texto e contextualizá-lo na realidade do PBL, utilizado na graduação de medicina do CEUB. Nesse artigo, são apresentados sete “buracos negros” da educação, ou seja, as sete falhas da educação moderna, que são completamente ignorados, subestimados ou fragmentados nos programas educativos. O primeiro buraco da educação diz respeito ao conhecimento. O problema do

conhecimento é que ele não é uma imagem inteira da realidade ou um reflexo da realidade e, sim, um conceito fragmentado, construído e derivado de várias imagens e ideias. Dito isso, podemos utilizar uma metáfora para expor tal fato. Imaginemos um vaso de flores em cima de uma mesa redonda. Nessa mesa, há cinco lugares, e cinco pessoas estão sentadas neles. O conhecimento nessa metáfora é o vaso de flores visto pelo ângulo de cada pessoa, ou seja, uma ideia fragmentada, pois ninguém observa o vaso inteiro. Porém, quanto mais conhecimento, mais perto da realidade podemos entender. Imaginemos que as cinco pessoas sentadas ao redor da mesa discutem sobre o ângulo que veem do vaso, cada pessoa vai expor uma forma de como ela entende aquele vaso, a luz que bate no contorno do vaso, a cor das flores, enfim, o conhecimento pode ser um reflexo próximo da realidade, quando integrarmos as cinco visões do vaso. Ao trazer esse conceito para a realidade do PBL e do ensino médico, pode se ressaltar que os debates realizados nas tutorias são as exposições do entendimento de cada um, do conhecimento de cada um para construção de um conhecimento amplo e próximo da realidade encontrada.

O segundo buraco da educação é a falta de integração entre os diversos conhecimentos e as matérias. Existe uma divisão didática utilizada pelas escolas, porém essa divisão não existe no contexto da realidade. De acordo com Morin (2014), “o que existe entre as disciplinas é invisível e as conexões entre elas também são invisíveis, isto não significa que seja necessário conhecer somente uma parte da realidade, é preciso ter uma visão que possa situar o conjunto”. Dessa forma, é necessário dizer que não é a quantidade de informações que gera sozinha um conhecimento pertinente e, sim, a capacidade de colocar o conhecimento no contexto. Essa realidade social é multidimensional, abordada por várias disciplinas, e, quando analisamos a realidade, utilizando uma só faculdade mental, apenas uma disciplina como base, apenas uma dimensão dessa sociedade é entendida, por isso, é necessário contextualizar todos os dados. O PBL resolve essa situação quando apresenta os cenários médicos e a realidade para ensinar o aluno. Sendo assim, o conhecimento é construído a partir do aprendizado de todas as disciplinas bem como da aplicação de todas essas matérias nos cenários médicos, no contexto atual, integrando todas elas e formando visão completa do conhecimento. Edgar Morin (2014) cita Pascal (XVII), o qual pode esclarecer as afirmações acima: “não se pode

conhecer as partes sem conhecer o todo, nem conhecer o todo sem conhecer as partes”.

A terceira falha relata a falta de identidade humana na trajetória da educação. É curioso que nossa identidade seja ignorada pelos programas de instrução. A citação de Edgar Morin (2014) nos faz perceber a importância de aprender ser um ser social e de preservar sua identidade humana para ser um bom profissional e se relacionar com a sociedade. “O relacionamento entre indivíduo-sociedade-espécie é como a trindade divina, um dos termos gera o outro e um se encontra no outro. A realidade humana é trinitária”. Por fim, devemos convergir todas as disciplinas conhecidas e graduações para a formação da identidade e a construção humana. Na faculdade de medicina do CEUB, há o eixo educacional Profissionalismo, o qual existe para fazer essa interação entre os conteúdos, aplicar os aprendizados no contexto da realidade médica e desenvolver o caráter individual e único de cada estudante.

O quarto aspecto é sobre a compreensão humana, também abordada no PBL, nos eixos educacionais IESC e Habilidades e Atitudes. Essas matérias estimulam o desenvolvimento da empatia e, por fim, possibilitam mais compreensão para/com o próximo.

O quinto furo é a incerteza. Atualmente, a ciência ensina apenas certezas, porém, na realidade, o conhecimento pode sempre abordar incertezas e erros. Nenhum ser humano é igual a outro, portanto, nenhuma patologia vai se comportar de forma igual em pessoas tão singulares. Tal fato só pode ser explicitado na vivência cotidiana dos hospitais e conhecendo vários pacientes diferentes com patologias iguais, porém que se comportam de forma única naquela pessoa. Visto que até a patologia respeita a individualidade do ser humano, o médico é mais que obrigado a entender e abordar essa individualidade, a fim de efetivar o tratamento dos seus pacientes.

No sexto aspecto, o autor relata como o conhecimento e a educação não acompanharam a globalização. O nome dado a esse aspecto é condição planetária. A educação não aborda o conhecimento de forma interligada, não acompanha a rapidez que a atualidade faz ir e vir uma informação, não acompanha o modo como uma

informação pode ser alterada e, também, não se mostra maior do que as diferenças culturais e sociais encontradas e exacerbadas pela globalização no contexto moderno. Morin (2014) cita Ortega y Gasset: “não sabemos o que acontece, isto é o que acontece” para explicar que é necessária certa distância com o conhecimento imediato para poder compreendê-lo, e no contexto atual, no qual tudo é acelerado e tudo é complexo, é quase impossível essa compreensão. Porém, ao se estudar em uma faculdade que adota o método PBL, no qual o próprio aluno tem de buscar seu próprio conhecimento, utilizando todas as plataformas de pesquisa e se aproximando da informação globalizada, ele percebe como a informação é mutável, como o conhecimento é algo construído e mutável e como o ser humano é incapaz de saber tudo, sempre se deparando com inúmeras formas diferentes de considerar um mesmo assunto e até divergências entre esse mesmo assunto.

O último aspecto abordado é o antropológico ao relatar que os problemas da moral e da ética diferem entre culturas e na natureza humana. Esse fato é retratado nas práticas diárias dos hospitais quando conhecemos diferentes pacientes, com pensamentos, emoções e construções culturais e sociais diferentes e aprendemos a lidar com cada um deles, respeitando suas particularidades. É importante ressaltar que há moral e ética neutras, inclusive estabelecidas pela organização médica e publicadas no Código de Ética Médica, o qual deve guiar todas as condutas dos profissionais da saúde.

Espero que consigam extrair o máximo de informações e aprendizados deste capítulo e que os cenários encontrados guiem vocês a reflexões esclarecedoras. Por fim, espero que ao final da leitura deste capítulo a premissa contemporânea de que uma boa pessoa forma um bom profissional, e nesse contexto, um bom médico, esteja clara e guie a conduta de todos os estudantes de medicina.

REFERÊNCIAS

COLARES, Maria de Fátima Aveiro; ANDRADE, Antônio dos Santos. Atividades grupais reflexivas com estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 101-114, mar. 2009.

ESTRADA, Adrian Alvarez. Os fundamentos da teoria da complexidade em Edgar Morin. *Akrópolis – Revista de Ciências Humanas da UNIPAR*, v. 17, n. 2, p. 85-90, abr./jun. 2009.

MORIN, Edgar. *Os setes saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2014.

NARRATIVAS

UMA DENÚNCIA: A HISTÓRIA DAS TRÊS MENINAS

Marina Batista Kaminski

Havia três meninas na sala de atendimento. Era uma tarde de terça-feira, no mês de março, do ano de 2020. A data em si não é tão relevante quanto os acontecimentos que aqui serão narrados, mas o ponto é: era uma tarde quente. A sala era um quarto de internações da ala de ginecologia e obstetrícia de um hospital público, localizado no Distrito Federal, a alguns quilômetros de Brasília. Havia três meninas na sala, as três com os seus corações partidos. E, sim, meninas, não mulheres adultas nem crianças, mas meninas! Uma delas era a menina do jaleco branco, mais conhecida como estudante de medicina ou futura doutora ou doutora, para os preguiçosos, tinha 21 anos, vestia-se de jaleco e, a partir dali, empoderava-se daquela profissão que nem era dela ainda, trazia um ar intelectual para a sala, uma confiança como de quem sabe de tudo, porém, como a menina que ainda era, ela mesma sabia que lhe faltava muito conhecimento ainda e, no bolso do seu jaleco, ao lado do seu estetoscópio e das suas canetas, escondia uma insegurança sem igual. A segunda menina era a paciente, a entrevistada, acompanhada pela mãe, com marcha, postura e fala atípica, fora da normalidade fisiológica do ser humano, ela demonstrava estar doente, demonstrava dor. Uma menina muito alegre com aspecto de criança, meio moleca ainda, era de Planaltina, mais precisamente, de Arapoanga. Humilde e sem muito entendimento de nada, porém exaltava uma ignorância inteligente com seus olhos brilhantes e lindos, tinha apenas 15 anos, grávida de 12 semanas, diagnosticada com incontinência istmo cervical, sofria de forma silenciosa, pela dor no pé de sua barriga e pela chance de perder seu tão amado bebê. A terceira menina era uma figurante apenas, não sei seu nome e, muito menos, suas características, sei que ela estava deitada na maca ao lado da segunda menina e se

encontrava com muita dor, encolhida e quieta em seu canto, não falava ou sequer soltava sons que tornassem perceptível a dor que ela sentia ou a sua presença na sala, porém seus suspiros, por mais silenciosos que fossem, deixavam clara a imensidão de dor em que ela se encontrava.

A tarde era quente, e havia três meninas na sala, porém também havia muitas outras pessoas, homens e mulheres, cada mulher gestante ou puérpera, deitada em sua maca e acompanhada de seu acompanhante. Havia três meninas na sala, as três com os seus corações partidos. A menina de jaleco começou a tarefa que lhe foi passada: fazer a anamnese da paciente designada a ela, a segunda menina. A anamnese era longa e chata, a tarefa era apenas seguir um roteiro e, a partir dali, conseguir gerar empatia pela paciente, conexão, estimular confiança e, se possível, ajudar no quadro clínico, reduzir o sofrimento da enferma. Assim, iniciou-se a história, com perguntas maçantes e fechadas, tiradas diretamente de um roteiro que não é referência e, muito menos, seguido pela maioria dos médicos hoje em dia. A menina de jaleco perguntou: nome, idade, profissão, data de nascimento, naturalidade, procedência..., até que chegou na parte dos antecedentes ginecológicos da paciente, uma parte com perguntas um pouco constrangedoras para uma menina com apenas 15 anos responder e para outra menina com apenas 21 anos perguntar, a qual estava sempre se protegendo das respostas com um jaleco, o seu escudo. A menina de jaleco, então, perguntou: “com quantos anos você teve sua primeira relação sexual?”, e a paciente respondeu: “tive com 14”, e as perguntas continuaram: “sua vida sexual atualmente é ativa?”, resposta: “sim, estou namorando”, “quando foi sua última menstruação?”, “como é seu ciclo menstrual?”, “por quantos dias você fica menstruada?”, “por quantos dias você não fica menstruada?”, “quantos absorventes você costuma usar em um dia de menstruação?”, “geralmente tem cólica, Tensão Pré-Menstrual (TPM)?”. Perguntas eram feitas de forma ininterrupta, e respostas eram lançadas de forma direta, fria e continuamente, ecoando pela sala quente. O ápice foi: “você já teve quantos parceiros sexuais na vida?”. Nesse momento, a menina de jaleco se distraiu com as informações que responderam essa pergunta, e nada mais por ela foi visto, nada além do rosto e das reações da segunda menina. A segunda menina respondeu de forma calma, aterrorizante e sem ter a mínima noção da seriedade do fato que estava contando, parecia estar sendo

abençoada pela sua ignorância inteligente: “tive três ou quatro ou mais, fui estuprada, não me lembro por quantos”. A palavra dita de forma errônea exalta a tese desta narrativa, nada bem estruturada, a menina paciente de apenas 15 anos, que carregava um bebê do namorado e ostentava um sorriso sem igual, uma felicidade que, mesmo lotada de dor e de medicamentos, transparecia a moleca que ela era, carregava não apenas um filho como também um coração partido. Era nítido o despreparo dela para a dor que carregava, seus olhos brilhavam não por amor ou felicidade, mas, sim, pela ignorância inteligente que a guiava pelos caminhos tortuosos da vida. Ela havia sido estuprada aos 14 anos, e nem ela ou sua mãe apresentavam a menor noção ou reação de tamanha seriedade do assunto abordado naquela conversa em uma sala quente de março.

Havia três meninas na sala, as três com os seus corações partidos. A menina de jaleco tentou usar mais uma vez seu jaleco como escudo, mas a sala havia se tornado mais quente e a vontade era de tirar o jaleco, de tirar o seu escudo. A vontade era... mal ela sabia, a confusão mental tomou conta de suas ações, e, naquele momento, a sua única reação foi perguntar se, há um ano, a segunda menina tinha seguido o protocolo de apoio para as vítimas de violação sexual de forma correta e se já tinha recebido todas as orientações necessárias. Violação sexual? Sim, ela não conseguia falar estupro, as aulas de profissionalismo haviam encenado aquela situação, mas, nos teatros, a atriz chorava e gritava, e essa menina mantinha seu sorriso, mesmo de forma abalada e triste, a sua ignorância inteligente era seu escudo, igual ao jaleco para a futura médica. “Você teve coragem de ir à polícia?”, a menina de jaleco soltou em meio a sua confusão mental e suas reações nada empáticas. A paciente respondeu: “sim, mas não fizeram nada”. E foi essa resposta que a encheu de força, tanta força que ela se expôs e contou um de seus maiores traumas e dores. A narrativa dela embasou uma semana de pesadelos da futura doutora.

Havia três meninas na sala, as três com seus corações partidos, uma mais corajosa que a outra. A segunda menina, então, começou a contar até que seu sorriso no rosto sumiu e seus olhos não brilharam mais, mesmo que por minutos. “Por isso eu parei de estudar, estava no oitavo ano, saí da escola no horário normal, eu juro mãe! Quando eu saí, vi um menino de mochila me seguindo no caminho de casa, esse menino começou a correr atrás de mim, e, como não sou boba nem nada, corri

também, corri e corri, até que ele conseguiu me alcançar, e ele já não estava mais sozinho, um carro parou ao meu lado. Havia três homens no carro. Um deles gritou para eu entrar no carro, fiquei com medo e entrei, o menino de mochila também entrou e sentou do meu lado. Eles riam de mim e mexiam comigo, mexiam muito no meu cabelo. Falavam que eu era bonita, safada, e que me envergariam, que nada mais seria feito de mim. Falavam que eu não seria mais nada. Eu chorei. Um deles tentou me beijar, eu tentei me defender. Eu gritei. Até que o carro parou, admito não ter visto o caminho, era muita coisa para pensar, então, sim, eu estava perdida. Pararam o carro em um terreno baldio e lá tiraram minhas roupas, ou parte delas. Graças a Deus, nesse momento, eles bateram a minha cabeça numa pedra, ou eu tropecei e caí, e, a partir daí, eu não me lembro mais de nada. Acordei no terreno baldio, no dia seguinte, ou dois dias depois, eu nem sei. Estava com meu corpo todo doendo, tinha sangue em algum lugar, conseguia ver o sangue, mas não sabia de onde era, não conseguia falar, sentia nojo de mim, nunca tomei tantos banhos na minha vida, quando consegui chegar em casa, lembro de me esfregar e limpar e o cheiro não saía de mim. Saí do terreno baldio e voltei nua andando para casa, não sei como cheguei ou como sabia o caminho de volta para casa, sei que cheguei e que nunca tomei tantos banhos na vida. Em casa, minha mãe estava doida atrás de mim, já tinha até chamado a polícia, quando a vi, chorei, não conseguia falar”. A mãe da segunda menina, tão calada e abençoada pela sua ignorância inteligente, então, interrompeu a narrativa com as suas observações: “Essa menina não falava, ela parecia estar drogada, não reagia, estava completamente passada, ela não comia. Eu não entendia o que tinha acontecido com ela. Chegou dois dias depois pelada e drogada, já tinha passado dos limites, mas sumir nunca foi dela, eu sabia que algo estava errado. Ela só dormia, não falava e não comia, ficou um tempo assim, mais que uma semana. Achei que ela tinha ido para a rua beber e encher a cara, usar droga, porém ela nunca tinha voltado sem falar. Ela não falava. Levei ela no médico, parece que lá ela conseguiu contar alguma coisa, fomos à polícia, mas quem que acreditaria numa menina passada igual a ela? Ela não falava. Nem preciso falar que a polícia não fez nada com aqueles vagabundos que pegaram minha filha, se eu achar um deles na rua, eu mato um por um! Só depois do tratamento para depressão que ela voltou a falar. Foram quase seis meses sem ouvir a voz dela direito”.

Havia três meninas na sala e uma mulher. A mulher era, no mínimo, a mãe da segunda menina. Havia três meninas e uma mulher na sala, as quatro com os seus corações partidos. A menina de jaleco apertou a prancheta contra o peito. A sala estava quente. O jaleco estava na cadeira. A menina de jaleco, com o seu coração em pedaços, vestiu-se de médica, colocou o jaleco e resolveu, finalmente, admitir que não era forte o suficiente para ouvir aquilo. Falou que precisava ir ao banheiro para lavar as mãos, pois começaria o exame físico. Imagina tocar na segunda menina após a narrativa dela. A menina de jaleco não sabia nem se podia mais, havia criado uma conexão com a paciente tão forte que ela mesmo se desestabilizou, ela mesma não conseguia mais fazer o exame físico. Pelos corredores, a menina de jaleco procurou auxílio, procurou sua professora. A menina vestida de mulher e fantasiada de médica achou a verdadeira mulher e a verdadeira médica, em uma só pessoa, no corredor, a sua professora, uma médica ginecologista capaz de resolver, pelo menos, algum dos problemas da paciente, a menina de jaleco assim esperava. Contou a história rapidamente, na forma mais direta possível, pois médicos e professores sempre foram impacientes, e essa mulher era os dois, tanto médica quanto professora, imagina a impaciência que seria demonstrada nos próximos segundos. A mulher doutora e professora respondeu: “essa menina é passada mesmo. Isso já foi tratado com ela várias vezes, não endossa esse testemunho, foque na sua anamnese e no seu exame físico que esse é o seu trabalho aqui, treinar o que já aprendeu. Ela está contando isso porque a menina deitada ao lado dela também foi vítima de abuso sexual”. A menina de jaleco engoliu seco, não entendeu a resposta da professora, mas entendeu sua tarefa. Voltou para a sala, vagarosamente, mas o corredor a prendia. A sala era sufocante. O jaleco saiu da menina.

Havia três meninas naquela sala, as três com seus corações partidos, as três acordando com pesadelos, as três sendo guiadas pelas suas ignorâncias inteligentes. Meninas? Sim, meninas, posso escutar minha mãe me corrigindo de longe: “você é uma mulher, Marina, adulta!”, mas, não. Havia três meninas naquela sala, as três com os seus corações partidos.

RELATO DE UMA FRUSTRAÇÃO

Júlia Prates Mallab

No terceiro semestre do curso de medicina, todos os alunos estão muito animados com as famílias que vão receber, para acompanhar até o fim do curso, e, comigo, não foi diferente. Ao chegarmos na casa da família que eu ficaria responsável, sentamo-nos na sala para começar a entrevista. Era uma casa simples e acolhedora, porém o estado de higiene não era muito bom, o sofá estava cheio de restos de comida e, no chão, havia alguns lixos que não tinham sido recolhidos. Tirando isso, era uma casa de alvenaria, mobiliada, que “acolhia”, perfeitamente, toda a família, composta por cinco pessoas: Marlene, a mãe; Katiane, a filha, de 21 anos; Thiago, o filho, de 15 anos; Richard, o neto de Marlene, a mãe dele não mora com eles; Lucas, o filho de Katiane, de 2 anos. Devido ao horário da visita, Thiago estava na escola. Marlene se demonstrou muito aberta e receptiva às perguntas e à nossa presença. Katiane, ao contrário, estava tímida e envergonhada.

Após o primeiro contato, achei que seria uma família em que nossa presença poderia fazer diferença. Richard sofria com a falta dos pais. Thiago é portador da doença de Coats, o que estava levando à perda da sua visão e o deixava triste e excluído socialmente, porém ambos já estavam sendo acompanhados por profissionais da área médica e psicólogos. Katiane foi com quem eu mais me identifiquei, devido à proximidade da idade, e, de acordo com a sua história, acreditei que poderia ajudá-la.

Katiane engravidou na adolescência, essa gravidez progrediu para a morte fetal, devido a complicações da sífilis. Após esse episódio, ela foi tratada da Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e liberada para casa. Aos 19 anos, engravidou novamente e, no momento do parto, descobriram que ela era, novamente, portadora de sífilis. Seu filho, Lucas, nasceu com sífilis congênita. Ambos foram tratados e não apresentaram sequelas alguma. Aos 21 anos, ela engravidou novamente e, durante o pré-natal, o exame para sífilis veio positivo, pela terceira vez.

Em todas as visitas, conversamos com ela sobre a gravidade da sífilis e a importância do uso de preservativos. Tentei explicar de diversas formas, levei uma

cartilha, pedi ao professor que me acompanhasse para ajudar, falei com ela das complicações, conversei com a mãe dela. Usei abordagens mais profissionais ou mais amigáveis. Mas, de todas as formas, ela não olhava para a gente durante a conversa e apenas demonstrava que estava entendendo e iria mudar seus comportamentos. Durante esses episódios, um que mais me marcou foi quando expliquei as consequências neurológicas da sífilis terciária para a mãe dela, que respondeu “Katiane já era doida” e riu, assim, percebi que elas não entendiam a gravidade da situação. Após diversas visitas, com estratégias diferentes, não sabia mais o que fazer para informá-las corretamente.

Depois de cada visita, sentia-me frustrada, principalmente quando recebemos a confirmação de que ela estava com sífilis pela terceira vez. Abordar um assunto sério, como IST e gravidez na adolescência, e não conseguir ser eficaz me deixou com sentimento de culpa. Comecei a pensar que a paciente estava tendo as recidivas, pois eu não estava explicando da forma correta. Depois de usar todos os artifícios que pensei para tentar ajudá-la, comecei a me sentir frustrada e impotente, uma vez que não havia conseguido obter êxito.

Portanto, esses episódios me ajudaram a não desistir, sempre procurar outras formas de realizar novas abordagens, a ter perseverança e perceber que as coisas não vão acontecer como acreditamos. Essa incerteza irá nos acompanhar durante toda a vida na medicina, e precisamos aceitá-la. Durante as discussões com os professores, após as visitas, ouvi uma frase que me marcou e ajudou a entender o que eu havia vivido: “primeiro, o paciente precisa se importar com a vida dele, para que, depois, possamos ajudá-lo com o que precisa”.

CICLOS

Kamila Catta Preta Carneiro de Sousa

A vida é repleta de ciclos, e estamos sempre conhecendo alguém, aprendendo algo novo, errando, corrigindo, acertando, caindo e levantando. Tudo pode se tornar um aprendizado. Em 2020, iniciou-se um novo ciclo, um pouco diferente do que se estava acostumado, com novos mestres, novas diretrizes e novos desafios.

Em uma tarde quente de uma terça-feira, todos estavam animados com o primeiro dia de prática, no ciclo clínico, 18 de fevereiro de 2020, quando conhecemos nossa primeira paciente. Ela estava internada em um hospital regional de Brasília aguardando o último exame de sua filha recém-nascida, o teste da orelhinha, para poder voltar para casa, em Alto Paraíso/GO. A paciente estava tranquila, sua única preocupação era chegar logo em casa, para descansar e apresentar a pequena para a sua família.

