

Série Vivências em Educação na Saúde

# VIVÊNCIA INTEGRADA NA COMUNIDADE: IMPLICAÇÕES E DESDOBRAMENTOS NA FORMAÇÃO MÉDICA



Ana Luiza de Oliveira e Oliveira  
Cristiane Spadacio  
Diego Bonfada  
Marcelo Viana da Costa

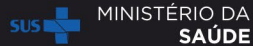
ORGANIZADORES

editora



redeunida

FINANCIAMENTO



REALIZAÇÃO



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



Ana Luiza de Oliveira e Oliveira  
Cristiane Spadacio  
Diego Bonfada  
Marcelo Viana da Costa  
ORGANIZADORES

# VIVÊNCIA INTEGRADA NA COMUNIDADE: IMPLICAÇÕES E DESDOBRAMENTOS NA FORMAÇÃO MÉDICA



Série Vivências em Educação na Saúde

1ª Edição  
Porto Alegre  
2019



**Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

Túlio Batista Franco

**Coordenação Editorial**

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes

**Conselho Editorial**

**Adriane Pires Batiston** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Ana Lúcia Abrahão da Silva** - Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Àngel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

**Angelo Stefanini** – Università di Bologna, Itália

**Ardigó Martino** – Università di Bologna, Itália

**Berta Paz Lorido** – Universitat de les Illes Balears, Espanha

**Celia Beatriz Iriart** – University of New Mexico, Estados Unidos da América

**Débora Cristina Bertussi** - Universidade São Caetano do Sul, Brasil

**Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Denise Antunes de Azambuja Zocche** – Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil

**Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

**Felipe Proença de Oliveira** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

**Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

**Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Hêider Aurélio Pinto** – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

**João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

**José Ivo dos Santos Pedrosa** - Universidade Federal do Piauí, Brasil

**Júlio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra

**Leonardo Federico** – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

**Lisiane Böer Possa** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Luciano Bezerra Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

**Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Maria Augusta Nicoli** – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Itália

**Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

**Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Maria das Graças Alves Pereira** - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

**Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

**Oswaldo Peralta Bonetti** - Ministério da Saúde, Brasil

**Odete Messa Torres** – Universidade federal do Pampa, Brasil

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal do Pará, Brasil

**Renan Albuquerque Rodrigues** – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

**Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Ricardo Luiz Narciso Moebus** - Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Rossana Staeve Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

**Simone Edi Chaves** – Ideia e Método, Brasil

**Sueli Terezinha Goi Barrios** – Ministério da Saúde, Brasil

**Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Vera Lucia Kodjaoglanian** – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Vera Maria Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Comissão Executiva Editorial**

Márcia Regina Cardoso Torres

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

**Projeto Gráfico | Diagramação**

Lucia Pouchain

**Ilustração Capa**

Celina Maria de Medeiros Brito

**Edição Imagem Capa**

Leart Verissimo

---

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP**

---

V857 Vivência integrada na comunidade : implicações e desdobramentos na formação médica / Ana Luiza de Oliveira e Oliveira ... [et al.]  
organizadores. Porto Alegre : Rede UNIDA; 2019.  
200 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-54329-15-0

DOI: 10.18310/9788554329150

1. Educação em saúde. 2. Educação médica. 3. Formação profissional. 4. Médicos –  
Formação. 5. Vivências. 6. Programa Mais Médicos. I. Oliveira, Ana Luiza de Oliveira e. II.  
Spadacio, Cristiane. III. Bonfada, Diego. IV. Costa, Marcelo Viana da. V. Série.

CDU: 614

NLM: W18

---

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



## Sumário

INTRODUÇÃO.....	9
ARANHA OU HUMANA?.....	15
SOBRE VIVÊNCIAS E TRANSFORMAÇÕES.....	32
O PESO DO MUNDO NAS COSTAS.....	49
ENTRE A RAZÃO E A EMOÇÃO NO RÍSPIDO SERTÃO .....	59
INQUIETAÇÕES DE UM APRENDIZ EM MEDICINA .....	72
UMA NOVA FORMAÇÃO PARA UMA NOVA MEDICINA.....	86
VIVENDO A VIDA ATRAVÉS DA VIVÊNCIA.....	93
CONTRIBUIÇÕES DO MÓDULO DE VIVÊNCIA INTEGRADA NA COMUNIDADE PARA A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA: RELATOS DE UMA VIVENTE .....	110
UMA PONTE QUE DÁ VOLTAS.....	127
A VIDA COMO ELA É...OU DEIXA DE SER.....	147
A VIVÊNCIA INTEGRADA NA COMUNIDADE COMO FORMA DE CONSOLIDAÇÃO DO CONHECIMENTO E DO SER MÉDICO .....	159
O QUE NOS ATRAVESSA DURANTE A TRAVESSIA .....	168
O MÉDICO SÓ SE FAZ NA COMUNIDADE: EXPERIÊNCIAS DE UM INTERNATO LONGITUDINAL.....	179

# INTRODUÇÃO

Ana Luiza de Oliveira e Oliveira

Este livro é fruto de inúmeros movimentos: encantamento e desencantamento, construção e desconstrução, desejos e frustrações e o movimento mais potente, o da aposta em um projeto de sociedade materializado na criação e implementação de uma escola de medicina no semiárido, no sertão, na caatinga do Rio Grande do Norte.

Simone de Beauvoir serve de inspiração para esta breve Introdução, especialmente com a ideia que postulou em *A força da Idade*, segundo volume de sua obra autobiográfica publicado originalmente em 1960, de que nossos movimentos pessoais são produzidos em um contexto, sendo que fora dele não há construção de sentido. A autora afirma que “um livro só adquire seu sentido verdadeiro quando sabe em que situação, em que perspectiva foi escrito e por quem”.<sup>1</sup>

Assim, tal como a referida autora que através da reflexão sobre a relação individuo-sociedade dentro de um contexto específico de sua época, produzirei uma narrativa que deixa explícita a conjuntura e o contexto em que este livro foi pensado e produzido. Contexto único, que articula a construção de Políticas Públicas em Saúde voltadas para o desenvolvimento social de uma região historicamente construída como território de exclusão social.

O desafio que se desvela é (re)inventar o semi-árido e o Nordeste, superando o movimento histórico e social trazido por Durval Albuquerque Jr., na obra *A invenção do Nordeste*, sobre a construção imagética do Nordeste como um território fadado à pobreza e castigado pela seca, como inevitável destino<sup>2</sup>. Elaborar políticas públicas capazes de evidenciar a potência desses territórios é sair do fatalismo e, acima de tudo, um movimento de reafirmação da força e da capacidade inventiva desses espaços para o desenvolvimento socioeconômico e cultural da região e do país. Implementar políticas públicas para as regiões

1 Beauvoir, S. *A força da idade*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 2018.

2 Albuquerque Jr., D.M. *A invenção do Nordeste e outras artes*. 4ª ed. Recife: FJN; Ed. Massangana; São Paulo: Cortez, 2009.

remotas, especificamente para o semiárido nordestino, é um compromisso político na superação das históricas desigualdades regionais, também expressas na dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A partir da criação do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)<sup>3</sup> em 2014, a Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN) foi inaugurada encontrando neste cenário a oportunidade para colocar em prática ações desencadeadas historicamente pelo movimento de reorientação de educação médica no Brasil e no mundo.

Corroborando com a proposta política e ideológica do PMMB, a EMCM funda seu projeto pedagógico e curricular ancorado no ideário de que a responsabilidade social da Universidade passa, necessariamente, por uma inovação no modo de aprender e ensinar produzindo saberes e práticas vinculados, de fato, à comunidade em que está inserida reverberando assim, um fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. Desta forma, é base fundante da missão da EMCM oferecer uma formação que busque diminuir o abismo que separa, nacionalmente, a Universidade da população da região em que a mesma se insere, orientada pela centralidade das necessidades de saúde individuais e coletivas do território e pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com esta missão, a aposta principal da UFRN foi a de criar a EMCM associando o projeto de interiorização da medicina proposto pelo PMMB com o plano de interiorização da UFRN, fortalecendo os três campus já existentes: o Centro de Ensino Superior do Seridó (CERES) em Caicó e Currais Novos e a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) em Santa Cruz. Com esta característica, os projetos e programas desenvolvidos pela EMCM buscam agir e pensar dentro da realidade destes três municípios.