Perguntamos se poderíamos fazer algumas perguntas e realizar alguns exames, como de costume, e a paciente autorizou sem achar ruim e foi supercompreensiva, repetia respostas e escutava tudo com muita atenção. Ao contar a história dela, eu e a minha dupla ficamos muito surpresas. De maneira sucinta, ela havia sentido contrações e dado entrada em um hospital na cidade onde reside, e, com o aumento da frequência e da intensidade das contrações, a paciente foi colocada em uma ambulância para que o parto fosse realizado no hospital, mas, no caminho, ainda na ambulância, ela deu à luz uma menina, sem grave intercorrência. No entanto, o que mais surpreendeu, em toda essa situação, foi a serenidade com que a paciente relatou o que viveu.

No contexto em que ela teve a filha, era de se esperar sentimentos de medo da situação, de desespero, de insegurança e diversas sensações ruins a respeito do que poderia ou não acontecer naquele momento. Mas, ao ser questionada sobre como estava se sentindo na hora em que deu à luz, Percília relatou que o seu único medo era de não ter força suficiente para que sua filha nascesse, mas que foi tudo muito rápido, e ela ficou feliz de ter conseguido e chegado em segurança ao hospital. Esse sentimento de felicidade e amor por sua filha superou todos os outros sentimentos que poderiam estar presentes naquele momento, e isso surpreendeu um pouco, pois, na maior parte das vezes, não somente em situações extremas, mas em situações cotidianas, as sensações negativas tendem a pesar mais que as positivas.

Por mais difícil que seja ter pensamento positivo e força de vontade para seguir em frente, é importante que, no caminho, tenha-se esperança, amor, felicidade e que não se deixe desviar ou desistir por pensamentos e sentimentos negativos. Na medicina, aprende-se que a vida humana é a coisa mais importante que existe e que

cada um está em um caminho diferente, vivendo algo diferente, podendo sempre aprender e ensinar um com o outro. Cada nova história acrescenta algo na nossa vida e enriquece o nosso caminho.

PÉ DIABÉTICO EM UM HOSPITAL REGIONAL DE BRASÍLIA

Jordana Lopes de Lucena

Em meados de maio de 2019, em uma terça-feira, combinei, com uma colega de sala, uma visita ao ambulatório de Pé Diabético em um hospital regional, para acompanhar os pacientes junto à médica endocrinologista especialista em diabetes. Ao chegarmos no local, no início da manhã, eu e minha colega nos deparamos com grande quantidade de pessoas esperando por um atendimento na sala de espera. Pessoas de todas as idades, raças, e todas demonstrando seu sofrimento pelos seus olhares ansiosos. No mesmo momento, fui tomada por um sentimento de impotência, porque, apesar de querer intensamente ajudá-los, ainda não tinha a capacidade para tal.

Fomos adentrando o hospital, até chegarmos ao consultório da dra, o qual, por sua vez, continha duas macas para exame físico dos pacientes. Por volta de 8h, os atendimentos começaram, dois pacientes ao mesmo tempo chegando e ocupando os leitos, todos portadores de diabetes e com complicações de pé diabético. A maioria dos pacientes eram idosos, com os pés extensivamente machucados, muitos deles cobertos de úlceras e, em alguns casos, com algum membro amputado. A dra colhia as histórias da maneira mais detalhada possível, mas, em virtude da quantidade de pessoas esperando para o atendimento naquele ambulatório, que só ocorria às terças-feiras, muitas vezes, não era possível colher todas as informações necessárias, e pude sentir frustração nisso – falta de tempo e espaço, impedindo a boa abordagem com os pacientes e o colhimento completo de suas histórias.

Após algum tempo, chegou um paciente, de nome José, com uma história diferente. Acompanhado pela filha, o paciente relatou ser trabalhador rural, residente e procedente de sua fazenda, no interior de Goiás. Chegou ao ambulatório com

queixas de formigamentos e agulhadas no pé direito e relatou ser portador de diabetes tipo 2, há 15 anos. Porém, até pouco tempo, fazia uso de álcool e tabaco, tendo parado há pouco mais de 2 anos. Relatou que não fazia dieta pelas más condições de vida e por não ter condições financeiras de comprar coisas saudáveis, por isso, muitas vezes, comia o que havia disponível. Seu sotaque mineiro forte e sua humildade demonstraram-nos que não era apenas um paciente portador de diabetes, o que me fez perceber a individualidade de cada um e as suas respectivas necessidades. Sua filha, ao lado, comentava que o pai não tomava as medidas necessárias para prevenção das complicações da doença.

Ele relatou, também, que o seu pé piorou porque, como é trabalhador rural, passava o dia inteiro praticamente de botina e, quando chegava em casa, tomava um banho e, por causa de seu cansaço e exaustão, não tinha energia e tempo para lavar os pés adequadamente, às vezes, até esquecia. José sempre respondia às perguntas com bom humor, fazendo piadas com sua situação. Relatou que, nos últimos dias, sentia muito adormecimento nos pés, além dos formigamentos e agulhadas já relatados. Ao iniciarmos o exame físico, notamos diversas feridas, porém todas em estado inicial. Ao final, ele acrescentou que estava muito feliz de ter conseguido a consulta. Disse que, naquele dia, tinha acordado às 3 horas da manhã, se arrumado e saído de sua fazenda às 4 horas, pegando vários ônibus até chegar a Brasília, para aquela consulta que, após um longo período na sala de espera, foi iniciada às 10h30, durando apenas 15 minutos. Ele se despediu de nós com um sincero “obrigado”.

Nesses 15 minutos, aprendi mais do que em uma semana de aula, foram aprendizados que levarei por toda a minha carreira médica. Aprendi não só as habilidades médicas, mas o quanto a experiência individual do paciente deve ser reconhecida como importante no diagnóstico e na sua abordagem. Aprendi que, às vezes, o paciente anseia por aquele momento e, se não damos a devida importância a ele, podemos frustrá-lo. Aprendi como a humanização da medicina é importante nos dias atuais. Em tempos de modernidade líquida, de acordo com Bauman (2007), as relações sociais são frágeis, fugazes e maleáveis, porém temos, em nossas mãos, a oportunidade de fazer diferente. De olhar profundamente para cada um e extrair, mesmo que em apenas 15 minutos, detalhes de sua história que fazem mais diferença do que qualquer outra coisa. Na medicina, acredito que a liquefação das relações é

particularmente perigosa; no entanto, em virtude do pouco tempo disponível para o atendimento de cada paciente, muitas vezes ela se concretiza, e a conexão e a relação médico-paciente são cada vez mais prejudicadas.

Em alguns momentos, tudo que o paciente quer ouvir é “vou cuidar de você” e sentir que sua ida àquela consulta valeu a pena e que respondemos a seus anseios. Devemos reconhecer, cada vez mais, que uma consulta vai muito mais além do que uma breve anamnese e um exame físico, na busca de alguma patologia. Para ser um verdadeiro médico, deve-se ter em mente que não só os fatores biológicos, mas todas as relações de trabalho, sociais e as dificuldades diárias do paciente importam, além da experiência da doença de cada um deles. Como a doença impacta sua vida diária, interferindo em todas essas relações. Espero, no futuro, ser uma profissional que preza por tais aspectos, reconhecendo o valor da individualidade de cada um, mesmo que atenda a diversos pacientes ao longo de um curto período de tempo.

REFERÊNCIA

BAUMAN, Zygmunt. *Tempos líquidos*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

UM SENTIMENTO POSITIVO DE ESPERANÇA

Juliana Harumi Yajima

Terça-feira, era mais uma vez dia de os alunos do quinto semestre do curso de medicina do CEUB visitarem os hospitais e colherem a história clínica dos pacientes. O cenário de minha turma era em um hospital regional de Brasília e após uma pequena confusão quanto ao número do quarto que deveríamos atender, eu e minha dupla, finalmente, chegamos ao local onde o paciente que deveríamos entrevistar estaria nos esperando. O quarto estava bem iluminado, e um jovem rapaz nos recebeu muito bem. Ao lado de seu leito, estava uma bela pintura feita por ele mesmo em uma bandeja de papelão, estando seus instrumentos artísticos sobre uma mesa no canto do quarto, próxima à janela.

O jovem não pareceu se incomodar com nossa visita, já tendo sido previamente avisado, e se mostrou bastante colaborativo. Mesmo com um longo

roteiro de perguntas e exames físicos que tínhamos de fazer, ele se mostrou bem-disposto. Porém, ao longo da entrevista, um passado conturbado se mostrou, contrastando com o jovem que estava diante de nós.

Ele era residente de Planaltina, do mesmo bairro que nós, estudantes, costumávamos visitar nas atividades de IESC, Arapoanga, uma coincidência que nos surpreendeu. Desde o nascimento, a vida já colocou obstáculos para ele, sua mãe não teve dilatação do colo do útero, sendo necessária uma cesariana. Aos seis anos, sofreu abuso sexual de um primo, o que atribui como provável motivo que o levou ao início precoce de sua vida sexual, aos 13 anos. Começou a fumar aos 16 anos e, após isso, passou a utilizar outras drogas, como cocaína e maconha. Ele apresentava depressão e, eventualmente, alguns surtos psiquiátricos. Em sua própria família, havia grande número de casos de distúrbios psiquiátricos, incluindo um caso de suicídio.

Continuamos com a entrevista e cada vez mais nos sensibilizamos com tudo que ele passara com apenas seus 20 anos de vida. Seu ponto de virada ocorreu três meses atrás, quando recebeu o diagnóstico de HIV+. O seu desespero foi tanto que tomou uma overdose de LSD – a substância alucinógena dietilamida do ácido lisérgico – que o levou a um surto psicótico e a uma parada cardiorrespiratória, sendo levado ao hospital regional. A ressuscitação foi bem-sucedida e, para aquele jovem, foi como se ele realmente tivesse morrido e nascido novamente.

Seu encontro com a quase morte o fez perceber o valor de sua vida. Acredito que o apoio familiar foi de grande importância para ele naquele momento difícil, visto a forma afetiva que ele falava de sua família, quando lhe perguntamos sobre os aspectos familiares da entrevista. Ele jurou que nunca mais usaria LSD e recomeçou sua vida, com o objetivo de se tornar um psicólogo e poder ajudar as pessoas.

Infelizmente, a sua vida não se seguiu sem complicações, uma vez que, após isso e com apenas três meses de intervalo, ele precisou retornar ao hospital devido a uma dor intensa no “céu da boca”, que se iniciou após uma limpeza dentária e evoluiu com sangramentos e outros sintomas associados. Recebeu, então, o diagnóstico de câncer, um Sarcoma de Kaposi, outra notícia difícil e que, inicialmente, foi um choque, mas, com o apoio de sua família e de médicos, que o

explicaram de forma clara sobre sua doença e o tratamento que faria, está conseguindo passar por esse momento difícil, de forma bem mais tranquila que três meses atrás.

Graças ao apoio que ele recebeu, encontramos, naquele dia, não um jovem depressivo e temeroso sobre o tratamento e o seu futuro, mas, sim, um jovem bem-disposto e esperançoso sobre seu futuro, sobre seu sonho que teve de ser adiado por um ano para o tratamento, mas que ele seguia sem medo.

Apesar da trajetória difícil daquele jovem e de todos os problemas que ele nos relatou, ao nos despedirmos dele e sairmos, o sentimento que predominava em mim não era tristeza ou pena dele, era também um sentimento positivo de esperança de que ele superaria sua doença e realizaria seu objetivo assim como o desejo de me tornar uma boa médica que poderia ajudar pacientes como ele.

UM EXEMPLO DE COMO A CONDIÇÃO FÍSICA DO PACIENTE PODE DESESTABILIZAR O SEU PSICOLÓGICO

Aléxia Gonçalves dos Santos

Durante o quarto semestre do curso de medicina, eu fui apresentada à minha nova família, do eixo educacional IESC, no qual devemos treinar a nossa habilidade de comunicação tão quanto as habilidades de exame físico. A família antiga não tinha tempo para estar presente durante as visitas, portanto, fui designada a uma nova, constituída por uma cadeirante, Catarina, e por seu filho adolescente, Michel. Durante a minha primeira visita, percebi que Catarina demandava muita atenção, devido, principalmente, à sua deficiência, adquirida após um acidente de carro, como também psicologicamente exacerbada pela situação em que a paciente se encontrava. Durante a anamnese, foi possível avaliar a alta dificuldade da paciente para perceber e procurar qualquer tipo de ajuda profissional, ela me indagava, principalmente, questões que o filho estava passando, como dificuldade de concentração na escola, além de súbito diagnóstico de miopia. A grande dificuldade que eu estava passando era a de esclarecer que a visita domiciliar e os serviços eram também destinados a ela e que, devido à sua condição, alguns hábitos de vida e costumes deveriam ser

modificados e adaptados. A paciente, que é fumante e, ocasionalmente, etilista, ficou desconcertada quando percebeu o quanto a atenção estava voltada a ela e o quanto era necessário.

Durante a revisão de sistemas, perguntei sobre o seu sistema geniturinário, a paciente apresentava uma secreção de forte odor, com cor amarelada e eventual sangramento. Percebi que, pela sua condição, não deveria perguntar se algum outro sintoma de sensibilidade pudesse ser percebido, como dor, prurido ou irritação; na ficha de exames, havia uma hipótese diagnóstica: bartolinite. Por um segundo, a dúvida na minha cabeça foi trocada por vergonha; primeiro, pelo questionamento do diagnóstico, visto que a principal característica da paciente com bartolinite é a dor exacerbada ao sentar, e, segundo, por não ter pensado que a paciente Catarina não tem sensibilidade na área pélvica do corpo, portanto, não seria possível usar esse critério para estabelecer o diagnóstico. A grande dificuldade para o diagnóstico, eu percebi, foi a necessidade de avaliação caso a caso, o porquê que se deve conversar com o paciente e não, simplesmente, preencher uma lista de perguntas com respostas que, depois, de alguma forma, irão se encaixar em um diagnóstico específico.

A paciente relatava também que ia pouco ao banheiro, pois tinha preguiça de urinar e, como consequência, bebia pouca água durante o dia. Com todas essas informações, foi possível traçar o perfil da paciente e poder estabelecer algum tipo de medida terapêutica, como um estímulo para que ela parasse de fumar com tanta frequência e adaptasse o seu dia a dia para ingerir mais água. No final da primeira consulta, a paciente perguntou se poderia pegar meu telefone pessoal, para tirar qualquer dúvida, como, inicialmente, não vi problema, cedi a ela, e, mais tarde, a agente de saúde me advertiu para que eu pudesse conhecer meus limites e, assim, estar mais à vontade a ceder ou não o meu telefone, já que não sou a médica efetiva dela.

Alguns dias depois, Catarina me enviou mensagens, perguntando sobre as consultas dela ou querendo apenas conversar, e aquilo, subitamente, fez-me questionar os limites que eu, como profissional, desejo estabelecer com os meus pacientes. Respondi às perguntas de maneira profissional, sem deixar espaço para que outras perguntas pudessem ser criadas ou qualquer tipo de situação pudesse ser

mal interpretada. Com o final do semestre, durante as férias, a paciente continuou me mandando mensagens, respondi que, como estava no período de férias, não iríamos às visitas e que retornaríamos no próximo semestre. Já com o início do semestre e aquela situação me deixando desconfortável, fui perguntar para a nova professora da matéria qual seria o melhor posicionamento a ser tomado. Com isso, ela me instruiu a responder à paciente que não deveria me fazer aquelas perguntas e que, sim, deveria indagar o agente de saúde que estava em contato direto com ela e com os profissionais que teriam, de fato, uma atuação efetiva em relação a qualquer dúvida que ela pudesse ter.

Toda essa situação me fez pensar mais sobre como a condição física do paciente pode desestabilizar o seu psicológico e, novamente, como é necessário tratá-lo como um todo, procurando a melhor medida terapêutica, para que o dia a dia seja mais confortável, sem fazer com que o paciente, eventualmente, procure por escapes como, no caso de Catarina, o fumo. Em conjunto, todo o acontecimento me fez pensar melhor em como devo lidar com os pacientes e como devo me portar frente a uma situação que me deixa desconfortável, sem que qualquer atitude minha possa repercutir de forma negativa no dia a dia do indivíduo, e, mesmo assim, respeitando os meus limites como profissional.

NO MOMENTO EM QUE RECEBEU O DIAGNÓSTICO, “QUASE PIROU”

Cristiano Hoff Britto Dias

Em nossa segunda visita ao hospital, dirigimo-nos ao quinto andar, onde encontramos nossos professores. Eu estava apreensivo, pois, nesse dia, iria liderar a entrevista e o exame físico, enquanto minha dupla iria apenas relatar as informações colhidas. Essa seria a minha primeira vez conduzindo uma entrevista com um paciente, e, na semana anterior, nós encontramos uma grande dificuldade ao tentar estabelecer o rapport com o paciente, o que contribuiu para a minha apreensão.

Após recebermos as instruções necessárias, fomos ao quarto designado a nós, onde encontramos o senhor Sérgio, nosso paciente, deitado. Logo ao entrarmos no

quarto, percebemos que o lençol de sua cama era vermelho com uma escrita em japonês, o que nos causou estranhamento; seu leito tinha vista para o Lago Paranoá e estava com as janelas abertas, pois o dia estava quente.

Ao nos apresentarmos, o senhor Sérgio se mostrou muito receptivo e simpático, demonstrando interesse em nos ajudar a conduzir a entrevista. Ao questioná-lo sobre suas queixas, ele respondeu que não estava sentindo nada, para a nossa surpresa. Ao continuar a entrevista, ele explicou que seu pai é japonês, e ele vivia e trabalhava no Japão, porém estava há cinco anos de volta a Brasília e que pretendia voltar, em breve, ao país asiático. Por esse motivo, ele havia procurado o ambulatório do viajante do hospital regional para realizar exames antes da emissão do visto para o país.

Quando os resultados ficaram prontos, ele foi diagnosticado com sífilis, HIV e hepatite C, sendo, portanto, necessária a internação para o tratamento da sífilis, que já estava latente. O que me marcou nessa entrevista foi o bom humor do senhor Sérgio, mesmo com um quadro tão sério. Ao perguntarmos sobre como ele se sentia com relação à doença, explicou que, no momento em que recebeu o diagnóstico, “quase pirou” – conforme palavras dele –, porém, ao conversar com outros pacientes do ambulatório com as mesmas doenças, sua irmã, e realizar acompanhamento psicológico, passou a aceitar seu quadro clínico. Completou informando que, mesmo naquela condição, ele ainda se sentia bem; seu único incômodo era com relação ao tempo de internação, pois ele não sabia quanto tempo iria permanecer internado e gostaria de retornar para o seu sítio.

A entrevista continuou sem grandes alterações, porém o que ficou explícito foi a positividade do senhor Sérgio, que em momento algum demonstrou impaciência, apatia ou descontentamento perante a nossa presença. Diferentemente de nosso paciente da semana anterior, que se recusava a realizar os exames e até mesmo a responder nossas perguntas, visivelmente incomodado com a nossa presença, o que resultou em uma história clínica deficitária e, para nós, em um sentimento de incapacidade de manejar a situação.

Por esse motivo, no início da entrevista com o senhor Sérgio, eu estava inseguro, porém acabamos vivenciando, na prática, o que aprendemos em sala de

aula. Quando o paciente está interessado na entrevista, e o rapport é bem realizado, estabelecendo assim um vínculo, o paciente acaba involuntariamente ajudando os profissionais de saúde ou, no nosso caso, os estudantes a se saírem melhores em suas atividades.

Essas duas entrevistas tão opostas nos proporcionaram entrar em contato com diferentes tipos de pacientes, que voltaremos a encontrar, no entanto, com mais experiência, em nossa vida acadêmica e, posteriormente, profissional.

CICLO CLÍNICO E O CICLO DA VIDA

Gabriela Kei Ramalho Yoshimoto

Era uma terça-feira que parecia ser mais um dia comum largado dentro das mil e uma atividades do curso. Lembro-me de adentrar ao hospital regional e de me esforçar para gravar as inúmeras voltas e escadas que me levariam para nosso cenário: a enfermaria de pediatria. Todos nós entramos em uma pequena sala para dividir os pacientes, a divisão era feita por sorteio e, por sorte ou pelo destino, minha dupla marcou minha vida ao pegar o último papelzinho que restava na mesa. Nesse papelzinho, estava escrito o leito, o nome e a idade da paciente, bem assim: Amélia, sete semanas, leito tal. Estávamos animadas, preparamo-nos para isso o curso inteiro, imprimimos roteiro, compramos materiais que combinassem com o cenário da pediatria, esforçamo-nos para aquele momento que estava bem diante de nós, do outro lado do corredor. As pernas tremiam, as mãos suavam, e o frio na barriga estava lá. Quem será meu paciente? E se eu não conseguir estabelecer um diálogo? Será que ela vai chorar?

O local era apertado, as macas quase se encostavam, quatro pacientes em um quarto não é o ideal, “mas é assim a realidade do SUS”, frase dita inúmeras vezes durante as aulas. Olhei para todos as macas e, em apenas uma, tinha uma criança de colo, a primeira maca da direita. E agora? Apresentei-me e expliquei o que estávamos fazendo ali e já me desculpei pelas infinitas perguntas que seriam feitas dali em diante. Não conseguia olhar diretamente para a neném, senti que não estava preparada para aquilo, senti todos os pensamentos sumirem da minha cabeça e eu,

logo eu, fiquei muda. Minha dupla, de forma graciosa, começou uma conversa, não uma conversa com um roteiro, mas daquelas que acalmam o coração e põe um sorriso no rosto de alguém. Sorri também e comecei.

Nunca imaginei que a pediatria ganharia meu coração. Amélia estava ali por um episódio de engasgo que evoluiu para uma pneumonia. Olhei timidamente para ela, deitadinha, tranquila, com roupinhas que pareciam grandes demais para sua idade; logo em seguida, ela abriu um sorriso, e isso me fez sair do automático. O automático da vida, das perguntas do roteiro e da rotina infundável do curso. Talvez, mesmo sem perceber, coloquei-me nesse estado para aliviar o cansaço, para me distanciar de qualquer emoção que eu pudesse ter e que possivelmente me traria sofrimento. Eu me vi muda outra vez. Eu sabia das minhas obrigações, sabia de cabeça a ordem da anamnese e do exame físico, mas eu não queria seguir esse contato assim, no automático. Levantei, respirei e tentei viver cada segundo daquele encontro. Para mim, foi emocionante ter a certeza do meu caminho na vida.

Parece até peça pregada pelo destino que logo a pediatra tenha me mostrado que eu estou no caminho certo, mas que tenho de tomar cuidado de não entrar no automático, que eu quero viver cada experiência e cada paciente. Porque pacientes e médicos são humanos e é, por isso, que eu escolhi viver para isso. Amélia, obrigada pelos sorrisos ao longo da consulta, obrigada pela lição de vida. Você não vai se lembrar de mim, mas você será para sempre a minha primeira paciente, que me fez ter a certeza do meu propósito.

Assim, o ciclo clínico, em uma terça-feira ensolarada, confirmou que é isso que eu quero para o resto da minha vida, todos os ciclos da minha vida.

QUEM EU QUERO SER COMO MÉDICA: A CONSTRUÇÃO DA PERSONA DO FUTURO MÉDICO NO INGRESSO NA FACULDADE

Beatriz Kaminski Fink

Meu primeiro semestre de medicina foi incrível, era um mundo completamente novo e encantador. Minha primeira experiência em um hospital

público, no entanto, trouxe-me muitas marcas que, inclusive, proporcionaram-me um pouco mais de esclarecimento sobre quem eu quero ser como médica.