Além disso, a prática do processo ensino-aprendizado na EMCM está calçada nas Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de medicina no país, atualizadas e publicadas em 2014<sup>4</sup>. A utilização de metodologias ativas de ensino tais como Aprendizado Baseado na Comunidade (CBL), Aprendizado Baseado em

Problemas (PBL), Aprendizado Baseado em Times (TBL), Aprendizado Baseado em Projetos (PBPt), orientam as atividades pedagógicas do curso organizado em componentes curriculares modulares, colocando o estudante na centralidade do processo ensino-aprendizagem.

Uma das grandes apostas da EMCM em direção à transformação da realidade social e da educação médica é a Vivência Integrada na Comunidade (VIC), componente curricular obrigatório oferecido semestralmente e estruturado no modelo de internato longitudinal. A VIC, além da clara intencionalidade na transformação social, se configura como modelo inovador experimentado por poucas escolas médicas em todo mundo, tais como África do Sul, Canadá e Austrália<sup>5</sup>. Ao todo são 7 módulos VIC, cada um deles com 120 horas de carga horária teórico-prática, que devem ser cursados do segundo ao oitavo período da formação médica.

A metodologia de ensino utilizada nos módulos VIC orienta-se, principalmente, pela Aprendizado Baseado em Vivências (ABV) e Aprendizado Baseado no Território/Comunidade. Assim, em consonância com a proposta pedagógica do curso os módulos VIC proporcionam uma experiência de aprendizagem no SUS, mobilizando o desenvolvimento de competências técnico-científicas, ético-políticas e humanísticas dos (as) estudantes nos contextos locais, tomando por base a realidade dos serviços de saúde nos três níveis de atenção e as necessidades de saúde mobilizadas individual e coletivamente.

Operacionalmente, os(as) 40 estudantes de cada turma são divididos em três grupos de acordo com os municípios em que realizarão a VIC - Caicó, Currais Novos e Santa Cruz. Cada grupo, uma vez por semestre, vivencia durante quatro semanas, a realidade das redes municipais de saúde destes municípios aumentando, progressivamente o número de cenários de práticas, assegurando sua imersão nos níveis de complexidade do SUS e tendo sempre a participação e controle social como objetivo de aprendizagem.

O(a) estudante atua dentro de uma semana-padrão na qual são distribuídas atividades práticas e teóricas. Cada estudante desenvolve suas atividades na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS) do segundo ao oitavo período, sendo acrescidas a

3 Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.

4 Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União, 23 Jun 2014.

5 Worley, P., Couper, I., Strasser, R., Graves, L., Cummings, B., Woodman, R., Stagg, P., Hirsh, D., on behalf of The Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships (CLIC) Research Collaborative. A typology of longitudinal integrated clerkships. MEDICAL EDUCATION 2016 50: 922-932.

imersão em outros equipamentos de Saúde da Atenção Secundária e Terciária. A vivência é realizada em período integral e os(as) estudantes possuem todas as outras atividades acadêmicas “suspensas” para que possam desenvolver exclusivamente as ações do módulo VIC, tendo na preceptoria interprofissional um princípio formativo em seu processo de aprendizagem e desenvolvimento de cidadania.

Em 2015, a VIC foi contemplada com o prêmio “InovaSUS – Gestão da Educação na Saúde”, uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e recebeu financiamento da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para seu desenvolvimento. Este recurso financeiro pôde fortalecer nosso trabalho através da formação de um grupo de articuladores municipais, qualificação dos processos de trabalho nas redes de saúde, fomento à debates junto a comunidade acadêmica sobre a importância da integração ensino-serviço-comunidade, além de oportunizar a construção deste livro.

A VIC, enquanto estratégia política e educacional, orienta-se por três grandes princípios fundamentais: responsabilidade social da Universidade, integração ensino-serviço-comunidade e vivência como método de ensino-aprendizagem. Tais princípios se cadenciam de acordo com a realidade social em que são pensados e desenvolvidos. Nesse sentido, a VIC pode ser desenvolvida em qualquer cenário desde que regida por estes três princípios, sem perder de vista a busca da justiça social e cidadania.

A responsabilidade social emerge como movimento de (re)significação do compromisso da universidade com a transformação social e enquanto espaço de produção da ciência crítica, objetivando a construção de uma sociedade mais justa. No campo da saúde esse princípio situa a universidade na terceira geração de reformas do ensino superior, orientada para o fortalecimento dos sistemas de saúde, com claro comprometimento com a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas. A responsabilidade social, enquanto projeto político, é a negação do futuro como continuidade do passado e a superação das desigualdades construídas e balizadas por uma ciência pretensamente neutra e irreflexiva.

A integração ensino-serviço-comunidade no campo da saúde pública pensada como estratégia de fortalecimento do SUS e da valorização das necessidades de saúde da população, resitua o papel da Universidade e seu modelo

pedagógico curricular reverberando transformações no trabalho em saúde, na relação assimétrica entre profissões da saúde, nas políticas e gestão em saúde, na cultura loco-regional, nos saberes populares. Todas estas variáveis oportunizam aos estudantes a percepção de que o ensino baseado no território ou ensino baseado na comunidade é estratégia fulcral para troca e consolidação de conhecimentos e competências com potência de transformar experiências em vivências.

A vivência como método de ensino aprendizagem, por sua vez, traz em si, três elementos centrais a saber: a centralidade da tríade usuário-profissional de saúde-estudante no processo ensino-aprendizagem, a consciência do contexto e da cultura em que tais atores sociais se inserem e a (re)significação de si enquanto sujeito frente à realidade vivida<sup>6</sup>. Neste sentido, compreendemos que vivência não é sinônimo de experiência irreflexiva, mas sim, aquela que é capaz de transformar o sujeito que vive, permitindo, assim, certa dissociação de si, evidenciando, por exemplo a resiliência, a empatia e a responsabilidade sobre suas ações.

Tal lógica, pressupõe a consolidação de práticas pedagógicas que, para além da esfera teórica, possibilitem a inserção dos estudantes na comunidade, valorizando a experiência cotidiana como estratégia de transformação da realidade, considerando as singularidades socioeconômicas e culturais, resultado da vida do povo. Assim, a vivência integrada a comunidade passa a ser compreendida como condição de melhoria da qualidade social da formação médica e indispensável para a democratização do acesso e dos serviços em saúde.

Para que a vivência cumpra seu papel de transformação, é indispensável um desenho curricular que oportunize, aos estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários estímulos contínuos ao longo do processo. A aposta é estimular estudantes a partir de experiências possíveis pela imersão em realidades de saúde distintas e que não sejam pontuais pois, como apontou o professor Jorge Larrosa Bondía, “ao sujeito do estímulo, da vivência pontual, tudo o atravessa, tudo o excita, tudo o agita, tudo o choca, mas nada lhe acontece”<sup>7</sup>. Assim, toda vivência como estratégia do processo ensino-aprendizagem para que seja capaz de promover transformações, deve ser longitudinal. É esta longitudinalidade na integração com profissionais de saúde, gestão municipal, usuários e docentes que

<sup>6</sup> Oliveira, A.L.O et al. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1355-1366, 2017 .

<sup>7</sup> Bondía, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação. Jan/Fev/Mar/Abr, nº 19, 2002.

produz vínculo e consciência de que o aprendizado em saúde vai além (e muito) do modelo tecnicista reinante desde o século XX.

Para desenvolver esta ação reflexiva de vivenciar e desenvolver consciência, a VIC possui como um de seus processos formativos o portfólio crítico reflexivo. Estratégia que, estimula a centralidade do estudante no processo ensino-aprendizagem, além de promover o desenvolvimento docente. Metodologicamente cada estudante deve produzir um portfólio por VIC. Na prática os(as) estudantes identificam o que denominamos “nós” em sua prática e a partir da realidade vivida, produzem de maneira crítica e reflexiva um texto discorrendo sobre como aquele “nó” influencia sua formação como médico(a). Cada portfólio é acompanhado semanalmente por um (a) professor(a) que através de diálogos construtivos deve fomentar a reflexão do estudante frente a realidade vivida. Assim, os(as) estudantes são estimulados a utilizarem a linguagem que melhor traduz sua inquietação indo da ciência às artes, dependendo do perfil de cada um deles.