Era uma quarta-feira, quando, finalmente, iríamos entrar no ambiente hospitalar. Estávamos todos eufóricos, era nossa primeira vez no hospital como estudantes de medicina. Eu, pelo menos, mal esperava para sentir-me como uma médica. O curioso é que, ao mesmo tempo, estava com medo. Medo do que poderia ver, medo de não estar preparada para encarar a realidade periférica do brasileiro no sistema público de saúde. Foi surpreendentemente interessante, lembro-me, como se fosse ontem, de passar com meus colegas de classe pelos corredores, com macas encostadas nas paredes, pacientes esperando por atendimento. Lembro-me de passar pela maternidade. É incrível como o nascer de uma vida, às vezes, pode nos fazer bem, ou, pelo menos, a ideia de um recém-nascido ali, no colo de sua mãe, pode nos trazer ternura e amor. Passamos também pela pediatria, que, apesar de ser triste presenciar uma criança doente e chorando, é, ao mesmo tempo, gratificante vê-la se recuperando e trazendo um sorriso no rosto, que, na minha opinião, é o sorriso mais puro que existe no mundo.

O momento que eu mais temia chegava: a visita aos leitos. Havia pessoas com uma expressão tão triste, de desesperança, que me impactou como nada antes havia me impactado. Naquele momento, eu percebia que eu nunca estaria ali. Eu sabia que aquilo não era a minha realidade. Eu sabia que nunca precisaria estar naquele ambiente e não precisaria passar por aquilo. Isso me destruiu. E eu tive esse pensamento porque eu percebi o quanto desigual e injusta era nossa sociedade. Por que precisam passar por isso? Se eu precisasse estar em um hospital, eu teria conforto, talvez nem precisasse ter receio, pois estaria em um lugar tão bem preparado que o medo, se presente, seria menor. Ao mesmo tempo, pensei em como me sentiria, se, por alguma razão, minha mãe estivesse lá e, nesse momento, eu entrei em desespero só por imaginar.

Ao final do passeio, iríamos para a sala de anatomia. Essa sala é para onde vão os corpos daqueles que morreram, para assim serem destinados a lugares específicos. Eu simplesmente congelei, não consegui me ver no lugar onde, na minha cabeça, seria o destino de muitas pessoas que antes estavam lá. Será que o

último momento deles foi naquela sala? Será que a última pessoa que eles viram antes de morrer foi um médico e não a família que amavam? Será que a pessoa, antes de morrer, teve medo ou desespero? Tudo isso passou pela minha cabeça, e eu não consegui dar mais um passo. Quando minha professora encarregada da visita se virou, eu estava aos prantos. Não conseguia falar, só saíam lágrimas, e todos os outros estudantes me observavam, alguns desconfortáveis, outros sem entender, e alguns compartilhavam da minha dor. Depois de me acalmarem, eu consegui entrar na sala de anatomia.

No final do dia, eu lembrei da minha infância. Aquele dia nunca fez tanto sentido. Estava eu, aos doze anos, em casa, assistindo à televisão como sempre fazia ao final do dia. Naquela época, minha irmã estava na mesma posição que me encontro agora e ela chegava em casa no começo da noite. Nesse dia em particular, lembro-me de vê-la chegar em casa, deixar tudo o que estava segurando cair no chão e chorar. Eu nunca havia presenciado um choro dela daquele jeito. Ela era minha irmã mais velha e vê-la naquela situação de vulnerabilidade me marcou muito. Minha mãe a amparou, mas ela estava desolada.

Ao refletir sobre tudo, percebo que a medicina é a arte de amar. Não se pode fazer nada a respeito de leitos lotados, má estrutura e falta de medicamentos ou equipamentos, por exemplo. Mas podemos entregar amor. Nós devemos fazer isso, pois é o que nos faz suportar um pouco o sofrimento daquele paciente e o ajuda a suportá-lo também. Por isso, eu quero ser uma médica que dá amor, para todos.

Segundo Paulo Freire, a relação entre estudante e professor se pauta no amor e, por meio do diálogo, é possível aprender e pronunciar o mundo, por intermédio da linguagem. Ou seja, o diálogo também é amor. Por isso, também acredito que, por meio do diálogo construtivo e de escuta ativa no consultório, na visita domiciliar ou no leito hospitalar, é possível aprender e praticar o amor.

REFERÊNCIA

LIMA, Paulo Gomes. Uma leitura sobre Paulo Freire em três eixos articulados: o homem, a educação e uma janela para o mundo. *Pro-Posições*, v. 25, n. 3, p. 63-81, 2014.

CAPÍTULO 9

SENSIBILIDADE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Luiz Felipe Falcão de Souza

Neste capítulo, serão abordadas questões referentes ao âmbito da ética, no contexto da formação médica, bem como à sensibilidade do estudante de medicina acerca dessa temática, evidenciando a importância e os benefícios da metodologia PBL, no processo de amadurecimento desse indivíduo e na capacitação dos docentes, conscientizando-os quanto às suas ações e falas, sendo as narrativas médicas um dos meios de trazer essas discussões para serem debatidas.

A ética médica é uma vertente da medicina a qual aborda questões práticas da relação existente na assistência ao paciente, além de possíveis problemas que possam ocorrer nessa abordagem (Osorio; Carrion, 2014). No Brasil, é regida pelo Código de Ética Médica, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que visa, entre outras finalidades, a garantir autonomia ao paciente, de acordo com suas vontades. Ademais, em 2018, o próprio CFM lançou o Código de Ética do Estudante de Medicina, o qual norteia, esse acadêmico em relação aos seus direitos e deveres (CFM, 2018a, 2018b).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em seu artigo 3º, afirma que o formando em medicina deverá abranger características, em sua formação geral, de humanidade, criticismo, reflexão e ética, para que possa ter a capacidade de agir em diversos níveis de atenção à saúde (Brasil, 2014). Diante disso, fica evidenciada a importância da abordagem de meios que atuem no desenvolvimento humanista e ético do estudante de medicina no contexto do currículo médico.

De acordo com estudo publicado no ano de 2019, a percepção dos discentes acerca do ensino da ética na graduação médica é que este é deficitário. Isso ocorre, pois essa área de estudo é desvalorizada, por ter seus ensinamentos desvinculados do que é realizado na prática, por não estar presente em todo o decorrer da graduação e, por fim, por haver professores e preceptores que não abordam as questões éticas nos debates com os alunos. Assim, os estudantes apresentam sugestões, a fim de otimizar os ensinamentos acerca da ética no curso de medicina. Dessa forma, o estudo indica que uma das principais maneiras de isso ser realizado é por meio de melhor capacitação e qualificação dos docentes, conforme afirma uma das alunas entrevistadas: “e eu acho que seria preciso um processo de reeducação dos profissionais que trabalham como professores. Reeducação da ética” Menezes et al., (2019). Além disso, como abordado por Ferreira, Mourão e Almeida (2016), há necessidade de o docente se colocar em autoavaliação, para possibilitar a reflexão acerca de aspectos que possam ser otimizados em sua postura ética para com seus pacientes e seus alunos.

De acordo com Garcia-Jr. e Verdi (2019), o processo de confronto das questões éticas se dá em três etapas, as quais os autores denominam de posições. A primeira é a da “submissão”, na qual o estudante, já no início, é oprimido, sendo levado a seguir as ações padronizadas aos acadêmicos, o que leva à competição e à rivalidade, sem se colocar em posição de questionar as suas atitudes bem como as de terceiros. A segunda é chamada de “colapso do estado de submissão”, quando o aluno é colocado em uma posição de percepção das atitudes corretas em seu meio, porém, ainda é levado a cometer atitudes incorretas, visto o meio o qual está inserido. Por fim, a terceira, denominada “reprodução ou ruptura” de valores, na qual o aluno pode seguir dois caminhos, o primeiro, de reproduzir e de perpetuar a hierarquia presente na formação médica, como lhes é mostrado, ou o segundo, de romper esse contexto.

Nessa perspectiva da formação de alunos que reproduzam o contexto no qual vivenciam na faculdade, há de se preocupar, ainda mais, com aqueles que sofrem algum tipo de assédio moral por parte de professores ou que vivenciam situações de assédio dos professores com os pacientes, na tentativa de interromper o ciclo de perpetuação. Assim, como evidenciado por Garcia-Jr. e Verdi (2019), a partir de

relatos de discentes e de docentes, muitos desses alunos vivenciam questões problemáticas acerca da ética, por parte de atitudes dos professores, tanto em atividades práticas quanto em sala de aula, voltadas aos acadêmicos e aos pacientes. Ainda nesse contexto, os estudantes afirmam haver divergência muitas vezes entre o discurso exposto em sala de aula, a respeito da ética médica, e as ações e atitudes dos professores na prática. Esse fato acaba levando a situações de assédio, como exemplificado na narrativa do colega Hugo Fernandes, na qual um professor afirma que pacientes que estão sendo atendidos pelo SUS são obrigados a fornecer dados para realização de histórias clínicas, mesmo contra sua vontade e diante de seu desconforto, assim como na narrativa da Catharina Hoff, em que havia dificuldade de realização do exame físico, devido à dor excessiva do paciente. Porém, ao questionar seus professores, receberam a resposta de que o exame deveria ser realizado independentemente da dor do paciente, o que deixa ainda mais evidente a necessidade de reflexão e de capacitação por parte de alguns docentes.

No Brasil, de acordo com a Demografia médica de 2018, foi demonstrado que 85,5% dos alunos egressos do curso de medicina já vivenciaram ou assistiram a algum tipo de conduta ética inadequada (Scheffer et al., 2018). Nesse contexto, os estudantes identificam diversas formas de conflitos, no âmbito da ética, dentro da graduação. Estes ocorrem em vários tipos de relação interpessoal entre acadêmicos, docentes, pacientes e funcionários, prevalecendo, de acordo com Menezes et al. (2017), os conflitos entre acadêmicos e docentes. Diante dessa realidade, registro a minha preocupação e luta contra a deterioração ética e humanística, durante a minha formação e de meus colegas, assim como exposto por Santos et al. (2017), quando evidenciaram redução atitudinal por parte dos acadêmicos de medicina, no decorrer do curso. De acordo com os autores, houve elevação do cinismo e dos interesses econômicos, além de redução do humanismo, dos valores sociais e das habilidades de julgamento ético.

Assim, percebo que uma maneira de não seguir esse caminho e de ser um profissional que adota atitudes que fogem da ética e da humanização é, desde já, termos a possibilidade de nos colocarmos em posição de questionar, não sendo apenas um estudante passivo o qual recebe conhecimento e vislumbra algumas ações sem, ao menos, colocá-las em dúvida. Dessa forma, o processo de formação de cada

aluno é fundamental, dando cada vez mais autonomia para perceber as situações adversas. Diante disso, pode-se evidenciar a clara importância da metodologia de ensino PBL, a qual vem auxiliando, em parte, na saída dos alunos da escuridão, ou seja, de uma posição ausente de questionamentos, como diria Platão, em seu Mito da Caverna.

Nesse contexto, Menezes-Rodrigues et al. (2019), por meio de revisão na literatura, perceberam diversos benefícios do uso dessa metodologia ativa de ensino. Entre eles, destaca-se a possibilidade de o modelo permitir maior possibilidade de contato e de interação social e de acentuar a humanização no processo de formação tanto de alunos quanto dos próprios profissionais da saúde. Ademais, ainda de acordo com os autores, o PBL proporciona aperfeiçoamento de autonomia e independência durante a formação, o que é visto como essencial na consolidação de um estudante e futuro médico fundamentado na ética. Além disso, como evidenciado por Oliveira e Nunes (2018), as faculdades com metodologias ativas de ensino têm maior carga horária voltada para o ensino e o aprendizado sobre a ética médica, além de maior inclusão do tema nas matrizes curriculares, salientando, assim, os benefícios trazidos por esse modelo de educação.

Para situar o leitor, o PBL foi um modelo introduzido na área da saúde, no final da década de 1960, na McMaster University no Canadá. Posteriormente, passou a ser utilizado por outras universidades, como a Maastricht University, na Holanda, e a Harvard Medical School, nos Estados Unidos (Tibério; Atta; Lichtenstein, 2003). Já no Brasil, nos últimos anos, essa metodologia vem sendo incorporada nos cursos de graduação em medicina, conforme preceitua, desde 2014, o artigo 32 das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2014).

Esse modelo de educação baseia-se em eixos, sendo o principal, o dos tutoriais. Este baseia-se em pequenos grupos, com a participação de um professor tutor, nos quais, por meio das leituras de problemas, em geral casos clínicos, os alunos chegam a objetivos de estudo para os nortear na busca do conhecimento e em posterior discussão realizada novamente nos grupos. Há, também, o eixo

educacional Habilidades e Atitudes, no qual há enfoque no aprendizado da semiologia e na relação médico-paciente desde os primeiros semestres do curso.

Ingressar no curso de medicina do CEUB e deparar com essa nova forma de ensino, a qual nunca havia vivenciado anteriormente, foi alvo de muita apreensão e dúvida a respeito de sua funcionalidade. Porém, com o passar dos semestres, venho percebendo o quão fundamental é essa maneira de ensino, não apenas em relação às formas de se passar o conteúdo, mas também por proporcionar o desenvolvimento de novas habilidades do futuro médico, entre elas a boa capacidade de comunicação e a possibilidade de contato, desde o início do curso, com médicos e pacientes, podendo, desde então, identificar modelos que queremos ou não seguir.

Além disso, a partir da inserção curricular do PBL no curso de medicina, é possível verificar uma nova forma de visualizar a relação entre professor, aluno e paciente. O professor não é mais apenas fornecedor do conhecimento, tornando-se facilitador do aprendizado (Martins; Falbo Neto; Silva, 2018), o aluno tem papel mais ativo e participativo em sua formação e na busca de autonomia (Borges et al., 2014), e o paciente, além de ser a maior fonte de conhecimento e de aprendizado que se pode ter, é um ser humano que, muitas vezes, em situação de vulnerabilidade, necessita ser tratado com carinho, atenção e sempre, sem exceções, com atitudes éticas.

Apesar dessa nova perspectiva entre professor, aluno e paciente, há, ainda, no ambiente acadêmico, pessoas que vivem realidade arcaica, não obstante o novo modelo de educação. Nele, observam-se professores que se entendem, ainda, como detentores do conhecimento, os quais veem o aluno apenas como receptor das informações, e o paciente, como seu objeto de estudo, desprovido de vontades e de sentimentos. Porém, muitos desses professores são fruto de falta de capacitação, pouco voltada para a vivência da ética e da humanização da medicina, uma vez que foram formados em metodologias tradicionais de ensino, o que, em parte, auxilia no entendimento dessas visões.

Outra maneira eficaz de melhor formar o graduando em medicina com base em posturas éticas é o professor ser capacitado em como realizar feedbacks relacionados à essa questão, além de o discente ter a capacidade de agir de maneira

ativa diante desses comentários do docente, gerando, dessa maneira, resultados positivos. Assim, de acordo com Pricinote e Pereira (2016), a partir de estudo com grupos de alunos, foi observado que um bom feedback, considerado efetivo, deve ocorrer de forma individual, imediata, apontando meios para melhorar e, por fim, o estudante ter a oportunidade de colocar em prática o que foi relatado pelo professor.

Desde o meu primeiro semestre no curso de medicina, venho tentando entender o que significa ter ética, ou melhor, ser ético. Logo em meu primeiro módulo da faculdade, surgiu um problema acerca do Código de Ética Médica e do Código de Ética do Estudante de Medicina, o que me colocou, a partir daí, a questionar se bastava seguir o que estava nos artigos e parágrafos dos códigos para ser um médico não apenas ético, mas, também, humanizado, preocupado com seus pacientes e com o ser humano em geral.

A partir disso, comecei a me deparar com diversas situações as quais coloquei em dúvida, sempre pensando em ter modelos na minha caminhada rumo a ser um médico. Desses modelos, diversos médicos e professores serviram e vem servindo como fonte de inspiração do médico que quero me tornar. Porém, nessa caminhada, presenciei situações as quais deixaram evidentes ações de alguns profissionais que não quero ter durante minha formação e após me formar.

Associadas às minhas vivências, muitos colegas, por meio das narrativas selecionadas para este capítulo, puderam deixar evidentes atitudes de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, além de comentários de alguns professores, os quais fugiram dessa ética que, desde o princípio do curso, buscamos entender e adotar em nossas vidas, a exemplo das narrativas da Andressa Moreira, da Catharina Hoff, do Hugo Fernandes e a escrita por mim. Esses casos, apesar de serem minoria, entristecem-nos, pensando muitas vezes que eles seriam nossas inspirações e acabam agindo de forma que pouco mostram importância com os seus pacientes, como ser humano, tratando-os apenas como objeto de trabalho ou de estudo. Por outro lado, há os médicos e as situações que tanto inspiram e nos servem de modelo, como narrado pela colega Marina Drago, que apresenta uma situação na qual o médico vai até um local de difícil acesso, com uma hora e meia de estrada de terra, em meio a

uma paisagem de seca, para atender a pacientes que são extremamente gratos pelo carinho e pela atenção levados por esse profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 23 de junho de 2014. Seção 1, p. 8-11.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Código de ética do estudante de medicina*. Brasília: CFM, 2018a. 52 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018*, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e n. 2.226/2019 – Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018b.

FERREIRA, Lorena Cunha; MOURÃO, Rogério Antunes; ALMEIDA Rogério José de. Perspectivas de docentes de medicina a respeito da ética médica. *Revista Bioética*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 118-127, jan./abr. 2016.

GARCIA-JR., Carlos Alberto Severo; VERDI, Marta Inês Machado. Dimensão dos problemas éticos implicados na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 4, p. 99-108, out./dez. 2019.

MARTINS, Antônio Carlos; FALBO NETO, Gilliat; SILVA, Fernando Antônio Menezes da. Características do tutor efetivo em ABP: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 42, n. 1, p. 103-112, jan./mar. 2018.

MENEZES, Márcia Mendes *et al.* Conflitos éticos vivenciados por estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 162-169, jan./mar. 2019.

MENEZES, Márcia Mendes *et al.* Percepções sobre o ensino de ética na medicina: estudo qualitativo. *Revista Bioética*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 341-349, abr./jun. 2017.

MENEZES-RODRIGUES, Francisco Sandro *et al.* Vantagens da utilização do Método de Aprendizagem Baseada em Problemas (MAPB) em cursos de graduação na área da saúde. *RIAEE – Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 14, n. 2, p. 340-353, abr./jun. 2019.

OLIVEIRA, Cynthia C.; NUNES, Carlos Pereira. O ensino da ética médica na graduação de medicina no Brasil: a revisão ética de uma década. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis*, v. 2, n. 1, p. 157-171, 2018.

OSORIO, Alberto Rojas; CARRIÓN, Libia Lara. ¿Ética, bioética o ética médica? *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, Santiago, v. 30, n. 2, p. 91-94, jun. 2014.

PRICINOTE, Sílvia Cristina Marques Nunes; PEREIRA, Edna Regina Silva. Percepção de discentes de Medicina sobre o *feedback* no ambiente de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, jul./set. 2016.

SANTOS, Wilton Silva dos *et al.* Profissionalismo médico: efeito da diversidade sociodemográfica e da organização curricular no desempenho atitudinal dos estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4. p. 594-603, out./dez. 2017.

SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

TIBÉRIO, Iolanda de F. L. Calvo; ATTA, José Antônio; LICHTENSTEIN, Arnaldo. O aprendizado baseado em problemas – PBL: Problem Based Learning. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 82, n. 1-4, p. 78-80, jan./dez. 2003.

NARRATIVAS

O EXEMPLO A NÃO SER SEGUIDO

Luiz Felipe Falcão de Souza

A história que será relatada ocorreu em dezembro de 2019, em uma cidade do interior do Brasil, onde fiquei por 15 dias e tive a oportunidade de vivenciar experiências imensuráveis de aprendizado e crescimento, tanto para a vida médica/acadêmica quanto para a vida pessoal. Durante esse período, coloquei-me a pensar sobre o modo como que nos deparamos com diversos tipos de profissionais, os quais colocamos como referências em nossas vidas, no decorrer de nossa caminhada para a carreira médica. Acabamos por encontrar profissionais que deixam marcas em nossa caminhada, no entanto, esta narrativa trata justamente do contrário ao que falei, a de um profissional que não almejo ser, a partir de uma experiência negativa, mas enriquecedora, que me possibilitou questionar o médico que quero ser, o profissional que vou me tornar e até mesmo o ser humano que estou me tornando.

A cidade é pequena e típica de interior, e a relação da comunidade com as questões de saúde é muito íntima. Vários habitantes não possuem muitos recursos e são, em sua maioria, de origem humilde. Estes veem na saúde uma forma de amparo em suas vidas. Assim, médicos são considerados personalidades de muito respeito e consideração, são conhecidos e reconhecidos por onde passam, e tudo o que é dito por eles torna-se verdade absoluta.

Fui a essa cidade para a prática de um estágio, o qual realizei com outras três colegas acadêmicas de medicina. A proposta era imergir na rotina médica de uma realidade que, de certa forma, distingue da qual vivemos, em Brasília, pelo fato de lá ser um outro Brasil, uma outra realidade, uma rotina totalmente distinta daquela vivenciada por nós na cidade grande e mais urbanizada. Na ocasião, fomos divididos para atuar em cinco unidades de estratégia de saúde da família e fizemos rodízios diários de acompanhamento, os quais nos possibilitou conhecer diversos tipos de pacientes e diferentes tipos de profissionais, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas. Foi a partir dessa convivência que iniciei a tentativa de identificar o que cada profissional tem a me acrescentar, considerando, para isso, não apenas aspectos positivos, mas também negativos.

Após diversas experiências excepcionais e positivas, em um dos dias de estágio, fui acompanhar o atendimento de um médico experiente, de origem asiática, formado em um país da América Latina, contexto que até hoje me faz perguntar o porquê de ele ter ido parar no interior do Brasil. Mas isso, certamente, é fruto da vivência e das oportunidades que ele teve durante a vida.

Voltando a esse dia, a programação da manhã era de visitas domiciliares, e tudo estava correndo relativamente bem, como na rotina dos demais dias. Cheguei à unidade, por volta das 7h30, pois gostava de chegar com antecedência para os trabalhos que eram a partir das 8h. No horário previsto para início, já estavam lá a enfermeira, a técnica de enfermagem e o dentista, todos realizando as atividades de cada área, da forma como deveria acontecer, no entanto, o médico ainda não havia aparecido. Questionei à enfermeira o que poderia ter ocorrido, e ela apenas afirmou que ele agia sempre assim. Nesse momento, pude vivenciar o primeiro aspecto do profissional que não quero ser, diante de uma situação comum do dia a dia, como

pontualidade, algo simples de ser executado, porém, complexo, que demonstraria respeito e consideração com o outro, nesse caso, com os colegas de trabalho e, principalmente, com os pacientes que o aguardavam. O tempo passava, e eu via, em todos, o incômodo diante da situação, mas percebia o quão normal isso já era para eles. Esperei até 8h30, 9h, 9h30, 10h, até que, por volta de 10h20 ele apareceu. Cumprimentei-o com um bom-dia, disfarcei a minha indignação e me apresentei, pois ainda não nos conhecíamos. E é a partir daí que vem o segundo aspecto do profissional que eu não quero ser.

Logo em seguida à sua chegada, após tudo isso e sem eu, ao menos, questioná-lo, ele começou a reclamar de outros profissionais, na tentativa de justificar o seu atraso; reclamou das cobranças da secretaria de saúde; reclamou da própria secretária de saúde do município e da assistente dela; reclamou dos colegas de profissão, além de outros pontos da vida pessoal. Tive muita dificuldade para entender o que ele dizia, em razão do sotaque dele e também por eu não estar inserido naquela realidade. Na minha opinião, o fato grave é que ele tentava justificar a atitude de atraso, falando mal, para mim, que cumpria apenas papel de estagiário, tanto de seus superiores quanto de seus colegas de trabalho, os quais estavam com ele todos os dias, auxiliando na realização das atividades de sua profissão. O que, na minha visão, fugiu da ética profissional, independentemente da área que se atue, causando-me certa revolta.