Com isso, este é um livro que agrupa textos produzidos por estudantes do curso de medicina da EMCM de diferentes períodos. Com diversificadas temáticas, que vão desde a humanização da medicina até reflexões profundas do ser médico. Estes textos são a materialização, em certa medida, das vivências de estudantes durante os módulos VIC. Este livro é portanto, uma parcela do trabalho da EMCM no interior do Rio Grande do Norte, que diz sobre como as vivências individuais são capazes de produzir em cada estudante a construção de conhecimentos através da reflexão crítica e contextualizada, influenciando sua formação como médico(a) no sertão do Rio Grande do Norte.

Retomando Simone de Beauvoir, o contexto carrega também a voz de quem vive. Os(as) autores(as) destes textos são personagens de uma realidade vivida de maneira singular. Desta forma, o compilado aqui apresentado retrata a perspectiva de vivência de estudantes, professores e preceptores. São linguagens diversas sendo escrito a partir de narrativas, ensaios, desenhos. Esta diversidade retrata a liberdade no método de exposição das reflexões produzidas pelos(as) estudantes.

Desejo a todos uma boa leitura e que estas vivências possam reverberar em você o projeto de sociedade defendido pela EMCM reinterando nosso compromisso com a formação médica no país, com a defesa do Sistema Único de Saúde e com a responsabilidade social da Universidade, compondo assim, um projeto de promoção da justiça social no interior do Rio Grande do Norte.

## ARANHA OU HUMANA?

Luana Emilia Fonseca Alves - Acadêmica do 7º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Profª Drª Ana Luiza de Oliveira e Oliveira - Professora da EMCM/UFRN

Profª Drª Cristiane Spadacio - Professora da EMCM/UFRN

### SOBRE RECOMEÇOS

“Nossa mente, que ama a sóbria beleza das fórmulas matemáticas, vê-se perdida em meio à mistura extraordinariamente complexa de células, humores e consciência que compõem o indivíduo.”(Carrel, 2016)

Apesar do medo que traz a introdução de um novo texto, algumas coisas sempre permitem a aproximação com o período de vida que inspirará a escrita, e esse em específico necessita de uma introdução de Mia Couto (2009) nos fazendo refletir como as diferenças são vistas em meio à sociedade.

#### *A infinita fiadeira*

*A aranha, aquela aranha, era tão única: não parava de fazer teias! Fazia-as de todos os tamanhos e formas. Havia, contudo, um senão: ela fazia, mas não lhes dava utilidade. O bicho repaginava o mundo. Contudo, sempre inacabava as suas obras. Ao fio e ao cabo, ela já amealhava uma porção de teias que só ganhavam senso no rebrilho das manhãs.*

*E dia e noite: dos seus palpos primavam obras, com belezas de cacimbo gotejando, rendas e rendilhados. Tudo sem fim nem finalidade. Todo bom aracnídeo sabe que a teia cumpre as fatais funções: lençol de núpcias, armadilha de caçador. Todos sabem, menos a nossa aranhinha, em suas distraícoeirias funções.*

*Para a mãe-aranha aquilo não passava de mau senso. Para que tanto labor se depois não se dava a devida aplicação? Mas a jovem aranhinha não fazia ouvidos. E alfaiatava, alfinetava, cegava os nós. Tecia e retecia o fio, entrelaçava*



*mais e mais teia. Sem nunca fazer morada em nenhuma. Recusava a utilitária vocação da sua espécie.*

— Não faço teias por instinto.

— Então, faz por quê?

— Faço por arte.

*Benzia-se a mãe, rezava o pai. Mas nem com preces. A filha saiu pelo mundo em ofício de infinita teceloa. E em cantos e recantos deixava a sua marca, o engenho de sua seda. Os pais, após concertação, a mandaram chamar. A mãe:*

— Minha filha, quando é que assentas as patas na parede?