Após isso, para iniciarmos as visitas domiciliares, fomos para o carro, onde o motorista já nos aguardava há muito tempo. Logo na primeira visita, ocorreu um imprevisto, pois não haviam levado a caixa com os materiais necessários, como esfigmomanômetro, glicosímetro, blocos de receituários, entre outros, imprescindíveis para o atendimento. Por sorte, a casa desse paciente era próxima à unidade de saúde, e o motorista, muito solícito, retornou para buscar a caixa. Nesse momento, dessa vez em frente ao paciente e à família dele, o médico voltou a reclamar, veementemente, da sua equipe por conta do esquecimento dos materiais, sendo que ele também fazia parte dessa mesma equipe. Os equipamentos finalmente chegaram, e o atendimento transcorreu sem outros problemas.

Fomos para a visita à segunda família, quando ocorreu o momento que mais me chocou, o terceiro e o auge do profissional que não quero ser, do médico que não quero me tornar. Logo de início, percebi que eram pessoas humildes. A casa era de tijolo exposto, o chão era de barro, e nós ficamos, na entrada, sentados em cadeiras de plástico. Na casa, viviam, em torno, de dez pessoas, das mais diversas idades. A paciente que ia ser atendida tinha pouco mais de 80 anos. Estava sentada em uma das cadeiras, o médico em outra, e eu, ao lado e em pé, observava. Ao redor, estavam familiares, filhas e netas. Todos também observando. Aquele seria mais um atendimento para renovação de receitas, aferição de pressão, checagem de exames. Eles estavam com muita dificuldade de entender o que o médico dizia, e, por isso, comecei a traduzir o que era dito, na tentativa de ajudar a família. Fiquei imaginando como eram os atendimentos nos demais dias do ano, quando eu não estava ali, e a dificuldade daquela família, diante de um profissional que pouco se esforçava para ser entendido, não fazendo questão de explicar, cuidadosamente, à paciente e a seus familiares o que era preciso ser feito.

Como exemplo disso, cito o fato de ter havido necessidade de ser feita receita de medicamento de receituário especial, o qual não estava com o médico no momento. Ele, então, orientou que aquelas pessoas deveriam ir à unidade de saúde, no período da tarde, para buscar a receita. Nessa explicação, eu pouco entendi o que ele havia dito e fiquei imaginando como teria sido para aquelas pessoas de origem mais humilde. Uma delas o questionou, não tendo entendido. Isso gerou um mal-estar por parte dele, afirmando que aquelas pessoas nunca prestavam atenção no que ele dizia e que isso não estava certo. Percebendo a circunstância em que estavam, com aquele profissional em posição de poder diante da situação, eles apenas se calaram. Precisei intervir, tomando à frente, para explicar o que ele havia dito, a fim de não aumentar o sentimento de angústia e de desamparo daquela família.

Apesar de tudo, não foi isso que tanto me chocou. Voltando ao início dessa visita, esclareço que a senhora que ia ser atendida encontrava-se sentada na cadeira, calada, com os braços apoiados sobre as pernas, a coluna curvada e a cabeça baixa, com o queixo quase encostando no tórax. Essa cena me deu a impressão de uma idosa cansada e, provavelmente, com dores nas costas ou em outras partes do corpo.

Diante disso, o médico, sem delicadeza e sem considerar a condição a qual a paciente se encontrava, colocou uma das mãos dele sob o queixo da senhora e elevou, bruscamente, a cabeça dela, afirmando: “levanta essa cabeça e olha para mim!”. Eu congelei, vendo isso. No rosto dele, a feição de quem estava fazendo algo normal, sem o mínimo de empatia. Para mim, a evidência do profissional que, nem de perto, quero me tornar. Ela nem ao menos questionou, não disse nada, tentava manter o pescoço ereto, diante do pedido do médico, que tanto era respeitado. Mais uma vez, aparentemente não aguentando sustentar a postura, ela abaixou a cabeça, e, novamente, ele disse: “já falei que é para olhar para mim!”. Com muito esforço, ela olhou para ele e manteve-se assim até a nossa saída de lá.

Ao voltar para casa, por volta das 12h30, desabafei toda a minha indignação com as minhas colegas. Perdi completamente a vontade e a empolgação de retornar à unidade de saúde, para acompanhamento daquele médico, no período da tarde. Apenas resolvi voltar depois de elas terem me convencido disso, além de eu saber e considerar o compromisso o qual havia feito. Diante dos fatos expostos, melhorei minha visão do médico que almejo ser, ou melhor, do médico que não quero me tornar. Nessa ocasião, ficou claro, para mim, o que representa a falta de humanidade a qual, desde o início da formação em medicina, aprendemos a não ter.

REFLEXÃO DO AUTOR DA NARRATIVA

O tema abordado na narrativa representa o que ocorre no Brasil. De acordo com a Demografia médica no Brasil 2018, ficou evidenciado que 85,5% de acadêmicos de medicina egressos já vivenciaram ou assistiram a algum tipo de conduta ética a qual consideraram inadequada (Scheffer et al., 2018). Diante disso, o objetivo dessa narrativa foi levantar a importância da reflexão crítica a respeito das atitudes éticas e humanistas pelo acadêmico de medicina. Nesse contexto, como exposto por Garcia-Jr e Verdi (2019), uma forma de combater problemas éticos é “aprender a lidar consigo mesmo e difundir o debate e o estudo da ética no curso de medicina”. Assim, uma maneira eficiente de formação do médico com teor cada vez mais humanístico é o levantamento de discussões acerca de questões éticas que envolvam privação de humanidade.

Na situação narrada, podem-se evidenciar questões as quais contrariaram os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência, ou seja, o de realizar o bem ao outro e o de evitar causar danos a um ser humano, respectivamente (Campos; Oliveira, 2017). Entre as três situações vividas, essa questão ficou explícita na última, na qual o médico tratou a paciente, que estava sobre condição de elevada vulnerabilidade, de forma agressiva e violenta. Diante desse acontecimento, foi possível notar não só o não cumprimento dos princípios bioéticos citados, mas também o descumprimento do Código de Ética Médica. Como exemplo disso, destacam-se os artigos 23, 27 e 28, que, respectivamente, vedam ao médico “tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”, “desrespeitar a integridade física e mental do paciente” e “desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade” (CFM, 2018).

Perante o exposto, com a finalidade de que se forme um médico fundamentado em atitudes éticas e humanísticas, não apenas baseado nas técnicas da profissão, qualidades essas, as quais se complementam, é importante que haja, desde o início da graduação, ensinamentos acerca de habilidades afetivas (Andrade et al., 2011). Sendo, assim, a escola médica representa o lugar ideal para que as questões éticas sejam debatidas, priorizando discussões as quais abordem temas éticos (Taquette, 2005). Dessa maneira, o futuro profissional terá ferramentas para melhor cuidar de seu paciente, envolvendo aspectos não só do enfoque na doença, mas, principalmente, no ser humano o qual muitas vezes, como mencionado nesta narrativa, encontra-se em condições de vulnerabilidade e, assim, demanda cada vez mais ser cuidado com zelo e amor.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sílvia Caixeta de *et al.* Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 517-525, out./dez. 2011.

CAMPOS, Adriana; OLIVEIRA, Daniela Rezende de. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, Belo Horizonte, n. 115, jul./dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018*, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e n. 2.226/2019 – Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018.

GARCIA-JR, C. A. S.; VERDI, M. I. M. Dimensão dos problemas éticos implicados na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 4, out./dez. 2019.

SCHEFFER, M. (coord.). *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

TAQUETTE, S. R. *et al.* Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v. 51, n. 1, jan./fev. 2005.

VOLTAMOS AO QUARTO 613 E NOVAMENTE NOS DEPARAMOS COM A CAMA VAZIA

Catharina Hoff Britto Dias

No dia 18 de fevereiro de 2020, terça-feira, fizemos nossa primeira visita a um hospital regional de Brasília, durante o rodízio de clínica médica para colher as histórias dos pacientes. Como havíamos acabado de adentrar no quinto semestre, esta foi nossa primeira vez entrevistando pacientes que estavam internados em um contexto hospitalar, e, por isso, estávamos apreensivas. Às 14 horas, encontramos os professores no quinto andar, e a turma se dividiu em duplas. Os professores, então, encaminharam cada dupla para um quarto diferente onde deveríamos nos encontrar com nossos respectivos pacientes e tínhamos a recomendação de que, às 15 horas, começaria o horário de visitação e deveríamos nos retirar do quarto e retornar às 16 horas, após o fim do horário de visitação ou assim que a visita saísse do quarto.

Eu e minha dupla subimos para o sexto andar e fomos para o quarto 613, leito 1, onde deveríamos encontrar o paciente João, porém ao entrarmos no quarto, ele não estava, e o outro paciente que estava no quarto com ele não sabia de sua localização. Os professores haviam nos informado que, caso os pacientes estivessem fazendo algum exame, deveríamos voltar ao quinto andar, onde eles nos refeririam a outro paciente. Após retornarmos ao quinto andar e percebendo que os professores

não estavam mais ali, decidimos voltar ao sexto andar e procurar o paciente que havia sido, inicialmente, referido para nós. Voltamos ao quarto 613 e novamente nos deparamos com a cama vazia, saímos novamente do quarto e voltamos a andar pelo corredor, à procura do que fazer. Já estávamos ficando frustradas, pois essa era nossa primeira visita ao hospital e não encontrávamos nem nosso paciente nem nossos professores. Foi então que um senhor veio caminhando em nossa direção e perguntou se estávamos procurando por ele. Após confirmarmos seu nome, ele nos acompanhou para seu leito e logo fez questão de perguntar se nós gostaríamos de sentar, mas recusamos para não dar mais trabalho ao simpático senhor, que já estava procurando cadeiras para que nós pudéssemos nos sentar para a entrevista. Essa atitude do paciente serviu como um ótimo quebra-gelo e já nos deixou mais à vontade para conduzir a entrevista.

O senhor João mostrou-se, desde o início, como um excelente informante, supersimpático e disposto a responder às nossas perguntas, apesar de já tê-las ouvido inúmeras vezes antes e nos fornecia informações antes mesmo de ser perguntado. O cativante senhor tinha 57 anos, trabalhava como agente de portaria, era espírita e era natural do Recife, mas já vivia no Riacho Fundo há 25 anos e estava internado no hospital desde o dia 13 de janeiro. Apesar de sentir uma dor extremamente intensa em seu braço direito, ele era extrovertido, prolixo e parecia se abrir conosco, porém, até certo ponto, visto que em determinado momento ele começou a chorar durante a entrevista e logo mudou de assunto, momento em que ficamos na dúvida se as lágrimas eram devido a um assunto difícil, a dor física no braço ou aos dois. Minha dupla e eu conseguimos preencher a identificação, queixa principal e duração, história da moléstia atual e revisão dos sistemas, até pouco mais de 15 horas, quando a visita dele chegou no quarto. Nesse momento, então, eu e minha dupla nos retiramos do quarto para dar mais privacidade aos dois e informamos a eles que voltaríamos em seguida. Durante a entrevista, eu tive uma sensação que, a meu ver, é uma das piores sensações que se pode experimentar, a de ver alguém que está tentando nos ajudar sofrendo e não temos como retribuir e ajudar a amenizar o sofrimento dessa pessoa.

Após sairmos do quarto, retornamos para o quinto andar, onde nos encontramos novamente com os professores para tirar algumas dúvidas,

especialmente sobre o exame físico que, a princípio, deveria ser realizado em seguida. Indagamos os professores sobre os dados recolhidos até então, e eles nos informaram que a hipótese diagnóstica seria uma síndrome de Pancoast, associada a uma síndrome de Horner. Eu e minha dupla estávamos muito preocupadas em como seria possível realizar um exame físico em um paciente que sofria de uma dor extremamente intensa que segundo o paciente, em uma escala de 0 a 10, sendo 10 a dor mais intensa, ele a classificou em 100. Ao perguntarmos isso aos professores, eles apenas nos informaram que deveríamos realizar o exame físico completo, independentemente da dor sentida pelo paciente, o que nos deixou extremamente desconfortáveis. Nós retornamos então para o sexto andar e sentamos próximas à porta do quarto do senhor João, para esperarmos a hora da visitação acabar. Aproveitamos esse período para ler sobre as patologias que acometiam nosso paciente e, após um breve estudo, nossa sensação de desconforto de termos de realizar o exame físico completo aumentou, já que ambas são síndromes extremamente raras e que causam dores e limitações ao paciente.

Pouco depois das 16 horas, a visita do senhor João foi embora, nós adentramos no quarto novamente, e, para nossa surpresa, ele estava dormindo. A acompanhante do paciente do leito ao lado nos informou que ele estava com muita dor e havia tomado morfina.

Após esse novo revés, nós retornamos para conversarmos com os professores, mas dessa vez não mais frustradas, mas extremamente compreensivas do que o paciente estava passando. Os professores então começaram a debater na nossa frente o que deveria ser feito, sendo que um sugeriu acordá-lo e o outro, que acabou prevalecendo, falou para deixá-lo descansar e que o sono da morfina seria bom para ele. Ademais, os professores, ao invés de nos referirem a outro paciente, informaram-nos que deveríamos retornar ao hospital na quinta de manhã, para podermos finalizar a coleta da história e realizar o exame físico que estava faltando.

Na quinta de manhã cedo, voltamos e nos encontramos com o professor que ficaria responsável por nós naquela manhã. Ele nos levou ao quarto do paciente novamente, mas, dessa vez, o senhor João nos pediu desculpas e disse que não conseguiria nos ajudar nessa tarefa, pois estava com muita dor que o impossibilitava

de participar da entrevista. O professor o compreendeu e nos levou para outro paciente para que pudéssemos completar a atividade.

Essa primeira visita me impactou profundamente, pois, a meu ver, ficaram bem claros alguns conceitos que sempre são debatidos de forma abstrata e teórica na sala de aula, mas que, na prática médica, são essenciais no dia a dia do profissional e também fundamentais para a construção de um vínculo médico-paciente efetivo. Entre esses conceitos, o que para mim ficou mais nítida foi a necessidade de se respeitar a autonomia e as vontades do paciente e de prezar pelo seu bem-estar, já que o paciente não pode ser obrigado a fazer nada que ele não queira, independentemente da vontade da equipe médica.

QUÃO LONGE VAI O DESRESPEITO?

Andressa Gabrielle Moreira

Era uma manhã de sexta-feira, o local, o pronto-socorro de um hospital regional de Brasília. Mais cedo naquela semana, eu tinha combinado com uma tia minha, ex-enfermeira chefe deste hospital, a minha participação em um plantão para fins acadêmicos, apenas no intuito de conhecer a dinâmica de um pronto-socorro e quais as principais questões envolvidas nesse ambiente hospitalar. Mas ao final, a experiência que eu tinha tido fora totalmente diferente do esperado.

No início da manhã, encontrei-me com os enfermeiros, e a enfermeira Aline me acolheu para que eu a acompanhasse na sua rotina. Inicialmente, ela me apresentou as salas e como os pacientes eram divididos, mostrou-me o carrinho com os materiais mais utilizados e também o sistema pelo qual os profissionais têm o controle do prontuário dos pacientes. O pronto-socorro contava com duas salas principais; na primeira, ficavam pacientes mais idosos, e, junto a eles, tinha uma rede de computadores para uso dos profissionais de saúde; já a outra sala tinha pacientes de todo tipo, era lotada e contava com poucos recursos adequados para acolhimento daquela quantidade de pessoas. Além dessas salas, tinha a sala de materiais, a sala dos enfermeiros e uma sala de sutura de ferimentos não graves, que

contava com duas macas e dava acesso a outras regiões do hospital, então, muitas pessoas passavam por ali.

Em seguida, a enfermeira começou o atendimento, cuidando, inicialmente, dos casos mais graves e, depois, passando para os de menor risco. Em um dos atendimentos, ela reparou que um dos pacientes precisava de um raio-X em leito, já que ele tinha sofrido um acidente e não conseguia se movimentar, porém a solicitação pedia raio-X normal. Logo, ela solicitou que eu fosse em busca da médica responsável, para pedir tal alteração na solicitação do exame. A médica me recebeu muito mal e me tratou de forma inapropriada, o que mexeu muito comigo. Quando voltei ao pronto-socorro, a enfermeira me pediu que fosse a ala do raio-X, a fim de verificar se a alteração teria chegado, e me informaram que ainda não tinha; então, fui instruída a voltar na médica responsável e verificar se realmente ela teria enviado. Ao confrontar a médica sobre a alteração da solicitação do exame, ela me respondeu de forma grosseira e ainda criticou a enfermeira, dizendo que “ela não para de encher o meu saco, fala para ela que eu tenho mais o que fazer”. Então, voltei ao pronto-socorro e informei a enfermeira do ocorrido, e ela não ficou surpresa com a reação da médica e até mesmo falou que já estava acostumada com tais atitudes. Diante de tudo isso, ela decidiu ir até a médica e pedir para que ela fosse ver o paciente, para que, enfim, ela enviasse a alteração da solicitação do raio-X, e foi o que ocorreu. De fato, esse episódio me mostrou que muitas vezes o desrespeito de médicos com os demais funcionários é real e algo que deve ser mudado, considerando que toda profissão tem seu valor e não deve ser menosprezada.

O acontecimento mais marcante daquela manhã, entretanto, foi o infarto de uma senhora de cerca de 55 anos, branca e obesa. Era em torno de 11 horas da manhã, quando a acompanhante de uma das pacientes procurou uma das enfermeiras e informou que sua tia não passava muito bem. Logo, a enfermeira foi conferir e verificou que a mulher estava tendo uma parada cardíaca. Assim, todas as macas foram afastadas para manejo da paciente até a sala de sutura, que era a única com espaço para a manobra de reanimação. Então, a paciente foi posicionada na tal sala, e levaram um desfibrilador cardíaco, mas, logo em seguida, verificaram que estava com problema, então, foram atrás de outro em outra região do hospital e acharam um

que estava funcionando. Nesse primeiro momento, várias piadas foram feitas, falando que aquele não era o dia de sorte da “gordinha”, a partir daí, fiquei horrorizada com a falta de respeito dos profissionais com a paciente, que se apresentava inconsciente e totalmente indefesa. Após a iniciação da reanimação, foram encontradas algumas dificuldades, como a intubação da paciente, considerando que pacientes obesos tendem a ter Mallampati classe 3 ou 4, o que complica muito o processo de passagem da cânula. Diante disso, vários profissionais tentaram e não conseguiram, e mais uma vez foram feitas piadas caçoando a paciente por conta do seu peso. Após cerca de 20 minutos do início da reanimação, chegaram, na sala, estudantes de fisioterapia de semestres iniciais que estavam visitando o hospital, e logo foi perguntado a eles quem gostaria de fazer a reanimação, porque o pessoal que estava fazendo a massagem já estava cansado. Então, dois estudantes se voluntariaram e foram questionados a eles se já teriam feito ou praticado a manobra de reanimação antes e ambos responderam que não, e o que mais me chocou foi a resposta de um dos enfermeiros: “então, está na hora de aprender, olha aí a sua primeira cobaia”. Logo em seguida, os estudantes começaram a fazer a manobra, e foi clara a falta de preparo deles. O mesmo profissional que autorizou a ação dos estudantes de fisioterapia me perguntou se eu estava interessada em fazer a manobra também, mas eu recusei e expliquei que jamais faria algo que pudesse vir a prejudicar a vida de um paciente, considerando que eu nunca tinha feito massagem cardíaca antes, e a resposta do enfermeiro foi uma risada.

Após toda a manobra de reanimação, a qual foi realizada de forma desorganizada e desrespeitosa, a paciente não resistiu. Assim que houve a confirmação da morte, a paciente foi deixada na maca em que estava, na mesma sala de sutura, e foi jogado um pano branco por cima do seu corpo, e em seguida, os familiares foram avisados e instruídos sobre o processo burocrático para a retirada do seu familiar do hospital. Ao ver aquela cena, em que a filha e a sobrinha da paciente choravam com o recebimento da notícia, pensei que elas nem imaginavam o tamanho desrespeito que sua ente querida passou em seus últimos momentos de vida, e aquilo me marcou de uma forma inimaginável. Nunca imaginei que profissionais de saúde pudessem ser tão não empáticos e permitissem tamanho

desrespeito, e o fato de eu não ter feito nada em relação a isso foi algo que me revoltou.

Ao voltar para casa, vários pensamentos passaram pela minha cabeça, coisas que eu poderia ter dito ou feito para impedir ou alertar tamanho desrespeito com aquela paciente, seja pelas piadas em relação ao seu peso ou pela permissão da realização de um procedimento sério por indivíduos não habilitados, não dando o devido valor à vida da paciente. Imaginei o quão longe aqueles profissionais já foram para permitir tais atitudes e encarar o ocorrido como algo normal. Depois daquele dia, prometi a mim mesma que jamais me tornaria esse tipo de profissional, de fato, eu reconheço que trabalhar com saúde não é algo fácil, a bagagem é pesada, e a perda de empatia é realmente algo que ocorre, mas me prometi que sempre me lembraria daquela senhora e levaria isso como um alerta pessoal para jamais desrespeitar um paciente e para fazer de tudo para não permitir tais ações no meu ambiente de trabalho, pois saúde não é caridade, é direito, e respeito deve ser algo constitucional no interior de cada pessoa, principalmente do profissional de saúde.

REFLEXÃO DA AUTORA DA NARRATIVA

A busca pelo respeito aos direitos dos pacientes e a preservação da sua dignidade são pontos fundamentais na discussão ética associada à assistência médica (Carvalho; Torreão, 1999). O CFM declarou, na Resolução n. 2.077/2014 – a qual dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência – a obrigatoriedade da segurança assistencial ao paciente assim como ao médico. Essa resolução visa a direcionar o serviço e a estabelecer estratégias de gestão de risco para o paciente e ofertar condições estruturais e de segurança para a desenvoltura do trabalho em saúde. Na prática, entretanto, o que ocorre é o embate entre as duas figuras asseguradas por essa resolução – médicos versus pacientes –, a qual reflete a queda ou a falta de empatia dos primeiros na interferência dos direitos dos segundos.

Segundo Ambroise Paré, empatia é “curar ocasionalmente, aliviar frequentemente, consolar sempre” (Barros Filho, 2007), todavia, esse conceito se perde na atualidade, pois a representação do sucesso é a cura, e qualquer coisa além

disso é considerado fracasso. Isso posto, o médico se depara com um acervo de frustrações pessoais ocupacionais, que provocam desistência ou desinteresse, refletindo diretamente na consolidação de condutas de indiferença e repúdio.

Atualmente, o profissional de saúde não empático é encarado como algo normal, sendo essa uma problemática convergente na discussão ética, pois a empatia é o laço que constrói a relação médico-paciente eficaz. De fato, a vigência do progresso técnico e a monopolização da informação científica no espaço médico educacional refletem a drástica transformação do estudante de medicina durante o período de formação, revelando um processo de desumanização (Moreto, 2013).

Compreende-se, então, que o próprio seguimento institucional acadêmico é fator causal na queda de empatia de profissionais de saúde e seu conseqüente reflexo sobre condutas antiéticas. Mas seria essa a única causa? Sabemos que não. Não é segredo que o sistema de saúde brasileiro lida constantemente com diversas dificuldades, como superlotação, falta de estrutura, ausência de investimento proporcional, entre outras, e tudo isso contribui para o que se chama de cenário caótico. Diante disso, fica a reflexão de como deve ser trabalhar em um lugar que não tem um alicerce adequado e exige, constantemente, condutas de êxito, não é fácil, até mesmo chega a ser contraditório.

Nessa conjuntura, a queda de empatia dos profissionais de saúde contribui para condutas que, muitas vezes, envolve a não compreensão da expectativa do paciente, a subestimação da dor e a condenação do sofrimento, podendo ser expressas de forma desrespeitosa e drástica, e, conseqüentemente, ferir os direitos essenciais do paciente assim como a própria ética.