*E o pai:*

— Já eu me vejo em palpos de mim...

*Em choro múltiplo, a mãe limpou as lágrimas dos muitos olhos enquanto disse:*

— Estamos recebendo queixas do aranha.

— O que é que dizem, mãe?

— Dizem que isso só pode ser doença apanhada de outras criaturas.

*Até que se decidiram: a jovem aranha tinha que ser reconduzida aos seus mandos genéticos. Aquele devaneio seria causado por falta de namorado. A moça seria até virgem, não tendo nunca digerido um machito. E organizaram um amoroso encontro.*

— Vai ver que custa menos que engolir mosca - disse a mãe.

*E aconteceu. Contudo, ao invés de devorar o singelo namorado, a aranha namorou e ficou enamorada. Os dois deram-se os apêndices e dançaram ao som de uma brisa que fazia vibrar a teia. Ou seria a teia que fabricava a brisa? A aranha levou o namorado a visitar a sua coleção de teias, ele que escolhesse uma, ficaria prova de seu amor.*

*A família desiludida consultou o deus dos bichos, para reclamar da fabricação daquele espécime. Uma aranha assim, com mania de gente? Na sua alta teia, o deus dos bichos quis saber o que poderia fazer. Pediram que ela transitasse para humana. E assim sucedeu: um golpe divino, a aranha foi convertida em pessoa. Quando ela, transfigurada, se apresentou no mundo dos humanos logo lhe exigiram a imediata identificação. Quem era, o que fazia?*

— Faço arte.

— Arte?

*E os humanos se entreolharam intrigados. Desconheciam o que fosse arte. Em que consistia? Até que um, mais velho, se lembrou. Que houvera um tempo, em tempos de que já se perdera memória, em que alguns se ocupavam de tais improdutivos afazeres. Felizmente, isso tinha acabado, e os poucos que teimavam em criar esses poucos rentáveis produtos - chamados de obras de arte - tinham sido geneticamente transmutados em bichos. Aranhas, ao que parece. (COUTO, 2009)*

Uma certa aranha que faz arte e é reprimida em seu meio, porque não é para isso que servem as teias, não difere tanto dos estudantes de medicina que clamam por arte sendo que, para o senso comum, a “medicina não trata disso”. Pergunto-me constantemente em que momento da história essa divisão tornou-se rígida a ponto de não poder haver nada de arte dentro do campo médico. Quando foi que a arte, deixou de ser uma manifestação humana dentro das profissões da saúde?

Creio ser esta a melhor maneira de me apresentar, colocando-me no papel como aquela aranha que pensa e age diferente dos que estão ao seu redor, pessoa-aranha que percebe como a arte pode ser frutífera e que vê o portfólio como um espaço formativo potente em reflexão e crítica. Faço meus portfólios com e por arte, para fazer reverberar em mim todas as experiências vividas, as que me alegram e que me sufocam. Coloco no papel aquilo que me inquieta e a partir destes nós, me coloco de forma real fazendo valer ao que se pretende este instrumento para a formação médica.

Após vários portfólios escritos que transpareciam a Luana de um determinado período do curso - foram 7 até aqui -, temos este que será lido por você, leitor(a). Você conhecerá a Luana de março e abril de 2018, estudante do sexto período do curso de medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN). Muitas mudanças ocorreram, mas o cerne se mantém intacto como sempre, e o prazer pela escrita, pela arte e pela busca por aprendizados norteiam todo o processo de criação que você encontrará aqui. Não espere grandes feitos ou grande decoração, tudo surge a partir da simplicidade dos momentos e da vida, e da simplicidade que me acompanha desde sempre. Para mim, o mundo é poesia, e é essa poesia que não consigo escrever que tento transformar em prosa para que você veja o que eu vi e escute o que me disseram, mesmo que não tenha

estado lá. Como teia, pretendo neste texto ser caminho para apresentar novos mundos e novas experiências.