Esse contexto aplicado ao cenário de pronto-atendimento de urgência e emergência fica ainda mais evidente, pois abrange situações em que o contato anterior com o paciente não existe, ou seja, o vínculo da relação médico-paciente começa exatamente naquele instante. Além disso, aquele profissional de saúde está envolvido em constantes episódios de inquietação e estresse, aliado à estrutura deficiente em “equipamentos e recursos humanos, o que põe em risco tanto a vida dos pacientes que buscam assistência, quanto a integridade profissional dos médicos que tentam exercer sua função” (Carvalho, 1999).

Diante disso, fica claro que, ao se discutir sobre ética e assistência médica, deve-se fazer uma análise de um dos pontos centrais dessa associação, a empatia. Entender o que é empatia e como e por que ela está sendo negligenciada na relação médico-paciente é fundamental para resolução dessa problemática. Entre as soluções, tem-se a mudança nos currículos acadêmicos de medicina, direcionando temas humanísticos e a importância do vínculo entre o médico e o paciente, discutindo todos os seus desdobramentos, de acordo com cada cenário, principalmente, no ambiente de urgência e emergência. Além disso, a oferta adequada de recursos e condições de trabalho, para não sobrecarregar o profissional de saúde, e, por fim, a desconstrução da associação do sucesso com a cura e o entendimento de que ser médico não envolve apenas conhecer a doença, mas também saber valorizar o doente, tendo a aplicação da abordagem holística como ponto principal de investigação e estabelecimento de uma relação empática.

REFERÊNCIAS

BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. *De barbeiro a cirurgião do rei: a fantástica história de Ambroise Paré*. Boletim da FCM, v. 2, n. 10, 2007.

CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci; TORREÃO, Lara de Araújo. Aspectos éticos e legais na emergência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 75, supl. 2, p. s307-s314, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução CFM n. 2.077, de 24 de julho de 2014* – Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

MORETO, Graziela; BLASCO, Pablo Gonzales. A erosão da empatia nos estudantes de medicina: um desafio educacional. *Revista Brasileira de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 12-17, 2012.

A AUTONOMIA DA PACIENTE

Hugo Carneiro Fernandes

Era início do quinto semestre, começaríamos, em habilidades de ginecologia e obstetria, colhendo as histórias médicas das gestantes e puérperas em um hospital regional de Brasília. No primeiro dia, a professora selecionou uma gestante para nossa dupla e, então, fomos em direção ao quarto, onde havia mais duas duplas colhendo a história de outras pacientes. Foi decidido que eu começaria a anamnese, algo que me deixou um pouco nervoso, mas estava confiante que iria ocorrer tudo certo, visto que tinha me preparando bastante.

A paciente que me foi designada era uma gestante de 35 semanas, de nome Maria, que deu entrada no pronto-socorro com queixa de cefaleia intensa, dor no hipocôndrio direito e diagnosticada previamente com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). Quando chegamos, ela estava deitada na cama, sem acompanhante, então, nós nos apresentamos e demos início à identificação da paciente. Ela respondia às perguntas de forma desinteressada, falando muito baixo, de modo que não entendíamos o que respondia, dando a entender que ela não queria que estivéssemos lá. Algo que desconstruiu minhas expectativas, já que eu imaginava que seria algo positivo para a paciente, pois estaríamos dando atenção para ela, ouvindo suas queixas, mas não foi o que aconteceu. Ademais, durante a anamnese, o telefone dela tocava constantemente, falei que podíamos fazer uma pausa para ela atender, mas ela não quis, imagino que ela esperava que iria terminar logo a coleta de dados. Ao fim da anamnese, chamei uma colega para acompanhar, então, coloquei o biombo, fechei a porta do quarto e iniciei o exame físico. Eu estava um pouco receoso, pois seria a primeira vez que faria em uma paciente, além do que, ela estava desconfortável com nossa presença. Ao decorrer do exame, ela relata muita dor na região abdominal, posição preferida em decúbito lateral, e não queria ficar sentada, algo que é preciso em alguns momentos do exame. Devido ao seu desconforto, tentei fazer o exame o mais rápido possível e acabei pulando algumas fases, como o exame de Leopold. Algo que refletiu na qualidade do exame físico. O fim da coleta coincidiu com o horário de visita, quando ela usou para responder às ligações de telefone. Então, eu fui falar com a professora que não consegui terminar o exame, pois a paciente estava desconfortável. Nessa ocasião, a professora falou que era para voltarmos lá, terminar o exame, pois iria refletir na nossa nota da história clínica, e que a paciente, por estar no SUS, era obrigada a permitir que

obtivéssemos os dados. Então, fomos junto com a professora e terminamos o exame, a paciente ainda relatava dor, contudo aparentava estar mais confortável.

Ao sair do hospital, fiquei pensando na frase da professora que a paciente era obrigada a colaborar na história, por estar no SUS, e na ênfase que ela deu na nota da história clínica, dando a entender que era mais importante que o bem-estar e a liberdade da paciente. No momento que ela disse isso, eu não entendi a gravidade dessa fala e prossegui para voltar a fazer o exame, sem contestá-la. Naquela hora, não senti liberdade para falar algo ou pedir para trocar de paciente, talvez por querer evitar conflito, pelo medo de perder nota ou pela falta de abertura que a professora propôs. Hoje, entendo que prosseguir naquele exame foi algo errado, visto o desconforto da paciente, e que devemos pôr o bem-estar acima de tudo. Por fim, tomo isso como um aprendizado para as próximas coletas de história.

AO FINAL DA CONSULTA, RETIROU DE SUA SACOLA MEIA DÚZIA DE OVOS E ENTREGOU AO DOUTOR, COMO FORMA DE AGRADECIMENTO

Marina Coleta Drago

Ao final de meu quarto semestre, nas férias de final de ano, eu e mais três colegas fomos fazer um estágio, em uma cidade no interior do Brasil. Cidade pequena, à beira do rio, uma rua de comércio principal, nenhuma loja multinacional, a maior parte da cidade não é asfaltada. Tem uma ampla área rural e uma população de 26 mil habitantes.

A atenção básica da cidade é impecável, 100% da população têm acesso aos postos de saúde e aos médicos que lá trabalham. Contudo, caso haja a necessidade de algum especialista, alguma cirurgia ou até mesmo uma cesariana, o paciente deve ser transportado para a cidade referência mais próxima, cerca de 200 quilômetros de distância. O meu principal objetivo no estágio era conhecer uma outra realidade deste país tão amplo e diverso. Ficamos em cinco postos de saúde, fazendo rodízio entre eles durante duas semanas. Como o município tem uma extensa área rural, cada posto de saúde tem uma referência em alguma área rural, de tal forma que o

mesmo médico que trabalha na área urbana, em um dia da semana atende no posto mais afastado.

No meu último dia de estágio, acompanhei um médico recém-formado, para a área rural do município. Para isso, foi necessária uma viagem de uma hora e meia em estrada de terra. No caminho, atentei-me aos detalhes. A terra seca me chamou a atenção, juntamente com o gado magro que lá estava, praticamente esquelético. Havia sido informada que o período de seca tinha sido maior nesse ano e que muitos pequenos produtores haviam perdido praticamente tudo o que haviam investido. Vi vilarejos com casas pequenas com portas e janelas fechadas, além de crianças sentadas no chão. Pau-de-arara passando para levar as famílias às cidades. Trabalhadores tentando realizar o plantio do pouco que havia na terra.

Até que, de repente, paramos. No meio do nada. Com um rio à frente. Disseram-me que devíamos pegar a balsa para atravessar. Continuei sem ver nada, a não ser uma corda que ia de um lado a outro da margem. Descemos do carro, e aí entendi o que significava a balsa. Havia uma plataforma de madeira em que o carro ficava, duas roldanas – uma em cada margem – que serviam para puxarmos e movimentarmos a nossa balsa manualmente. Ao chegar do outro lado, seguimos viagem.

Mais alguns quilômetros, e chegamos ao posto de saúde. Era uma casa simples e simpática, rodeada de pessoas esperando para serem atendidas. A senhora responsável pela limpeza nos recebeu com tanto carinho, fez questão de me mostrar o lugar e de me oferecer cuscuz com café. Entrei no consultório médico e me apaixonei pelo que vi. Era uma sala apertada, com as paredes pintadas de branco e uma janela atrás da mesa do médico. A janela estava aberta, e dela era possível avistar o horizonte. Havia uma mistura de cores: o marrom do barro, o verde da grama e das árvores e o azul do céu claro. Senti-me extremamente feliz naquele lugar.

Começamos os atendimentos. Entrou pela porta uma senhora de 50 anos com uma pequena sacola. Rita era hipertensa e havia ido à consulta para a entrega do resultado dos exames de rotina e para a renovação do receituário médico. Ao ser indagada sobre sua profissão, respondeu-me que trabalhava na lavoura, que não

recebia muito, mas que dava para viver. Contou que naquele ano estava tendo dificuldade com as chuvas e que os moradores de lá estavam todos se ajudando. Disse que a prefeitura iria abrir um posto perto de onde ela morava e me convidou, gentilmente, para trabalhar lá quando me formasse. Disse que, com o doutor, ela aprendeu a cuidar da saúde e que era muito grata a ele. Ao final da consulta, retirou de sua sacola meia dúzia de ovos e entregou ao doutor, como forma de agradecimento.

As consultas que se seguiam eram semelhantes à de dona Rita, não necessariamente entregando presentes ao doutor, mas lhe mostrando muita gratidão por estar lá. No final do dia, perguntei o que havia de diferente naquele local para que os pacientes demonstrassem tamanha gratidão. Ele me explicou que se tratava de um posto recém-montado e que, antigamente, os moradores precisavam ir à cidade para conseguir atendimento. Essa proximidade fez com que eles se sentissem pertencidos ao espaço onde moram.

Aquela conversa me encheu de emoção e, enquanto o doutor estava terminando de preencher alguns formulários, fui novamente à janela. Tive o sentimento de plenitude e lembrei o motivo pelo qual escolhi essa profissão. Escolhi medicina não por remuneração, status ou para ser reconhecida mundialmente, escolhi para olhar para quem é esquecido, consolar quem precisa, conhecer e ajudar esse Brasil que nos acolhe. Contudo, em muitas vezes, pela correria da vida, deixamo-nos levar e realizamos nossos deveres sem, ao menos, refletir o porquê. Esquecemos de nossa essência em prol de notas, currículo, carreira, ser bem-sucedido. Eu tinha esquecido o meu porquê. Felizmente, eu o recuperei e não pretendo esquecê-lo novamente.

REFLEXÃO DA AUTORA DA NARRATIVA

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, foi influenciado pela Reforma Sanitária, que surgiu no final da década de 1970 e tinha como um dos objetivos expor a saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado (Mattos, 2009). O SUS foi formulado de tal maneira que os princípios e as diretrizes são ideais norteadores para o seu funcionamento. Entre eles, é importante destacar os

princípios de universalidade e de equidade. O princípio da universalidade garante o direito dos brasileiros ao acesso à saúde pública. O princípio da equidade confronta o território brasileiro e expõe a realidade das desigualdades sociais e econômicas existentes, e, assim, deve-se investir em políticas de saúde em locais com maior iniquidade social e econômica, atentando-se para as necessidades do indivíduo e da sociedade em que está inserido (Matta, 2007). Dessa forma, todos os cidadãos, independentemente de cor, renda, raça, gênero, credo, local em que residam, sendo área urbana ou rural, têm o direito de acesso à saúde.

Além disso, foi implementada, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, que, pela sua formação, deve estar presente em todo o aspecto do SUS. Essa política visa à valorização de todos os sujeitos que estão relacionados ao sistema de saúde, desde o paciente até o gestor. Há a preconização do diálogo entre os usuários, profissionais, trabalhadores e gestores para a melhora do sistema, de tal forma que haja empatia entre as partes. Assim, uma das diretrizes do SUS, que é a participação da comunidade, é colocada em prática. O fato de o usuário ter voz e participação em movimentos sociais, rodas de conversa, entre outros, o faz sentir pertencente ao local onde habita, melhorando o contato com o profissional de saúde, permitindo a intervenção dele, se necessária, e lutando para tornar a saúde um direito de todos. Isso também ocorre com os trabalhadores do SUS que, ao receberem um local de trabalho apropriado, com condições seguras para sua tomada de decisão, realizarão as atividades da melhor forma possível (Brasil, 2003).

A PNH tem como diretrizes o acolhimento humanizado, a gestão participativa, a ambiência, um local acolhedor que possa proporcionar espaço de encontro entre os cidadãos, defesa dos direitos dos usuários e valorização do trabalhador. Com isso, os objetivos dessa política, que são realizar atendimento humanizado, desde o acolhimento até o último estágio, garantir os direitos dos usuários, valorizar o trabalhador, entre outros, serão cumpridos (Brasil, 2003).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a medicina rural abrange população que vive no campo, como pequenos e grandes proprietários rurais, trabalhadores agrícolas, populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas, entre outros. Cada população apresenta suas próprias

características e singularidades; algumas apresentam dificuldade de acesso, sendo necessário, por exemplo a utilização de postos de saúde móveis, por meio de embarcações; outras necessitam de unidades móveis montadas dentro de ambulância ou de que o médico se desloque durante algumas horas para ocupar o posto de saúde de um local afastado, colocando em prática o princípio de equidade, para que todos possam ter seu direito resguardado (SBMFC, 2018).

Para que a saúde de cada cidadão seja respeitada, como é proposto pelo SUS, na Constituição, é necessário que haja um profissional que consiga manejar todos os pontos apresentados e conduzir uma consulta voltada da melhor forma para o paciente. A medicina obteve vasta melhoria ao longo das décadas. O avanço tecnológico permitiu que fosse possível desbravar o corpo humano e atribuir preciosos conhecimentos sobre seu funcionamento e seu processo de adoecimento. Assim, houve a criação de várias subespecialidades. Contudo, percebe-se a perda da humanidade congruente a esse avanço tecnológico e, ao mesmo tempo, a tentativa de seu resgate pelos estudiosos. Várias linhas de pensamento foram criadas para que essa humanidade permanecesse. A medicina centrada no paciente é um exemplo que surgiu no final do século XX, no Canadá; ela problematiza tanto a metodologia semiológica quanto os conhecimentos da medicina e nos põe a questionar a diferença entre cuidar da doença e cuidar do doente (Rios, 2016). As inúmeras subespecialidades muitas vezes induzem o médico a praticar uma abordagem voltada à doença, deixando de lado algum aspecto psicológico ou sentimental que possa ter gerado o processo de adoecimento.

Em minha experiência nesta cidade, percebi, com o doutor, a importância em se abordar o doente, levando em consideração as suas individualidades, os seus anseios e as suas angústias. Percebi, nele, a prática da humanidade médica, ou seja, capacidade de comunicação, sensibilidade, interesse, empatia e responsabilidade (Rios, 2005). Saber a importância dessa prática nos torna mais humanos, além de melhores profissionais. Dessa forma, é extremamente importante a prática dessa humanização desde a faculdade. O aluno deve ter o contato precoce com a comunidade para que ele aprenda a dialogar de maneira efetiva e trabalhe envolvido, de forma ética, com a sociedade (Alves et al., 2009).

A importância desse estágio se fez clara para mim. Pude vivenciar a realidade do SUS em um local tão afastado da capital e perceber que é possível colocar em prática os princípios e as diretrizes desse sistema, com qualidade, revivendo minhas esperanças. A vivência com um médico humanizado se contrapôs, em muitos momentos, com alguns professores e outros profissionais com os quais já tive contato. Isso se fez extremamente importante para eu ter a certeza de qual futuro profissional seguir.

REFERÊNCIAS

ALVES, Antonia Núbia de Oliveira *et al.* A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN – Natal/RN – Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 4, p. 555-561, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)*, 2003.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 61-80.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

RIOS, Izabel Cristina. Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 1, p. 21-29, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE SAÚDE E COMUNIDADE (SBMCF). Médicos que atuam na Zona Rural atendem 50% da população do mundo, 2018.

CAPÍTULO 10

MORTE E MORRER: LIDANDO COM A FINITUDE DA EXISTÊNCIA

Ana Júlia Souza Malheiros

“A morte é que está morta
Ela é aquela Princesa Adormecida
no seu claro jazigo de cristal.
Aquela a quem, um dia – enfim –
despertarás...
E o que esperavas ser teu suspiro final
é o teu primeiro beijo nupcial!
– Mas como é que eu te receava tanto
(no teu encantamento lhe dirás)
e como podes ser assim – tão bela?!
Nas tantas buscas, em que me perdi,
vejo que cada amor tinha um pouco de
ti...
E ela, sorrindo, compassiva e calma:
– E tu, por que é que me chamavas
Morte?
Eu sou, apenas, tua Alma...”
Mario Quintana

Confesso que, quando produzi a minha narrativa, não tinha 50% do conhecimento necessário para escrever o que relato aqui.

Não tinha conhecimento sobre a morte. Escrevi a seu respeito, mas sempre me mantive em um terceiro plano, receosa, contida. Para mim, era óbvio que não iria me aprofundar no assunto, afinal, estava fazendo de tudo para não me afetar. Estava com medo. Medo do desconhecido. Desconhecido não por ser algo que nunca vivi, nem nunca alguém voltou para contar. Desconhecido por ser algo que não é discutido, algo que é evitado em todas as janelas da vida. Algo que é encarado como

tabu, que seus debates carregam morbidade em uma sociedade que já data seu vigésimo primeiro século.

A tanatologia, como fonte de conhecimento, nunca havia, de fato, despertado o interesse em mim, mas a morte faz parte da vida. Os belíssimos livros *A morte é um dia que vale a pena viver*, da paliativista Ana Claudia Quintana Arantes, e *Sobre a morte e o morrer*, da psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross, abordam, de modo muito singelo, a forma como a morte é inexorável à vida. É a única coisa que temos certeza, é um processo normal, mas que não é encarado dessa forma. A tanatologia define a ciência que estuda a morte. A origem da palavra vem do grego Thanatus, o deus da morte, já *logia* significa estudo. Ampliando esse conceito, temos que a tanatologia é a investigação científica sobre a morte e o morrer

Como afirma Arantes (2020), de maneira sucinta: “enquanto as pessoas não olharem para a morte com a honestidade de perguntar a ela o que há de mais importante sobre a vida, ninguém terá a chance de saber a resposta”. Por meio disso, a autora trouxe a metáfora de que nos escondemos da morte como se estivéssemos brincando de esconde-esconde: “se eu não olho para morte, ela não me vê. Se eu não penso na morte, ela não existe”. Digo com precisão que, pelo menos, 90% dos leitores aqui se identificaram com o precedente. E isso não cabe exclusivamente à morte. As pessoas tendem a evitar olhar para situações negativas, com medo de aquilo corrompê-las por inteiro, como se não olhar as fizessem não existir, mas a vida é feita de altos e baixos e todas suas partes precisam ser enxergadas.

Kübler-Ross (1985) interpela sobre o paradoxo do avanço da ciência e a nossa diminuta capacidade de lidar com a morte; como é possível hoje não sabermos defrontá-la? Recorremos a eufemismos a todo tempo, impedimos o contato das crianças para protegê-las. Isso posso falar por mim. Aos 13 anos, nunca havia ido a um velório, quando fui exclusivamente ao do meu avô paterno, e até mesmo sete anos depois ainda era uma situação assombrosa. Aos meus 20 anos, deixei de me despedir de diversas almas amigas pelo medo e pela proteção dos meus pais. Não julgo meus pais por me afastarem disso, é a forma como eles foram conduzidos pela sociedade que os fizeram evitar essas situações.

A morte é, hoje em dia, solitária e demasiadamente triste, em geral, acontece em um leito de hospital, ambiente nada familiar. Tem caráter mecânico e, da forma que é tratada nesses ambientes, com uma logística extremamente atribulada e diversos profissionais envolvidos, perde totalmente a sua humanização, a qual deveria ser intimamente trabalhada nesse momento. Até isso reflete o nosso medo de encarar a morte. Os médicos, enfermeiros, técnicos e todos os profissionais que estão ali – cargos que, futuramente, serão ocupados por nós – preferem controlar todos os sinais vitais e outros parâmetros pelos aparelhos, a fim de evitar olhar a morte iminente. É mais fácil monitorar as máquinas do que olhar para o ser humano que está ali e aceitar as nossas limitações, aceitar que não conseguiremos “livrar todo mundo” e, principalmente, aceitar a nossa mortalidade. É também um mecanismo de defesa, para tentar não deixar aquilo nos afetar, pois, como afirma Morin (1997), a morte mostra a nossa vulnerabilidade, independentemente de qualquer condição social ou estado e ela não pode ser vencida.

A medicina evoluiu ao longo dos séculos com a capacidade hodierna para curar e prolongar a vida de forma jamais vista. Vivemos em uma sociedade extremamente desenvolvida tecnologicamente, com múltiplos equipamentos capazes de substituir órgão vitais, e, nesse contexto, é indispensável ponderar entre o cuidado paliativo e a obstinação terapêutica. O cuidado do paciente à beira da morte – ou cuidado paliativo – deve promover qualidade de vida, aliviar a dor e o sofrimento, além de avaliar o paciente por inteiro. A obstinação terapêutica ocorre quando o médico opta por prolongar, incessantemente, a vida do paciente, o que pode trazer desconforto, dor e sofrimento, sem perspectiva alguma de cura. Não é uma conduta eticamente elogiável a qual ocorre até pelo fato de os médicos e os profissionais de saúde não aceitarem a própria mortalidade e estarem despreparados para lidar com a morte, por não a conhecerem como mencionado previamente. Acabam por provocar a distanásia, quando, mesmo que não haja expectativas de cura ou melhora da enfermidade, opta-se por insistir no prolongamento da vida de um paciente terminal, sem respeitar o curso natural da morte. De certa forma, em vez de prolongar a vida, prolonga-se a morte.

O estudante de medicina é exposto a uma carga de conteúdo sem igual. Seis anos para quem está de fora parece muito tempo, mas sempre nos questionamos

como, em tão pouco tempo, vamos aprender tudo para nos tornarmos médicos e como todo o conteúdo será trabalhado. Apesar das incessantes aulas, conferências, abordagens teóricas e noites mal dormidas, sentimos um gap em inúmeras temáticas, temos a sensação de insuficiência. Entretanto, pouco aprendemos nessas aulas a respeito da sensibilidade, da forma como tratar o paciente, da conduta adequada – e conduta aqui não me refiro aos protocolos e às diretrizes terapêuticas, mas, sim, a, de fato, como conduzir o paciente, como manejá-lo, como ser humano por inteiro.

Esse acadêmico, em geral, não tem capacidade para lidar com a morte. A maioria dos médicos não sabem lidar com a morte ou tem visão errônea dos cuidados paliativos. Como afirmam Meireles et al. (2019), o preparo para entender a morte ainda é uma lacuna na educação médica, e a falta de diálogo cria vulnerabilidade nos estudantes, com um paradoxo entre o eticamente correto e a indiferença. Torna-se um desafio, no qual o estudante e o médico não possuem habilidades para defrontar-se com a morte, fazendo com que o mais viável seja se afastar daquela situação e tratá-la da forma como foi abordado anteriormente: sem olhar para o paciente de forma humanizada, para se proteger da perda e da mortalidade.

Isso é evidenciado por Sapir (1972), ao afirmar que o estudante de medicina, ao visualizar e encarar cadáveres desde o começo da graduação, inicia a construção da sua barreira de defesa. É um dos seus primeiros contatos com a morte que o fazem buscar, incessantemente, o conhecimento e a objetividade científica, esquivando-se da humanidade e da subjetividade, a fim de evitar a aflição da morte.

No novo modelo de ensino da medicina, o PBL, o qual é adotado no CEUB, a mortalidade e a humanização são mais trabalhadas entre os alunos, porque, por meio da metodologia ativa, as competências afetivas e empáticas são mais desenvolvidas no discente. Além disso, o estudante é mais estimulado a desenvolver habilidades de comunicação. Como afirmam Medeiros et al. (2013), essa metodologia, por adotar currículo com princípios de garantir a formação médica em termos não só técnicos e científicos como também humanísticos, de forma interdisciplinar, cativa no estudante o que fora desvalorizado por muitos anos. Nesse modelo, a doença não é

só vista como algo fisiopatológico, mas, sim, como uma situação multifacetada com perspectivas pessoais e emocionais, segundo Charon (2004).

Ainda é importante citar alguns termos abordados por Arantes (2020), como fadiga de compaixão ou estresse pós-traumático, referidos como o sentimento carregado quando se leva muita empatia para lidar com o processo de morrer, que ocorre com profissionais de saúde ou voluntários. Isso me recorda um pouco da minha vida, após a experiência que relatei na minha narrativa. À época, foi muito difícil lidar com a morte, a cada ida ao hospital infantil referido. Após a experiência que relatei na minha narrativa, tornei-me voluntária para o cargo de “amigo do leito”, no qual me caberia brincar e entreter as crianças, foi uma experiência fascinante, apesar de curta. Não sei se estava preparada como estou hoje para lidar com aquelas crianças, mas tenho imensa gratidão às oportunidades que me levaram ao voluntariado, como forma de expressar minha empatia. Hoje, iria me guiar mais pela compaixão, pois, como afirma Arantes (2020), a empatia tem seu perigo, a compaixão não. A compaixão vai além da capacidade de se colocar no lugar do outro; ela permite nos colocarmos no lugar do outro sem que sejamos contaminados por ele. “Na compaixão para irmos ao encontro do outro, temos que saber quem somos e do que somos capazes”. Precisamos ter a nossa autonomia para não entrarmos no lugar do paciente e sentir a dor dele.

As narrativas que abordaremos aqui mostrarão de forma muito subjetiva o processo de morte e morrer, sob a visão de estudantes de medicina. É lindo ver a escrita e o sentimento envolvido nesses discentes que tenho o prazer de dividir a caminhada e que serão futuros colegas de profissão. Cada narrativa com suas peculiaridades me emocionou e emocionará todos que as lerem, de uma forma única. Admira-me a capacidade que alguns tiveram de lidar com a morte e o morrer. Essas vivências foram mediadoras de toda a escrita deste capítulo. Cada uma, de sua maneira, inspirou-me a estudar e a conhecer mais sobre o processo da morte e do morrer.

Devemos a cada dia lembrar que somos finitos. Inerentemente, a finitude nos leva a sermos pessoas melhores, a valorizarmos cada dia vivido e cada pessoa amada. Devemos lembrar que somos finitos sem temer a morte porque a morte é só

mais um processo da vida, que pode não parecer, mas é o que nos faz agradecer todo dia por estarmos vivos e é o que mantém a sagacidade e a vitalidade para viver e fazer acontecer tudo o que sonhamos.

Por último, mas não menos importante, expresso minha gratidão pelos professores autores deste livro. Tenho a certeza de que nunca irei esquecê-los. Não pela oportunidade de poder colaborar com este capítulo, mas, ao escrever isso, derramo lágrimas de gratidão por todos os ensinamentos dados até aqui, do que realmente é importante e deve ser valorizado em nossa existência. Do que levarei não só para medicina como para vida. A oportunidade de conviver com esses dois é única. Lembra o afeto de casa, a compaixão e a empatia do mais belo, que me recordarei quando não for mais uma estudante de medicina. Obrigada, Allan e Eliana, por mostrarem suas almas sem medo, em um mundo atual que nos molda a sermos tímidos e a interiorizarmos nosso sentimentalismo e nossa humanidade. Obrigada.

Espero que este capítulo tenha sido de alguma forma inspirador para quem o está lendo e viabilize a capacitação de novas práticas dentro da medicina, para discentes e docentes. Espero que a morte possa ser vista de outra maneira. Encarada com humanidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sílvia Caixeta de et al. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 517-525, out./dez. 2011.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2020.

CHARON, Rita. Narrative and medicine. *New England Journal of Medicine*, v. 350, n. 9. p. 862-864, 2004.

DUARTE, Anaísa Caparroz; ALMEIDA, Débora Vieira de; POPIM, Regina Célia. Death within the medical undergraduate routine: students' views. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 55, p.1.207-1.219, 2015.

EIZIRIK, Cláudio Laks; POLANCZYK, Guilherme Vanoni; EIZIRIK, Mariana. O médico, o estudante de medicina e a morte. *Revista AMRIGS*, v. 44, n. 1/2, p. 50-55, 2000.

FÄRBER, Sonia Sirtoli. Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 267-271, 2013.

KLAFKE, T. E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. (coord). *Da morte: estudos brasileiros*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998. p. 25-49.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes, 1985.

MARTA, Gustavo Nader et al. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 3, p. 405-416, 2009.

MEDEIROS, Natália Souza et al. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 515-525, out./dez. 2013.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho et al. Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. *Revista Bioética*, v. 27, n. 3, p. 500-509, 2019.

MORIN, Edgar. *O homem e a morte*. São Paulo. Imago Editora, 1997.

SAPIR, Michel. *La formation psychologique du médecin*. Bibliothèque Scientifique Collection Science De L'homme Dirigée Par Le Dr G. Mendel, Payot, Paris, 1972.

VIANNA, A.; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 44, n. 1, 1998.

NARRATIVAS

A CRIANÇA DO LEITO 7

Ana Júlia Souza Malheiros

Quando cheguei ao hospital de referência na área oncológica infantil de Brasília, naquela quarta-feira, achei que seria mais um dia normal de acompanhamento no ambulatório de pediatria. Entretanto, começou diferente. Fomos à sala de discussão de casos orientados pela professora e diretora do departamento. Ao entrarmos, participamos normalmente do debate entre os especialistas, residentes e internos. Conforme iam descrevendo o quadro dos

pacientes, a aflição surgia em forma de ansiedade, que se demonstrara na minha inquietude. Apenas no terceiro período me deparava com uma situação que achei ser fácil de enfrentar, mas ainda não sabia o que me esperava.

Discutir quadros clínicos de crianças com câncer e em estado terminal não é e nunca será algo fácil para mim. Logo eu, que me encanto tanto pela área da oncologia, não conheço nem 10% do que é vivenciá-la. Ali havia crianças com linfomas, sarcomas, leucemias, doenças autoimunes e inúmeras outras patologias. Mas o que instalava a angústia era o prognóstico. Todas aquelas crianças já passaram por sucessivos tratamentos, transplantes, novos medicamentos, transfusões, inúmeras cirurgias, muitas com poucas chances de sobreviver.

Naquele momento, coloquei-me em reflexão: por que isso acontecera; por que seres tão inocentes, que mal conheceram a vida, passavam por situações como aquelas. Não aguentava imaginar como sofriam. Após esse momento, respirei fundo e levantei a cabeça. Concordei que era difícil, mas que seria algo corriqueiro na profissão que eu escolhi e que eu teria de aprender a enfrentar. Em seguida, fomos à UTI visitar um dos pacientes cujo quadro foi discutido.

No caminho até a UTI, por volta das 10h da manhã, precisávamos atravessar o setor do caranguejo, destinado especialmente aos pacientes oncológicos. Já imaginei que não seria fácil, pois ali a maioria dos quartos e leitos eram construídos com grandes janelas de vidro, para que as crianças fossem facilmente monitoradas. E assim foi. O que vimos foram crianças já sem seus belos cabelos pelos efeitos da quimioterapia, o que possibilitou, não apenas ver, mas enxergar a beleza de modo diferente, a beleza que se reluzia em um riso de esperança e doçura que se abria ao ver alguém passar. A delicadeza dos olhos cintilantes de pequenos seres que aprenderam tão cedo o mais belo e o importante da vida. E, mesmo com aquela barreira física, foi possível sentir a gratidão por cada minuto de vida que era vivido ali. Sem dúvidas, olhos marejados. Após aquilo, estava pronta para mais uma luta, e com razão.

Ao chegarmos à UTI, já era possível observar familiares com aquela sensação de impotência, injustiça, mas também um fundo de esperança como quem pergunta

“por que isso aconteceu comigo, meu Deus?”, mas ao mesmo tempo conclui: “Deus faz tudo por uma razão, seja o que ele quiser”.

Seguimos, enfim, até o leito 7, onde a pequena Maria Luiza, de apenas três meses de idade, pré-termo, que nascera com apenas sete meses, encontrava-se. Ali, estava também, uma mãe aflita, que buscava a todo instante um culpado pela situação que se instalou. O clima tenso predominava enquanto os incessantes ruídos eram emitidos pelos aparelhos de monitoramento, o que não melhorava a situação naquelas quatro paredes. O desespero aumentou quando a saturação da paciente repentinamente diminuiu, os aparelhos soavam alto, e a angústia era proporcional àquele barulho. Adrenalina. Níveis subindo. Instabilidade. Mais adrenalina. Angústia. Equipe discute como proceder. Aguardam, quadro se normatiza. Saturação começa a aumentar. A sensação de alívio se instala. A paciente, tão jovem, já havia passado por um transplante de fígado. Recebera um pedaço do fígado de sua mãe.

Enquanto tudo acontecia, fiquei próxima à porta, respeitando o momento e dividindo meu olhar com o leito ao lado, onde uma pequena criatura na faixa dos seus cinco anos começara a me encarar com aqueles olhinhos que, por si só, já sorriam. Já em sua ausência de cabelos, fez-me imaginar pelo que havia passado. Contudo, isso não parecia estar afetando-o. Não naquele momento. Seu sorriso brilhava para mim enquanto brincava de esconde-esconde. Logo entrei no seu ritmo. “Cadê?”, “achou”. Com as minhas mãos, eu me escondia e repentinamente aparecia. Esse gesto, a priori sem muita relevância, para aquela criança foi uma alegria só. O que era um riso frouxo, em instantes, tornou-se uma gargalhada. Ao mesmo tempo em que eu tanto sorria ali, de felicidade e gratidão, mais uma vez, encontrava-me em reflexão, inconformada com o que aquela criança estava passando, mas rezando para que melhorasse.

Após brincar com a criança do leito ao lado e retornar para o leito 7, não demorou muito para eu perceber que a aflição daquela mãe havia se transformado em uma mãe poliqueixosa, que guardava um rancor de toda a equipe, como se fossem os culpados pelo quadro de sua filha. Ali, estava instalada, há muito tempo, a vontade de agir contra o hospital, pois ela sabia que o prognóstico não era bom e era perceptível que o pré-luto em que se encontrava caminhava meio à não aceitação.

Este hospital também é referência em todos os setores da pediatria do Distrito Federal. A doutora, enquanto explicava, mais uma vez, o quadro do bebê para a mãe, tentava passar a dificuldade de lidar com aquela situação, que realmente não tinha um bom prognóstico. Ela estava fazendo tudo que era preciso para proporcionar um atendimento de ponta. Enquanto andávamos pelo hospital, ela solicitava um aparelho de outro hospital, também referência em Brasília, que poderia salvar a vida da criança em meio à sua comorbidade. Quase que simultaneamente, ligava para outro colega de profissão, a fim de discutir a melhor conduta, e perceptível era o amor às crianças e à sua profissão. Enquanto olhava para minha colega de classe, encontrava em seu olhar o mesmo sentimento que havia em mim: admiração. Mais um exemplo de como queria seguir essa profissão que escolhi para a vida.

Ao fim, estava na hora de ir para casa. Aquilo tudo ainda estava sendo processado. Enquanto dirigia, cada acontecimento reverberava no meu córtex. A gratidão pela vida e a inconformidade por sorte estavam sempre ali. A vontade de ajudar também ocupava seu lugar. Contudo, havia também uma pontada de curiosidade. Como estava o bebê do leito 7? Como ela iria passar a noite?

No decorrer da semana, distraí-me e tentei esquecer, com toda a fluidez do cotidiano e da rotina, aquilo logo se esvaiu. Enfim, era quarta-feira novamente, mas, dessa vez, a aula seria na faculdade. Ao ver a doutora, a curiosidade me instigou, não conseguia me conter. Enquanto prestava atenção na aula, despertava-me mais ainda a vontade de perguntar do prognóstico da Maria Luiza, contudo não sabia os limites éticos e se aquilo seria certo. Pois, para ser médico, você tem de saber lidar com essas situações? Não é? É o que me falam.

Não precisei perguntar para que a doutora comesse a contar um caso que ocorrera na semana passada. Minhas mãos gelavam enquanto ela detalhava o transplante de fígado e afirmava os três meses de vida da paciente, ela descreveu todo o quadro, sabia de quem se tratava. O que será? O que havia acontecido? Não conseguia esperá-la terminar a frase, mas precisava me conter, ela não demoraria mais de 20 segundos para dar um desfecho à história. E assim foi, com as seguintes palavras: “perdemos a paciente, que já se encontrava muito debilitada, seu prognóstico era muito ruim”. O que para muitos ali não passava de mais uma morte

na medicina, para mim doeu mais que o esperado. Senti um nó na garganta. Eu sabia do prognóstico, mas a minha inexperiência me fez alimentar esperanças desde aquela quarta-feira. Doeu, sim. Doeu por pensar naquela família, doeu por pensar em tudo que a criança sofrera. Mas foi reconfortante saber que ali não se encontrava mais uma criança ligada a aparelhos, que não podia desfrutar o melhor da vida.

Concluí como esse momento foi um aprendizado para mim. Sabia que teria de lidar com isso dali em diante. Respirei fundo e segui. Mas não esqueceria o que me abriu os olhos para coisas que não conseguia enxergar.

PODENDO ASSIM FAZER UMA DIFERENÇA AINDA MAIOR NA VIDA DE ALGUÉM

Anna Luiza Zapalowski Galvão

Em uma manhã ensolarada de um dia comum, fui acompanhar um plantão em um hospital de referência em pediatria no Distrito Federal. O local é, com certeza, um dos hospitais mais encantadores que conheci. Um lugar lindo, lúdico e cuidado com muito carinho, tudo feito com o objetivo de proporcionar experiência mais leve aos pacientes e aos seus acompanhantes. Percebia lá um sentimento de felicidade que era transmitido desde os funcionários até os que estavam para um atendimento médico.

Encantada com todos os lados que olhava, fui levada para um local mais sério, momento em que todos meus sentimentos mudaram em questão de segundos. Conheci a UTI do hospital, que, mesmo colorida, confundia-se com os barulhos de seus monitores e o sentimento de incerteza que era transmitido pelo olhar dos acompanhantes dos pequenos pacientes. Tudo lá era novo para mim, nunca havia entrado em um leito de UTI anteriormente. O sentimento de curiosidade por conhecer um novo ambiente hospitalar era concomitante ao sentimento que era passado pelos pacientes e por seus acompanhantes, sem mesmo dizerem uma palavra, deixando-me apreensiva inicialmente.

No local, conheci uma linda menina chamada Isabela, de, aproximadamente, quatro anos, e sua mãe, Maria. A mulher foi logo explicando o porquê de estarem lá, sua filha tinha nascido com agenesia de vias biliares, o que foi diagnosticado alguns meses após o seu nascimento. Assim, desde bebê a menina passou por inúmeros procedimentos médicos, no hospital, e por constante acompanhamento médico, a fim de resolver o problema, sem resultados satisfatórios, mas que tinham a permitido viver até o momento. Isabela estava com a saúde bastante complicada, e outros órgãos, como os pulmões, já haviam sido acometidos.

Depois de um momento, a médica que eu estava acompanhando foi falar a sós com Maria, e percebi que a mãe, já abalada, estava chorando, e a médica, de alguma forma, tentava acalmá-la. Maria, inconformada, passou a falar alto, e pude ouvir o que ela falava. Ela culpava a equipe de saúde por não fazer o suficiente por sua filha e ameaçava processar o hospital.

Despedimo-nos da paciente, e a médica responsável foi me explicar o contexto de vida daquela família. A mãe tentava engravidar há anos e fez muitos tratamentos, gastando grande parte do seu dinheiro com esses procedimentos, assim, quando a criança nasceu e foi diagnosticada com sua patologia, foi um grande impacto psicológico ao grupo familiar. A mãe, principalmente, tinha muita dificuldade de aceitar a situação. Dessa vez, quando Isabela foi internada, os seus responsáveis já haviam sido informados sobre o possível prognóstico da pequenina, que tinha grandes chances de vir a óbito.

No momento em que fui informada da complexidade da situação, em seu âmbito não só médico, mas também psicológico, passei a refletir sobre as diversas faces de um adoecimento, já que não envolve apenas a parte física, mas também tem repercussão sentimental ao paciente e às pessoas próximas. Sempre vi reportagens relatando sobre médicos e hospitais sendo processados e confesso que isso sempre me assustou um pouco. Certamente, o maior acesso à informação fez que as pessoas buscassem, gradativamente, um tratamento de qualidade e que tivesse resultado positivo. Logo, quando as expectativas do paciente não são supridas, ele pode querer buscar “justiça”, de alguma forma, no entanto, até que ponto isso pode ir?

No caso que eu presenciei, vi uma equipe multidisciplinar muito determinada a dar o melhor tratamento possível e que, desde a fase de diagnóstico, buscou amparar a família, dando até mesmo o número de telefone, no caso de acontecer alguma complicação inesperada. Por outro lado, vi uma mãe desesperada ao ver sua tão esperada filha naquela situação e se sentir impotente para ajudá-la.

Acredito que isso aconteça com certa frequência no ambiente hospitalar, portanto, aprender como agir é muito importante. A médica agiu com calma, respeitando, entendendo o outro lado e explicando com muita paciência todo o tratamento que havia sido feito desde o início até o momento. Na minha opinião, ver médicos preocupados com a humanidade de seus pacientes e fugindo de possível sentimento de superioridade, por ter domínio do assunto, é muito bonito e, com certeza, inspira-me a, futuramente, tornar-me cada vez mais uma profissional melhor.

Eu entendo que todas as oportunidades que tenho de acompanhar a prática médica de perto são de grande enriquecimento pessoal e profissional, pois vejo sempre situações diferentes e suas repercussões psicológicas aos envolvidos – tanto a equipe de saúde quanto os familiares do paciente – e, assim, aprendo como lidar de forma melhor nesses momentos. Portanto, a humanização dos cuidados médicos é muito importante, pois não devemos ficar presos somente às questões fisiológicas do adoecimento, mas buscar compreendê-lo e tratá-lo em sua totalidade, podendo, assim, fazer diferença ainda maior na vida de alguém.

REFLEXÃO DA AUTORA DA NARRATIVA

O cenário que vivenciei, certamente, acontece com certa frequência no ambiente hospitalar, portanto, aprender a agir nessas situações é muito importante. A médica que eu acompanhava agiu com calma, respeitando, entendendo o outro lado e explicando com muita paciência todo o tratamento que havia sido feito desde o início até o momento. Na minha opinião, ver médicos preocupados com a humanidade de seus pacientes e fugindo de possível sentimento de superioridade, por ter domínio do assunto, é muito bonito e, com certeza, inspira-me a, futuramente, tornar-me cada vez mais uma profissional melhor.

Assim, entender a prática médica como uma arte em todos os seus nuances, da mesma forma como o proposto por Hipócrates, em seu juramento médico, é fundamental para que a saúde e o adoecimento sejam compreendidos em sua totalidade. Faz-se necessário ver a medicina não apenas como uma ciência exata, mas como manifestação da arte de cuidar de alguém, um indivíduo, com seus medos e suas concepções, os quais devem ser abordados com sensibilidade. Dessa forma, considero que poder ter contato com profissionais sensíveis e praticantes de tal perspectiva é de grande valia para a formação profissional, a qual deve ser ensinada aos futuros médicos.

REFERÊNCIAS

FERREIRA FILHO, Olavo Franco. Arte e medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 4, p. 3-4, 2019.

GOMES, Talita Rodrigues; DELDUQUE, Maria Célia. O erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 6, n. 1, p. 72-85, jan./mar. 2017.

VIVA INTENSAMENTE, MAS FAÇA MAIS DO QUE APENAS EXISTIR

Rafael Maia de Almeida

Era um domingo, 2 de fevereiro de 2020, deveria pagar uma permuta de plantão que tinha feito para poder viajar com minha família. Fiz como de costume: acordei cedo, arrumei minhas fardas e refeições do dia, peguei os equipamentos de trabalho e me desloquei para o 34º Grupamento Bombeiro Militar, onde cumpriria mais um dia de missão. Mal sabia eu que aquele dia não seria tão tranquilo quanto eu idealizava.

Inicialmente, tudo andava conforme o habitual, hasteamento da Bandeira Nacional, às oito horas, passagem de serviço, conferência de viaturas e materiais, café da manhã e o famoso “joga fora” com os colegas de quartel.

Porém, perto de quatorze horas, o rádio da Secom recebia a informação de que, na Asa Norte, havia um paciente anginoso que precisava de apoio dos bombeiros. Pensei, naquele momento, que apenas a guarnição da Unidade de Resgate (UR) – ambulância – iria atuar, pois esse paciente necessitava apenas de avaliação e de ser conduzido ao hospital, se necessário. Entretanto, o comandante da viatura em que eu estava escalado, disse que nós iríamos em apoio. Essas foram suas palavras: – “Bombeiro, se prepara, nós vamos em apoio aos socorristas. São vinte anos de serviço, nem sempre o que chega no rádio é o que acontece ‘na vera’, vai por mim”.

Nesse sentido, deslocamo-nos prontamente para o local da ocorrência e, por ironia do destino, ao subir no apartamento, deparei-me com um senhor de idade, de, aproximadamente, 75 anos, que se encontrava ao solo recebendo a manobra de Reanimação Cardiorrespiratória (RCP) dos bombeiros da ambulância que chegaram ali pouco antes de nós. O sargento nunca estivera tão correto...

Tratava-se da minha primeira RCP, em um caso real. Até então, toda a minha experiência em dois anos como bombeiro militar era baseada em exaustivas instruções com simuladores em ambientes controlados. A casa estava cheia, várias pessoas, cerca de oito? Nove? Não lembro bem, mas tratava-se do típico almoço em família de domingo. O senhor no chão era, visivelmente, o patriarca da família, e estavam presentes filhos, filhas, genros, noras e netos dele, além de sua digníssima esposa, que se encontrava totalmente desestabilizada e contida por seus familiares, enquanto os bombeiros trabalhavam.

O cenário me abalou, lembrei-me, rapidamente, dos almoços em família, na casa dos meus avós, com meus pais, tios, primos e irmãos. Pensei, em uma fração de segundos, como aquela situação era desesperadora para aquelas pessoas e como era triste aquilo em um momento que deveria ser preenchido com amor e felicidade.

Os minutos passavam, nós íamos revezando a RCP: 30 compressões e duas insuflações; troca de socorrista ao final de dois ciclos e meio; checar sinais vitais depois de cinco ciclos, foi assim que aprendi, porém, na prática, a coisa não estava indo tão bem quanto nos treinamentos.

O primeiro ponto que me assustara foi a sensação de fratura das costelas, vários crecs em cada compressão, depois, a variação de ritmo e profundidade da manobra que deveria ser o mais linear possível entre os bombeiros, e, por último, quando me acalmei, percebi que não estávamos insuflando a vítima com a Máscara de Válvula de Bolsa (BVM), um reanimador manual, e, sim, ofertando oxigênio passivo com a máscara. Imediatamente, perguntei ao comandante da UR se o procedimento estava correto, ele concordou que não, e passamos a usar o BVM. Nesse momento, percebi que não só eu estava impressionado, mas todos os bombeiros estavam, o que permitiu que esse erro e outros acontecessem, então, ficou evidente para mim que o controle emocional é alicerce de boa atuação de socorros em urgência.

Depois de estabilizar os ânimos e realizar as devidas correções – fomos corrigindo erro por erro rapidamente –, a guarnição engajou fortemente no procedimento, que passou a ser feito fielmente, conforme os protocolos de RCP. Porém, aquele senhor não voltava, dez, vinte, trinta minutos, nada... Eu percebia o semblante de desespero na família e de impotência nos bombeiros, sentia meu coração doer, minha esperança diminuía, e o olhar de derrota que o comandante de socorro demonstrava só alimentava o que eu captava naquele momento. O “não vai dar” dito com um simples e discreto balançar negativo de cabeça quando passamos dos trinta minutos de manobra.