Talvez, o mais triste da vida de qualquer aranhinha não seja o julgamento dos “pares”, mas sim, perceber que ainda que mude de ambiente continua a ser diferente. Quando a diferença se torna empecilho para a vida em sociedade, quando vemos que mudamos o ambiente, mas repetimos os preconceitos, isso sim me preocupa. É a diferença que nos faz ir além e nos permite conhecer novos caminhos e lugares. É fugindo do convencional que nos encontramos com nós mesmos e nos permitimos viver verdadeiramente, desfrutando das sensações que a vida poderá nos proporcionar. Dessa maneira, espero ter os olhos sempre atentos para o novo e o incomum, para quem sabe eu possa encontrar algo de mim naquilo que me surge.

Costumo dizer que só é sincero aquilo que não se diz e, portanto, minha apresentação está contida nas entrelinhas dessas páginas. Nada aqui será impessoal e você me verá em cada letra escrita e pensada, provavelmente. Espero poder trilhar esse caminho de experiências com você de maneira agradável e significativa, num processo de trabalho e aprendizado mútuos que nos permitam diferentes visões do mundo que nos cerca. E é sobre este eterno recomeço que inicio minha reflexão.

## A ARTE DE FIAR

Minha reflexão será dividida em tópicos que dizem de mim. De pensamentos e frases que durante a VIC eu pude mobilizar. Para isso, coloque-me com um “todo indivisível de extrema complexidade, do qual é impossível ter uma concepção simples” (Carrel, 2016). Minhas reflexões são teceluras: tecer e construir serão, pois, meus objetivos no texto que apresento.

### ***“O que eu achava que era só teoria!”***

Primeira semana de Vivência Integrada na Comunidade (VIC) na cidade de Macaíba, Rio Grande do Norte. Fomos recebidos pela segunda vez no Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi (CEPS). Foi neste espaço que percebi, através da fala de uma preceptora assistente social que “se faz saúde para poder fazer educação”, criado assim, um papel central na atividade de preceptoria

no serviço como parte do processo de formação de estudantes. A recepção de todo os trabalhadores com os estudantes é sempre acolhedora.

Durante essa semana tivemos a oportunidade de trabalhar com muitas profissionais responsáveis pelo Serviço Multidisciplinar de Atenção ao Transtorno do Espectro Autista (SEMEA), acompanhando os atendimentos de avaliação e intervenção no Transtorno do Espectro Autista (TEA). O TEA é caracterizado por diversos fatores, sendo eles um desenvolvimento anormal ou alterado, uma perturbação característica do funcionamento dos três domínios: as interações sociais, a comunicação (verbal e não verbal) e o comportamento focalizado e repetitivo, que acabam por substituir as atividades imaginativas. O transtorno acompanha outras manifestações inespecíficas, como por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (SOUZA; SILVA, 2015). Devido a variação na severidade dos sintomas, o TEA representa um termo amplo que inclui, predominantemente, características diferentes de crianças com autismo clássico, síndrome de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação (CAMARGO; RISPOLI, 2013).

Acompanhando psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e neurologistas pudemos adentrar um pouco na complexidade que rodeia esse espectro ainda tão misterioso para mim. Encontrar com várias crianças hipo ou hiper-reativas e saber que todas elas fazem parte de um conjunto único, mas que ao mesmo tempo possuem particularidades suas que modificam de forma quase que completa a terapia de uma para outra é, no mínimo, algo que te obriga a parar para pensar. Os comportamentos, habilidades, preferências, funcionamento e necessidades de aprendizagem são diferentes de criança para criança e mudam ao longo do desenvolvimento (CAMARGO; RISPOLI, 2013).

Foi de grande valia perceber as diferenças entre as terapêuticas das diferentes profissões da saúde. Aprender com e em parceria com outras categorias profissionais nos dá a oportunidade de nos tornar médicos melhores. Enquanto as profissionais trabalhavam com as crianças, oferecendo-lhes estímulos diversos, vários aspectos estavam sendo trabalhados, como a estimulação da comunicação e interação social, sua linguagem estava sendo exercitada de maneira lúdica, e os principais instrumentos utilizados eram brinquedos, balões de ar e até mesmo a luz ambiente.