O apoio avançado veio de helicóptero, a médica do SAMU colocou o desfibrilador, ritmo chocável, afasta! Choque, nada... intuba, faz acesso central, adrenalina, nada ainda... quarenta minutos e sem sucesso. Depois de exatos quarenta e cinco minutos de manobra, foi declarado óbito no local. Os familiares, leigos, não percebiam a evolução da situação. Estavam todos esperançosos e confiando em nós para salvar a vida daquele senhor. Fizemos tudo que estava ao nosso alcance, mesmo com erros e escassez de recursos, eram evidentes o empenho e a vontade dos bombeiros em ajudar.

A notícia foi dada à família, foi impactante, a esposa do falecido senhor entrou em choque, gritava e culpava os bombeiros pela morte do marido. Recusou-se a ser avaliada por nós. Sai daquele quarto derrotado, parecia que aquela morte era de

um dos meus familiares. Olhei nos olhos de cada uma daquelas pessoas como se fossem meus irmãos, abracei alguns deles e proferi palavras de consolo, partilhei de seu sofrimento, indignei-me por não ter um Desfibrilador Portátil (DEA) a pronto emprego nas viaturas de solo. Será que o helicóptero demorou demais? Será que nossos erros na manobra comprometeram a vida desse senhor? E se tivéssemos o DEA desde o início? Culpa, eu sentia culpa. Precisei de tempo para entender que foi feito o possível naquela ocorrência.

Voltamos para o quartel com a moral baixa. Não houve conversa, não houve debriefing, não houve motivação. Só pairava a tristeza em todos os militares. Afinal, nosso lema é: vidas alheias e riquezas a salvar. Contudo, não conseguimos salvar aquela vida, a primeira vida que vi se perder durante atuação. O resto do plantão foi vagaroso, poucas ocorrências e um silêncio que dominava o ambiente que costumava ser agitado e animado.

Dias após o ocorrido, já havia aceitado que nem sempre conseguimos sair vitoriosos da missão e que devemos seguir firmes, além de aproveitar o aprendizado de cada experiência. Entretanto, por mais que não estivesse remoendo a situação, não esperava que nela pudesse encontrar felicidade, eis que me deparei com o BG 35, de 19 de fevereiro de 2020, que trazia o seguinte agradecimento/elogio: – “Prezados, bom dia. Espero que esteja utilizando o meio correto para este contato, caso não esteja, favor informar ou direcionar este e-mail para o canal correto. Meu nome é Paulo, e venho através deste agradecer a rapidez, a agilidade e a humanidade que foi dado ao meu pai. No domingo – dia 2 de fevereiro de 2020, aproximadamente, por volta das 14h30 –, meu pai, João Pedro, sofreu um ataque cardíaco fulminante, minha cunhada, Gabriela, acionou os Bombeiros pelo 193 e, rapidamente, duas viaturas foram deslocadas para a casa do meu pai, os primeiros procedimentos foram tomados, em seguida, foi acionado o helicóptero e com sua chegada uma médica também auxiliava no resgate. Quando cheguei na casa dos meus pais, vi inúmeros bombeiros realizando procedimentos de ressuscitação – ventilação, massagem cardíaca, medicamentos –, eles foram incansáveis, mas Deus quis que meu pai não resistisse. Pelo que ouvi dos bombeiros, foram mais de 40 minutos de tentativas. Quando informaram da morte do meu pai, neste momento, peço desculpas pela minha mãe, que, pela situação, culpou os bombeiros por não terem conseguido trazer

meu pai de volta, pois ali terminava a vida de seu companheiro há 44 anos. Informo também que a notícia foi dada de forma muito humana, ressalto isso, pois sei que os bombeiros trabalham com essa situação todos os dias, mas a notícia foi dada de uma forma que vimos que os bombeiros ficaram chateados por não conseguirem ressuscitar meu pai. E depois ainda tentaram ajudar minha mãe, medindo a pressão e dando um medicamento para acalmá-la, mas ela não aceitou. Nos informaram todos os procedimentos que deveríamos tomar, explicando todos os passos. Informo que o legista comunicou que provavelmente meu pai faleceu dormindo e que com o quadro de saúde dele, provavelmente nenhum procedimento poderia tê-lo salvo. Por mais, só quero deixar aqui os meus agradecimentos a esta corporação tão respeitada que eu já admirava e agora muito mais. Um agradecimento especial principalmente às equipes que fizeram este atendimento. Muito obrigado, Paulo”.

Diante desse documento, no qual encontrava-se o agradecimento acima, pude tirar um sentimento de extrema gratidão e felicidade da ocorrência referida nessa narrativa. Reforçando, assim, ainda mais meu **amor** por esta profissão. Ser bombeiro é ser um herói anônimo, é ajudar sem julgamentos, é dedicar-se inteiramente aos serviços profissionais, é viver em prol da sociedade, mesmo com sacrifício da própria vida, é não esperar nada em troca por isso, é meu ofício. Viva intensamente, **mas faça mais do que apenas existir.**

REFLEXÃO DO AUTOR DA NARRATIVA

O tema abordado na narrativa é realidade para a maioria dos profissionais da área da saúde. Como afirma Ariès (2003): “deixar de pensar na morte não a retarda ou evita, mas pensar na morte pode nos ajudar a aceitá-la e a perceber que ela é uma experiência tão importante e valiosa quanto qualquer outra”.

Defrontar-se com o óbito ou comunicar um diagnóstico ou prognóstico desfavorável aos pacientes e/ou familiares são dificuldades encontradas por profissionais da área da saúde, o que torna a morte um objeto fóbico (Arantes, 2020). Nesse contexto, a situação de morte, em geral, é interpretada como um teste à competência do profissional, fato gerador de sofrimento. Segundo Cassorla (2007), “é preciso fazer compreender que fatores, como doenças, acidentes, catástrofes,

guerras, entre outros, apenas aceleram a morte que vem, em última instância, de dentro do ser humano”.

Além disso, a narrativa busca reflexão sobre os impactos na saúde mental do profissional, no que diz respeito às limitações humanas e de recursos, no ambiente de trabalho. Esse cenário pode gerar sentimento de culpa ou indignação. Nesse raciocínio, é comum que profissionais da saúde, ao se depararem com o óbito de um paciente, realizem a revisão de conduta para aprender com possíveis erros, descobrir possíveis melhorias de protocolo ou até perceber os possíveis impactos com a falta de recursos. Esse momento, muitas vezes, traz consigo o sentimento de culpa (Peixoto, 2018).

Outra questão importante a ser levada em consideração, quanto ao sentimento de fracasso na atual prática profissional, diz respeito à alteração das fronteiras entre a morte e o morrer, propiciadas pelas técnicas de manutenção da vida. A partir delas, a ação, por exemplo, de decidir interromper os cuidados nos esforços de reanimação. De acordo com Menezes (2004), “é, portanto, no mesmo momento em que se afirma um amplo poder, que surge a sua fragilidade”.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2020.

ARIÈS, Philippe. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. A negação da morte. In: INCONTRI, D; SANTOS, Franklin Santana (org.). *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenicus, 2007. p. 271-279.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

PEIXOTO, Tereza Cristina *et al.* *Responsabilidade e sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica*. Interface, Botucatu, v. 22, n. 65, 2018.

O TSURU DOURADO

Ana Luiza Antony Gomes de Matos da Costa e Silva

A sala de espera estava cheia de esperança, de amor e de família. Por um longo período de tempo, a rotina mudou, cada um podia ter um tempinho no quarto da UTI da Manoela, sem abusar, claro, eram muitos familiares, um marido cheio de amor, três filhas que não perderiam mais segundo algum da vida da mãe, fora os cinco irmãos, com seus filhos, e uma mãe que não conseguia acreditar no que estava acontecendo com a sua filha.

Por isso, a importância da sala de espera de um hospital privado de Brasília, a família ficava lá reunida, cada um com uma luz diferente, colocando fé onde tinha espaço. Todos juntos, contra o mesmo inimigo, o câncer. Famoso colecionador de lágrimas, responsável por levar pessoas de todas as idades, por motivos conhecidos e desconhecidos.

Nessa sala, aprenderam sobre a Lenda dos Tsurus; segundo ela, o tsuru seria uma ave sagrada, que vivia mil anos, e, caso uma pessoa dobrasse mil aves de papel, teria um desejo concedido. Tal lenda surgiu no Japão, quando muitas pessoas estavam sofrendo devido à bomba lançada em Hiroshima, no ano de 1945. Foi construída uma estátua no Parque da Paz, em que uma criança que morreu em consequência da bomba, está segurando um tsuru dourado (Moreira; Matosinho, 2014). O origami representa o desejo de saúde, felicidade e, acima de tudo, de fé.

Chegou o dia que toda aquela gente estava esperando, o dia da cirurgia. Cada um, com a sua crença, mandou as melhores energias para Manoela.

Manoela, a personagem principal dessa narrativa, 55 anos, artista, católica, branca, tabagista e etilista. Fora essas informações formais e comuns a qualquer paciente de UTI, Manoela pintava maravilhosos quadros que refletiam sua visão de Brasília – a cidade planejada –, ficava com os netinhos durante a tarde, quando os pais deles tinham de trabalhar, sempre via nas pessoas o melhor – mesmo quando elas mesmas não enxergavam isso –, transmitia positividade e força a todos aqueles que a visitavam, ela sempre focou em perceber a sua situação e como poderia fazer para torná-la, mesmo que minimamente, melhor, assim, passou a tomar decisões que a doença a obrigou. Começou a conversar semanalmente com um padre, para

conhecer mais sobre a religião que tinha guiado sua vida até ali. Enfim, ela saiu da cirurgia.

Respiração presente, oxigenação 99%, 98 batimentos cardíacos por minuto, e tudo indicava que estava CURADA. Essa palavra pega qualquer um desprevenido, taquicardia, sudorese intensa, calafrios, pupila dilatada, sintomas que podem indicar uma crise de ansiedade, mas, na verdade, trata-se de uma explosão interna de alegria. A sala de espera agora estava vazia, não se via mais os passarinhos de origami. Em compensação, os almoços de família de Manoela estavam cheios de música e de alegria.

Passados dois meses, é rotina que os pacientes façam exames para confirmar se, realmente, o câncer foi embora. Poucos dias depois, a sala de espera estava cheia de novo. Dessa vez, o clima era diferente, os passarinhos estavam lá, mas o olhar das pessoas era diferente, a cor do dia parecia ter mudado e ficado mais acinzentado, cada dia as lágrimas eram de uma pessoa diferente. O coletor de lágrimas voltou e sofreu metástase. Era terminal.

Que conduta tomar nessa situação? Quando criar esperança para de ser saudável e passa a ser negativo? O melhor é desistir? Deixar de fazer os origamis? Até quando se deve lutar? Quais palavras de conforto oferecemos a um paciente terminal e a sua família? Quão realista os médicos precisam ser? Seria essa uma tarefa tranquila? Quanto disso não afeta também os profissionais de saúde diretamente ligados ao caso? Quais as sequelas ficam de um paciente, um familiar em estado terminal? A faculdade de medicina prepara para esses momentos? Será que existem maneiras de preparar um aluno para lidar com situações tão emotivas quanto essa? Quão fundo pode se estabelecer a relação médico-paciente? Até que ponto o mundo cobra que os médicos/enfermeiros/técnicos lutem contra a natureza humana de estabelecer laços afetivos de amizade com os pacientes?

Todas essas perguntas são extremamente subjetivas e pessoais, a vida vai nos ensinando a lidar com elas, à medida que vamos tendo experiência. De forma que, atualmente, os profissionais de saúde – tanto alunos, como os já formados – estão muito suscetíveis a transtornos psíquicos, principalmente a depressão, que tem como possível consequência, o suicídio (Silva et al., 2015). É importante a reflexão das

maneiras que podemos achar para aliviar pressão e aprender a lidar com as situações que os agentes de saúde são expostos diariamente.

O grande objetivo dessa narrativa é o final da história, imagina-se que as pessoas em estado terminal estejam no auge da vulnerabilidade. No entanto, nada menos do que esperado, Manoela se mostrou preparada para esse momento, mais que qualquer familiar. Decidiu, então, viver o resto de tempo que lhe restava, demonstrando amor pela pessoa que estava com ela dia e noite, noite e dia, há anos. Quis se casar, tinha um companheiro há muitos anos, mas nunca tinham oficializado o casamento.

Manoela foi a paciente mais inteligente que eu já conheci. Com o casamento, realizaria seu sonho pessoal, faria extremamente feliz o seu marido e, ao mesmo tempo, daria um propósito de realização para toda a família. A partir do seu desejo, a família inteira se mobilizou e, mesmo sem dinheiro, devido aos gastos hospitalares, fez o casamento mais iluminado que eu já fui em toda a minha experiência. As flores eram retiradas do jardim, os arranjos foram feitos pelas sobrinhas, os tsurus estavam presentes na decoração da festa, amigos próximos se mobilizaram pela causa, por isso, a mobília do casamento era toda emprestada, e, por incrível que pareça, tudo combinava. E a personagem principal, mesmo com todo o desgaste do tratamento de câncer – quimioterapia, radioterapia –, com todo o cansaço da rotina de hospital – casa, estava linda.

Talvez não exista um jeito certo e objetivo de lidar com a tristeza, com o fim da vida, mas, porventura, tentar fazer com que todos os dias tenhamos propósitos para cumprir seja uma ideia boa. Toda aquela movimentação, fé e esperança que estavam na sala de espera, no primeiro dia, estavam presentes no casamento, multiplicados por todos. E, quando Manoela faleceu, ela foi embora com música, deixou, no plano terrestre, muita união familiar e muitos passarinhos de papel, que, hoje, decoram as casas das famílias, ensinando sobre persistência e deixando um dos legados mais bonitos.

REFERÊNCIAS

MOREIRA, Samantha; MATOSINHO, Nívea Passos Maehara; PEETERS, Irene da Silva. Grupo terapêutico em sala de espera: “Programa Tsurus e as Dobraduras da Vida”. *Blucher Medical Proceedings*, v. 1, n. 2, p. 319, 2014.

SILVA, Darlan dos Santos Damásio et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015.

UM NATAL E UM ANO NOVO DIFERENTES: A CERIMÔNIA DO ADEUS

Natália Claret Torres Praça

Nas vésperas do Natal, dia 23 de dezembro de 2019, Sofia, uma senhora de 77 anos, chegou à emergência de um hospital privado em Belo Horizonte/MG. Ela apresentava choque séptico e foi imediatamente atendida, sendo intubada e encaminhada para a UTI. O caso era bem complicado, pois havia uma infecção grave, e a paciente apresentava uma Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) avançada. No dia seguinte (24 de dezembro), chegaram suas filhas e seus netos, que moravam fora, para visitá-la e para passar o Natal com ela, como sempre faziam. Eles não imaginavam o quanto esse Natal seria diferente, só queriam tê-la em casa para curtirem a celebração como de costume, com comida gostosa, com presentes, com filmes, com conversas longas e inteligentes que somente ela proporcionava. Sônia era uma mulher especial, estudada, trabalhadora, batalhadora, forte, determinada e atenciosa. Ao mesmo tempo, era brava, durona, exigente e um pouco temperamental. Essas características eram muito marcantes e importantes para entender a complexidade da sua personalidade e todas as suas atitudes.

24 de dezembro era o dia que o Natal era comemorado na casa dela. Por isso, durante a visita dos seus familiares, ela ordenou que os netos e as filhas realizassem o Natal da mesma forma que estava planejado. Mesmo intubada, com dificuldade para falar, escolheu as vasilhas que queria que usassem, orientou sobre como preparar a comida e determinou a uma das netas, que havia ajudado com as compras dos presentes, a entrega de todos eles. Só permitiu que uma das filhas ficasse com ela. E, dessa forma, eles fizeram. Realizaram o Natal como ela pediu, como se ela estivesse lá, mas, claro, que não era a mesma coisa. Faltou o sorriso

dela, após ver cada expressão da família ganhando os presentes, comendo o tradicional bobó de camarão, tomando a amada Coca-Cola gelada. Faltou o “eu achei a sua cara”, “você vai ficar mais lindo(a) ainda”, “experimenta/testa, para eu ver”, frases que ela sempre dizia.

No dia 25 de dezembro, ela foi desintubada. Na visita da manhã, quis saber todos os detalhes do Natal, quem preparou a comida e o que acharam dela, como foram as reações durante a entrega dos presentes, e perguntou se a Coca estava gelada, do jeito que ela gostava. Nesse dia, ela deixou que uma das netas a acompanhasse. Mesmo assim, ela ficou preocupada de a neta não estar comemorando o Natal com o avô. Porém, a neta não ligava, queria passar esse momento com ela. Elas passaram a tarde toda conversando, rindo e refletindo sobre a vida no quarto de UTI, um ambiente claro, frio, mas com uma linda vista para o dia ensolarado que fazia. Começaram a reparar em cada profissional que chegava no seu leito e se impressionaram com a empatia e com o carinho enorme que eles tinham.

Assim, felicitaram a todos pelo Natal e os parabenizaram por estarem se doando a outras famílias, em um dia tão importante para muitas pessoas. Ademais, planejaram comer o bobó de camarão juntas, para ela provar o quanto estava gostoso e para comemorar o Natal direito, assim que tivesse alta.

Nos dias seguintes, Sofia teve momentos de piora e de melhora. Apesar de a infecção ceder, o padrão respiratório dela não se mantinha, devido ao DPOC avançado. Dessa maneira, os médicos indicaram, novamente, a necessidade de intubação. Como ela estava completamente lúcida, manteve-se acordada durante a primeira intubação e sofreu muito nesse período, decidiu, portanto, de forma incisiva, que não queria ser intubada. Suas filhas, então, apoiaram a decisão dela, com o coração apertado, já que queriam que ela melhorasse, mas também não queriam que ela sofresse mais ainda.

No dia 1º de janeiro de 2020, o médico plantonista reuniu os familiares e comunicou que o quadro da Sônia não estava apresentando melhoras e que não tinha mais opções de tratamento para ela. Ou seja, ela era uma paciente terminal. Essa notícia doeu lá no fundo do peito das filhas e dos netos. Cada um teve uma reação,

duas filhas dispararam a chorar, a outra ficou bem séria e só pediu para que não a deixassem sofrer, as netas foram fortes para dar suporte para as mães, e o neto não acreditou naquela situação e sentiu raiva diante do que estava acontecendo. Como é diversa a forma que os sentimentos expressam-se! E como é difícil dar uma notícia tão triste, ainda mais no primeiro dia do ano, quando todos desejam um feliz ano novo e fazem grandes planos para o ano que entra!

Cansada de tanto sofrer, no dia 2 de janeiro, ela pediu para que desligassem o respirador, pois estava exausta e queria ir embora. Os familiares conversaram com o médico, e ele disse que isso poderia ser feito, já que o oxigênio só servia para aliviar um pouco a falta de ar e não estava fazendo muito efeito. Após essa decisão, as doses de morfina começaram a ser aumentadas, para aliviar o sofrimento da paciente. Infelizmente, Sônia faleceu na tarde nublada do dia 4 de janeiro.

Sônia foi uma paciente marcante pela sua força e determinação, lutou 10 dias para viver, mas, quando percebeu que não havia mais jeito, decidiu despedir-se do mundo. Ela ensinou que, apesar da dor e do sofrimento, a morte tem um significado. Ela mudou a forma de viver e de pensar dos seus familiares e conhecidos. Como ela possuía DPOC e faleceu por causa de anos de tabagismo, a sua morte influenciou pessoas a pararem de fumar e a se cuidarem mais.

Como diz a médica geriatra especializada em Cuidados Paliativos, Ana Claudia Quintana Arantes, quando uma pessoa amada morre, entramos em uma caverna, e a saída não é por onde entramos, pois não encontraremos a mesma vida que tínhamos antes. A vida a partir da perda nunca será a mesma de quando a pessoa amada estava viva.

REFERÊNCIA

ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2020.

UMA SENTENÇA DE MORTE

Andressa Alves Caram

Era março de 2020, e o quinto andar do hospital conseguia se fazer novidade por inteiro. O professor indicou o quarto que estava internado o paciente que seria nossa responsabilidade naquele dia. Entramos na sala: paciente Lucas, sexo masculino, solteiro, 30 anos, pardo, católico e bissexual, aparentemente consciente, recebeu-nos, com um grande sorriso e disposição, bem como a acompanhante, a irmã dele. O leito ao lado estava vazio no momento, então, éramos somente nós quatro: eu, minha dupla, Lucas e a irmã dele Paula. Os outros colegas de turma já haviam reclamado de casos, na semana anterior, de pacientes não colaborativos, sem interesse em responder as perguntas da anamnese ou sempre apressando o exame físico, e já, no preenchimento do campo de identificação, foi possível perceber que isso não seria um problema nessa consulta, pelo contrário, todas as respostas eram dadas rapidamente, com ânimo e detalhes, pela irmã. Eu me deparava com um caso que já tínhamos comentado em aulas, mas não imaginava como seria um desafio na prática: o acompanhante que não dá voz ao paciente. É um dilema para nós, estudantes da medicina humanizada, que tanto aprendemos sobre dar valor ao contexto e ao ser humano como um todo, simplesmente, por mais que seja necessário, cortar a voz desse acompanhante e exigir que a resposta venha do paciente. Era evidente que essa relação familiar era construída assim há muito tempo, pois até mesmo os fatos que Lucas respondia, ao final de suas falas, ele, constantemente, buscava a confirmação de Paula, questionando “não é?”. O primeiro obstáculo, na minha primeira consulta. Não havia certo nem errado, não havia um protocolo a se seguir, o medo de ser ineficiente na anamnese se intercalava com o medo de ser insensível, e, nesse balanço, fui tentando me equilibrar entre ouvir respeitosa e pacientemente a irmã e direcionar, sempre que possível, o olhar, explicitamente, ao paciente e reforçar o sujeito das minhas perguntas, de modo que somente ele pudesse responder. Para eles, parece que esse desenrolar se deu de maneira tranquila, ambos se sentiram escutados, tão escutados que a irmã começou a chorar contando do próprio mioma e pedindo os meus conselhos, e Lucas agradeceu

imensamente aquela anamnese e exames físicos tão completos e me parabenizou, eu, contudo, senti-me caminhando em uma corda bamba por algumas horas. Acredito que venha com a prática essa naturalidade de conseguir direcionar melhor o foco da consulta ao paciente, nos casos de acompanhantes com alta necessidade de serem ouvidos ou de imporem algum poder sobre o doente ou sobre a situação no geral. Foi difícil ter dois pacientes à minha frente e só poder estar atendendo a um deles.

Foi, então, nesse ambiente, amigável e receptivo, porém com as respostas inesperadas da irmã, que comecei minha avaliação. Lucas disse que estava ali por uma dor de cabeça, há 15 dias, o que primeiramente deu a impressão de um caso simples, pois cefaleia é uma queixa comum. No entanto, justamente por ser um sintoma rotineiro e ter muitas causas possíveis, é necessário explorar bem essa dor, ela era constante em toda a região cefálica sem melhora com medicação. Poderia ser um tumor, contudo questionamos a presença de febre, e a resposta foi positiva, febre alta; então, pensamos em infecção, todavia, todos os sinais meníngeos estavam negativos; pensamos em enxaqueca, mas ele negava alterações na visão; pensamos em neurocisticercose, porém ele negou o consumo de carne de porco. E, assim, seguimos instigadas na entrevista e descobrimos episódios de vômito, diarreia e significativa perda de peso: oito quilos em um mês. Além disso, desde que tinha chegado ao hospital, teve dois episódios convulsivos. O paciente relatou que todo o quadro da dor se iniciou com o que ele chamou de queda de pressão que quase o levou a desmaiar. Então, assim, em minutos, a simples dor de cabeça se tornou bem mais que isso: o que estava levando a essa dor e a todos esses sintomas?

Durante o exame físico do sistema respiratório – no qual auscultei roncos no ápice – Lucas me perguntou se eu morava pelo plano e, mais tarde, durante o exame cardíaco, voltou a me perguntar se eu morava pelo plano. Assim percebi que cefaleia não era a única alteração vinda da cabeça, também havia perda de memória recente, para complicar mais o caso, além disso, sua marcha estava trêmula e lenta, mas o paciente insistia que só estava assim, pois ficava muito tempo parado no hospital. Percebi também uma mancha esbranquiçada na região do hipocôndrio direito, que ele referiu ser derivada de um “cobreiro”, ocorrido há três anos. Eu não sabia o que era cobreiro, mas fingi que sabia e anotei.

Sáímos da sala, e Laís disse que acreditava que ele tinha Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), do inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Como? O paciente chegou com dor de cabeça. AIDS? Voltamos ao quarto, questionamos se sofria de alguma doença infecciosa ou se fazia uso de medicação contínua – para descobrirmos sobre o coquetel – e a resposta foi negativa para ambas perguntas. Sáímos pensativas, discutimos o caso com a doutora, que abriu para nós o prontuário – teste de HIV realizado há três dias: positivo. Suspeita de JC vírus e confirmação de neurotoxoplasmose, o que explicava todos os sintomas e os sinais neurológicos e infecciosos. Além disso, ele tinha chegado com pneumonia, o que explicava a ausculta respiratória com murmúrios vesiculares anormais.

Sim. Tínhamos feito o diagnóstico. Todas as explicações, tudo se encaixava. Encontramos tudo na anamnese e no exame físico que era para ser encontrado, enxergamos aquele paciente da cabeça aos pés, literal e metaforicamente, e fechamos o diagnóstico. Meu primeiro paciente, meu primeiro obstáculo, meu primeiro diagnóstico, aquela sensação de completude era nova para mim, realização, dever cumprido, sensação de capacidade, orgulho e até mesmo alegria, que durou um segundo. Um segundo somente porque, no próximo, já me veio em mente a frase que fica comigo até hoje e para sempre: “ele chegou com dor de cabeça e vai embora com um ano de vida”. Dor. Eu senti a dor do meu paciente ao receber a notícia, antes mesmo de ele a receber, ao me dar conta de que ia chegar a ele: senhor Lucas, de 30 anos, dor de cabeça? O senhor tem AIDS, sem cura; JC vírus, sem tratamento; neurotoxoplasmose: você tem um ano de vida, com prognóstico de piora gradual. Talvez, em uma próxima consulta, ele pergunte se eu moro no plano três vezes, em vez de duas, e a marcha esteja tão trêmula que leve à queda. E não podemos fazer nada para evitar isso: impotência. Sentir que não posso ajudar me destruiu por dentro. Sentir que a vida dele irá embora aos poucos me destruiu por dentro, mas não posso mostrar isso para ninguém porque somos todos muito profissionais aqui.

É difícil não carregar para casa a dor do hospital. Não há remédio para essa sensação. Cheguei e fui pesquisar o cobreiro, que eu fingi saber o que era: herpes zoster, há 3 anos. Deve ter sido aí que contraiu o HIV, pois a imunidade caiu, e o

vírus da varicela pôde se expressar, mas ninguém se atentou. Raiva. Se tivessem visto que, por trás daquele cobreiro, há 3 anos, havia uma AIDS, talvez ele pudesse ter sido tratado e não chegaria a essa gravidade que hoje está. Atenção. Aprendi a importância da atenção das causas e não apenas da simplicidade dos sintomas. E tristeza. Foi com a tristeza que me deitei naquela noite.

Era o segundo dia rodando no quinto andar de clínica médica do hospital, mas era, contudo, o primeiro paciente ao qual eu seria a principal em fazer o atendimento, na semana anterior, minha dupla teve esse papel. Era, então, esperado que estivesse nervosa, mas não, nunca senti ansiedade ou insegurança antes de entrar em contato com as pessoas, pelo contrário, sempre foi a parte da medicina que mais me fascinou, com a qual mais me identifiquei e senti facilidade: a conversa, o olhar nos olhos e enxergar até o que não está estampado. A arte da clínica me conquistou ao mesmo tempo que me quebrou. Conquistou-me nos detalhes e em sua importância, conquistou-me no encaixe de tudo. E me quebrou junto com Lucas, junto com sua irmã, e com todas as suas respostas, tão buscadas e, ao mesmo tempo, tão, mas tão indesejadas.

REFLEXÃO DA AUTORA DA NARRATIVA

Existe literatura crescente abordando temas sobre a melhor forma de exercer a prática de más notícias, como, por exemplo, a importância da medicina humanizada e da educação que se volta para o desenvolvimento de empatia, mas ainda há carência em alguns temas, como o sentimento do médico ao dar a má notícia e o modo de lidar com isso, mostrando que é uma área ampla e que ainda há muito a se estudar; ainda há muitas questões sem respostas. Na narrativa, o dilema com a irmã do paciente, que respondia por ele e iniciou a citar problemas pessoais, foge do ideal do encontro focado no paciente, que seria a conversa guiada para suprir a necessidade daquele paciente. Ao mesmo tempo que a interação com a família e o apoio emocional são de extrema importância, essa situação pode acabar sendo um desafio para a prática clínica e deve ser manejada com delicadeza (Gomes et al., 2012). Nesse sentido, ter esse aprendizado de como lidar com essas situações se mostra de extrema importância.

A narrativa abrange tópicos variados de modo que é demonstrável que uma consulta médica vai muito além de seguir o roteiro, ultrapassa as noções essenciais de anatomia, fisiologia, patologia e farmacologia e requer, também, habilidades de comunicação, habilidades éticas, afetivas e interpessoais. São rotineiras, na prática médica, situações similares as ocorridas na narrativa, como os imprevistos nas relações com familiares durante a consulta; o descobrimento de uma má notícia e, conseqüentemente, necessidade de informá-la a um paciente vulnerável, que não a espera; e, ainda, a dificuldade em traçar a tênue linha entre a empatia, que torna um médico bem-sucedido na relação médico-paciente, e a empatia que faz com que o médico leve sofrimento para casa. Temas como esses não eram amplamente contemplados nos componentes curriculares da educação médica. Foi somente a partir de 2001 que dimensões éticas e humanizadas foram incluídas no academicismo da graduação, não só trazendo discussões de extrema importância e apresentando o assunto, mas também proporcionando aproximação precoce entre o estudante e o paciente (Medeiros et al., 2013).

Os currículos que abrangem esse ensino, que foi por tantos anos negligenciado como se fosse um conhecimento óbvio previamente adquirido, a respeito da preocupação com empatia e da escuta integral e ativa ao paciente incluindo suas emoções, tiveram melhores resultados em testes relacionados com o nível de empatia dos médicos; fatores como estar sentado durante a consulta, olhar nos olhos do paciente enquanto ele fala, captar sinais não verbais de expressão e saber responder com compaixão e apoio são considerados de extrema importância, sendo que métodos educacionais que disponibilizam o contato entre estudantes e pacientes reais obtiveram o maior índice de sucesso (Patel, 2019).

REFERÊNCIAS

GOMES, Annatalia Meneses de Amorim et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012.

MEDEIROS, Natália Souza et al. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 515-525, out./dez. 2013.

PATEL, Sundip *et al.* Curricula for empathy and compassion training in medical education: a systematic review. *PLoS One*, v. 14, n. 8, 2019.

SEMPRE QUIS CONHECER A ÁFRICA!

João Guilherme Marques Castello Branco Levy

Sempre quis conhecer a África, imaginava seus horizontes exóticos, sua natureza exuberante, seu povo animado e suas músicas enérgicas. Quando me foi apresentada a oportunidade de fazer um trabalho voluntariado no Quênia, não pensei duas vezes e fui me aventurar. Após uma semana na capital Nairóbi, fomos – 21 estudantes de medicina e quatro médicos – para a reserva Maasai Mara, a fim de prestar serviços à população tribal que lá mora. No primeiro dia de atendimento, 21 de janeiro de 2020, montamos, em um pequeno complexo de clínicas, o medical camp. A aparência lembrava uma UBS tradicional, pois havia três consultórios, uma farmácia e uma sala destinada a testes laboratoriais, a qual foi convertida em mais um consultório devido à alta demanda. Também havia uma tenda onde era realizado o acolhimento, na qual, em minha opinião, era o lugar mais difícil de se lidar, pois o atendimento era feito – anamnese e exame físico – e, às vezes, até receitar algum medicamento, após confirmar com os médicos.

Nesse dia, estávamos nos consultórios eu e uma grande infectologista, atendendo aos pacientes cujas queixas não puderam ser solucionadas pelo acolhimento. Todas as entrevistas eram feitas por meio de tradutor, pois pequena parte da população falava inglês, apenas o idioma maasai. No consultório, sentia-me mais relaxado e menos ansioso, uma vez que, ao contrário do acolhimento, os procedimentos eram feitos acompanhados de um profissional. Em certo momento do dia, uma mulher de vestido amarelo, nos seus 40-60 anos de idade, entrou sozinha no consultório. Sem fazer contato visual algum comigo ou com a doutora, ela relatou ao tradutor o que sentia, e ele nos explicou que se tratava de dor nos hipocôndrios direito e esquerdo, há alguns anos.

Durante a conversa, percebi que ela estava encolhida, com a cabeça um pouco baixa e evitando encontrar os olhos. Pedimos a ela que se deitasse na maca,

para poder realizar o exame abdominal. Ao fazer a palpação superficial, percebemos uma massa endurecida, pétrea, difusa pela parte superior do abdome espalhado pelos hipocôndrios direito e esquerdo e epigástrico, sendo a primeira hipótese algum câncer já em estágio avançado. Apesar de a doutora tomar total cuidado de não mostrar preocupação alguma, a paciente começou a chorar durante o exame. Não sei ao certo se foi o tom de voz da doutora, quando me instruiu a fazer o exame, ou a linguagem corporal ou, possivelmente, até a minha expressão facial, pois, talvez, não tenha conseguido esconder, mas algo indicou para a paciente que alguma coisa não estava certa.

No momento, tentamos acalmá-la, mas a barreira da língua dificultou para que isso fosse efetivo. Naquele instante, senti-me impotente por não conseguir atenuar a dor da paciente. Queria, de alguma maneira, conseguir amenizar o sentimento que ela estava vivenciando, até o tradutor tinha ficado constrangido com a situação, o que, com certeza dificultou ainda mais o manejo da situação. Senti culpa também, pois gostaria de falar que tudo ficaria bem, porém sabia que não poderia dizer isso, devido à falta de acesso à saúde que a população maasai sofre. A verdade era que aquele diagnóstico significava uma sentença de morte, e o pior foi perceber que a paciente tinha entendido a gravidade da situação. Apesar disso tudo, senti que pouco fiz para aquela paciente, muito menos o que gostaria de ter feito.

A paciente conseguiu se recompor, e comunicamos ao médico local que ela deveria ser encaminhada para um hospital, a fim de poder fazer uma investigação mais profunda. Infelizmente, o médico disse que isso seria difícil, mas se comprometeu a tentar fazer o possível. A paciente, então, rapidamente, levantou-se e falou algo na língua maasai, com uma face triste, mas de gratidão. Foi nesse momento que percebi que, apesar da dificuldade que tivemos de amenizar a dor da paciente, o que ela tinha dito, na própria língua, foi “obrigada”.

MEDICINA NARRATIVA E HUMANIDADES MÉDICAS: DAS ENTRELINHAS À ARTE QUE REVERBERA EM NÓS

Bruno Ramalho de Carvalho

Médico e professor adjunto do curso de medicina do CEUB

O ouvido atento do profissional de saúde constitui uma Terapia (θεραπεία). Privilégio ou sina, é esse o seu destino. Eis a tragédia.

(Carlos E. Pompilio)

Discorrer sobre narrativas humanistas e medicina além dos livros nunca é tarefa fácil para um médico que foi formado sob a égide do raciocínio lógico e do método científico em senso estrito. Mas, talvez, credenciem-me minimamente para a missão alguma maturidade, fruto de duas décadas de exercício reflexivo; a sensibilidade poética de quem vive tomando notas do mundo à sua volta, para transformar em versos; e a atuação como professor do eixo educacional Profissionalismo, para o curso de graduação em medicina do CEUB, que me permite trazer da superfície pensamentos sobre o demasiado humano – aqui, aproprio-me do termo nietzschiano para me referir ao processo saúde-pessoa-doença.

A medicina há de ser a congruência entre as ciências naturais, de significados objetivos, e as ciências humanas, em que os significados provêm invariavelmente da compreensão que as pessoas têm de si e das outras, inseridas num determinado contexto, analisado de diferentes pontos de vista e sob um incontável número de condições (Dreyfus, 2011). Dessa forma, ao mesmo tempo em que agrega as medidas e resultados biológicos, químicos e físicos por meio dos quais interagem o organismo, a doença e o ambiente, a medicina aceita como determinantes hermenêuticos as narrativas sobre a saúde, a doença e o sofrimento, sustentadas pelo paciente e, por que não, pela pessoa médica que o assiste.

O sentido de um evento patológico – com o devido destaque à raiz pathos – está invariavelmente estruturado sobre as narrativas que o permeiam, e da soma dessas narrativas resulta o objeto ontológico que confere ao homem a sua

humanidade. De acordo com Greenhalgh e Hurwitz (1999), as narrativas: (1) apresentam uma linha de tempo bem delimitado; (2) pressupõem a existência de, ao menos, um narrador e um interlocutor cujos diferentes pontos de vista podem afetar significativamente o modo como uma história é contada e escutada; (3) dizem respeito a como um indivíduo se sente e como os outros se sentem em relação a ele; e (4) fornecem informações que não descrevem objetivamente um desenrolar de acontecimentos, mas uma sequência que, vista por ângulos, observadores e condições distintos, pode ser diversamente apresentada sem que qualquer das versões esteja menos de acordo com a realidade que as outras.

Diante do exposto sobre o que oferecem as narrativas, é fácil perceber o que ocorre no encontro entre o médico e o paciente: à medida que um escuta, outro segue a linha narrativa da história, idealiza o que conta o narrador, apreende “os significados múltiplos e muitas vezes contraditórios das palavras usadas e dos eventos descritos e, de alguma forma, entra e é movido pelo mundo narrativo do paciente” (Charon, 2001). É isso o que vemos nas páginas deste livro, muitas vezes pelo olhar neófito, mas nunca insípido, de estudantes de medicina, em trabalhos cuidadosamente selecionados, abordando o construto humanista de futuros médicos.

A formação de um médico humanista, contudo, dá-se ao longo de toda a vida, observando o trânsito de mão dupla entre a saúde e a doença, em que cada pessoa vive uma narrativa única, muitas vezes tendo o profissional de saúde como testemunha, trocando informações sobre como, porquê e de que forma aquela pessoa está doente e percebendo significado, contexto e perspectivas, da mesma forma únicas, para uma mesma situação. A riqueza das narrativas está nessa mescla de percepções, capaz de oferecer dados inatingíveis por meio da aferição de sinais vitais, imagens ou dosagens sanguíneas. Tal mistura resulta no que se entende como sendo a noção de interpretação ou o discernimento do significado (Greenhalgh; Hurwitz, 1999). Em outras palavras, o discernimento do significado estaria na habilidade da interpretação empática, como sendo a ponte de comunicação entre as objetividades da medicina e as subjetividades do paciente e do médico.

Segundo John Launer, algumas histórias podem aproximar-se da realidade científica testável, no sentido de aceitar a parceria entre paciente e médico na

exploração, criação e testagem da eficácia da narrativa, tornando-a uma oportunidade de diálogo entre as esferas biográfica e técnica, sendo o discurso médico uma intervenção consentida na trama do próprio paciente (Launer, 1999). Em linguagem figurada, para a abordagem do indivíduo em todas as suas dimensões, a anamnese pura e técnica oferecerá ao médico as linhas de uma história; a narrativa interpretada, as entrelinhas. E é instintivo pensar que valem aqui as entrelinhas de todas as narrativas que compõem o capital humano da pessoa doente e da pessoa médica.

A essência das narrativas trocadas entre médico e paciente é de conceder a via para se dizerem e escutarem verdades próprias e alheias, com potência e pertinência semelhantes. Aqui, a ideia da hermenêutica médica faz ainda mais sentido quando extravasa a compreensão contextual da relação saúde-pessoa-doença e entende que a procura pelo médico pressupõe deste a função de intervir na narrativa a partir do ponto em que ela é entregue e, assim, mudar sua história natural: o médico deve partir da posição de crítico literário para assumir, com a devida anuência, a coautoria daquela história. Talvez a “humanização” da assistência, na acepção que se dá hoje em dia, esteja na escrita de um desfecho a quatro mãos.

Por isso, atentar-se às entrelinhas é um caminho para o médico ir além da avaliação superficial das queixas que levaram a pessoa à consulta, capturar mensagens proferidas involuntariamente e, até mesmo, auxiliar no processo de cura por meio da escuta e da fala tanto quanto (ou mais que) pela prescrição (Elwyn; Gwyn, 1999). As narrativas contribuem para a orientação do ato médico, por meio do que dizem, de como são contadas e de seus motivos, a partir de elementos cognitivos, simbólicos e afetivos (Jones, 1999; Charon, 2001). A análise empática do discurso pode significar, no contexto, a única ferramenta de compreensão e aceitação das escolhas morais de uma pessoa doente diante do sofrimento e enquanto autora principal do texto de sua vida (Jones, 1999).

Pelo exposto, a medicina narrativa surge como proposta de um ideal de cuidado centrado no paciente, favorecendo a compreensão dos sentidos da sua relação com o médico e a prática médica, ao mesmo tempo em que oferece ao médico as ferramentas de aprimoramento do seu trabalho nas relações com o

paciente, consigo, com os seus pares e com a sociedade, a partir de suas próprias narrativas (Charon, 2001). É o que Plapler e Carelli (2016) chamam de modelo narrativo A-T/C-G, em alusão às bases do código genético humano, em que a atenção está ligada ao tempo e o cuidado, ao direcionamento (guia), numa espiral de conhecimento construído pela partilha.

Aliando-se à medicina narrativa e tendo como cerne o componente humano das relações interpessoais e sociais na seara dos binômios saúde-doença e doença-sofrimento, as humanidades médicas exploram os pontos de contato entre a medicina e as artes criativas, passando pela literatura, o cinema e a música, sob influência da filosofia, da sociologia e da história. De acordo com o que sugere Claire Hooker, ao prestarem atenção às interações humanas e darem espaço à “aceitação do encantamento”, as humanidades médicas criam ambiente propenso à transformação compassiva e comunicativa do médico, levando a melhores resultados para a pessoa doente, a partir da exploração clínica do equilíbrio entre a experimentação empírica e a crítica reflexiva. Além disso, bem lembra Angela Woods, a limitação da comunicação a uma forma específica de narrativa ou à narratividade propriamente dita (sequência de acontecimentos contada pelo narrador) ignoraria a diversidade de perspectivas e formas de autoexpressão bem como levaria ao risco de surdez a voz, do paciente ou do próprio médico, que se manifeste ou reverbere de outra maneira (Woods, 2011).

Antes de finalizar este posfácio, é preciso dizer que não há contraposição entre a medicina narrativa, ou as humanidades médicas, e a medicina baseada em evidências; esta buscou, em sua concepção, aliar a melhor evidência disponível, fundamentada no método científico e na mensuração objetiva, à proficiência clínica, baseada na competência de julgar, na prática, o que é dado confiável e o que não é (Greenhalgh, 1999). Trisha Greenhalgh (1999) nos convida a refletir sobre a interdependência que conecta a experiência da doença tal qual é narrada, as bases intuitivas e subjetivas do método clínico e os princípios da medicina baseada em evidências. Sem exigência da hierarquização entre a narrativa e o estudo com melhor desenho metodológico na tomada de decisão, é possível usar o relato de vivência da doença, único e contextual, para compor um paradigma no qual as experiências

peçoais e profissionais aliam-se às perspectivas individuais e culturais da pessoa doente e aos resultados da melhor literatura disponível.

Assim, assume-se hoje que a criatividade surfe na crista da onda da ideia científica e que a sensibilidade criativa não seja um divisor entre cientistas e artistas, mas entre pensadores criativos e pensadores metódicos, entre os que aceitam e se enriquecessem com dúvida e os que não podem lidar com ela (Charon, 2021). Rita Charon, nesse sentido, encerra o tema ao afirmar que o saber lógico-científico transcende o particular para dar luz às verdades universais, enquanto o saber narrativo presta-se a iluminá-las pela revelação do que é particular (Charon, 2001). A mesma autora é cirúrgica ao afirmar que nossos pensamentos e ações, como seres humanos, resultam da tríade saber-ver-contar/escutar, orientada pela mescla dos recursos da epistemologia, da estética e da narrativa (Charon, 2021).

Concluo afirmando que a prática de uma medicina imbuída de atenção respeitosa às camadas narrativas da saúde, da doença e do cuidado pode melhorar o atendimento do médico bem como levá-lo, em última instância, ao encontro de um potente referencial terapêutico a partir de suas vivências pessoais (Charon, 2001). Com o exposto e entendendo que a observação clínica, como ato humano, jamais será absolutamente livre da subjetividade do observador técnico, é fácil compreender que a arte da expertise clínica passe necessariamente pela humanidade do profissional e pela habilidade da interpretação empática. No que tange à relação saúde-pessoa-doença, recorro à voz da nossa literatura, parafraseio e dialogo com Ariano Suassuna (Folha de São Paulo, 2007), e ensaio afirmar que o apego exclusivo à objetividade dos dados, tanto quanto à subjetividade da páthos, pode ser um caminho ao otimismo ingênuo ou ao pessimismo amargo. Pela escuta respeitosa e a formulação da prática médica baseada de maneira equânime em sólidas narrativas (a essência deste livro) e evidências, creio acharmos o melhor caminho para a comunhão entre a realidade, em suas inúmeras facetas e metáforas, e a esperança de múltiplas formas de cura.

REFERÊNCIAS

CHARON, Rita. Knowing, seeing, and telling in medicine. *Lancet*, v. 398, n. 10316, p. 2068-2070, 2021.

CHARON, Rita. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, v. 286, n. 15, p. 1897-1902, 2001.

DREYFUS, Hubert L. Medicine as combining natural and human science. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 36, n. 4, p. 335-341, 2011.

ELWYN, Glyn, GWYN, Richard. Narrative based medicine: stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ*, v. 318, n. 7177, p. 186-188, 1999.

FOLHA DE SÃO PAULO, São Paulo, ano 87, n. 28.516, 30 abr. 2007. “Ariano resgata Quixote sertanejo”. Folha Ilustrada.

GREENHALGH, Trisha, HURWITZ, Brian. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ*, v. 318, n. 7175, p. 48-50, 1999.

GREENHALGH, Trisha. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*, v. 318, n. 7179, p. 323-325, 1999.

HOOKER, Claire. The medical humanities - a brief introduction. *Australian Family Physician*, v. 37, n. 5, p. 369-370, 2008.

JONES, Anne Hudson. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ*, v. 318, n. 7178, p. 253-256, 1999.

LAUNER, John. Narrative based medicine: a narrative approach to mental health in general practice. *BMJ*, v. 318, n. 7176, p. 117-119, 1999.

PLAPLER, Hélio; CARELLI, Fabiana. O DNA da relação médico-paciente. *Via Atlântica*, São Paulo, n. 29, p. 79-94, 2016.

POMPILIO, Carlos Eduardo. A tragédia da doença – bases fenomenológicas da medicina narrativa. *Revista de Letras*, v. 32, n. 2, p. 11-23, 2013.

WOODS, Angela. The limits of narrative: provocations for the medical humanities. *Medical Humanities*, v. 37, n. 2, p. 73-78, 2011.