O atendimento às crianças com TEA vai além dos consultórios e encontra lugar em meio aos animais. O projeto de equoterapia fornecido no CEPS já foi

tema de portfólio anterior, o que me permitiu acompanhar a explanação dada pelas preceptoras com base nas minhas pesquisas anteriores a respeito do tema. Sendo assim, acabo por me tornar um pouco repetitiva nos próximos parágrafos, mas trata-se de um assunto que sinto necessidade de retomar.

Inicialmente, a terapia utilizando cavalo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de reabilitação, que age para superar danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais, através de uma atividade lúdico desportiva, oferecendo todas as condições julgadas importantes ao tratamento destes pacientes. Além disso, a Equoterapia permite ao terapeuta interagir em múltiplos sistemas orgânicos, oferecendo uma oportunidade ímpar para atingi-los num ambiente que pode enriquecer o movimento durante o seu desenvolvimento (LIPORONI; OLIVEIRA, 2005). No dorso do cavalo consegue-se tratar a musculatura corporal global de forma natural, modulando o tônus, melhorando a postura, o equilíbrio, o ritmo, a coordenação, realizando alongamentos e possibilitando maior integração em atividades sociais.

A Equoterapia torna o portador de necessidades especiais mais autônomo, traz benefícios para o corpo e para a mente, melhora o equilíbrio estático e dinâmico e aprimora a coordenação motora. Os efeitos psicológicos decorrentes desse método engrandecem a terapia. Durante a VIC5 tive a oportunidade de conversar com os pais de algumas crianças e todos eles afirmaram ver mudanças no comportamento dos filhos após algumas sessões. Essas mudanças eram percebidas na maior independência que eles passaram a desenvolver, além de melhor convívio social e melhora física, em questões de equilíbrio e postura (BARBOSA & MUNSTER, 2014).

As influências para integração sensorial e ao esquema corporal, originados pela sensibilidade superficial (tato, pressão, temperatura) e pela profunda (discriminativa e vibratória), além da sensibilidade proprioceptiva e a identificação visual e olfativa que o movimento do animal e o ambiente provocam pode ser aproveitada como parte do tratamento (SOUZA; SILVA, 2015). A atividade terapêutica da equoterapia inicia no instante em que o indivíduo entra em contato com o animal, no primeiro momento o cavalo passa a representar um problema, exigindo que o praticante aprenda a lidar, aprendendo também a maneira correta de montar, essa relação contribui para o desenvolvimento da sua autoconfiança, afetividade e autonomia, trabalhando também os limites (SOUZA; SILVA, 2015).

A partir deste ponto, ponho-me a narrar minha experiência. Todas as aspas são indicativo de falas ditas. Quando recebemos o cronograma e o grupo de estudantes que estava conosco soube que precisaria ir ver, o que chamaram de “passeio a cavalo”, houve uma enxurrada de piadas e reclamações visto que, no imaginário reducionista que possuíam, poderiam estar acompanhando médicos ao invés de ver “crianças malcriadas brincando de cavalgar”. Conhecendo todo o trabalho terapêutico que eu havia tido a oportunidade de presenciar, tendo estudado sobre o assunto e, mesmo assim, sendo impotente na defesa dessa terapia pela qual tenho uma especial admiração, posso afirmar que meus primeiros dias em Macaíba foram um pouco complicados.

Por azar ou sorte, quando chegamos no “picadeiro” não havia crianças. Nossa atividade consistiria basicamente em experimentarmos na pele aquilo que toda a teoria da literatura nos trazia. Eu costumava cavalgar durante toda a minha infância, conheço bem o impacto na musculatura, no equilíbrio e na confiança que aquela atividade proporciona. O momento em que a relação com o animal torna-se recíproca e você precisa agradá-lo se quer montá-lo sem problemas.

Alguém precisava montar, pensei em deixar alguém que nunca tivesse nem chegado perto de um cavalo ir, mas todos ficaram receosos demais! Pensei: ou eu ou ninguém. Entrei no picadeiro, fiz os exercícios pedidos, matei toda a saudade que eu tenho de cavalos e sai.



Fotografia 1: Experimentando a equoterapia no Centro de Saúde Anita Garibaldi (CEP), 2018. Fonte: Acervo pessoal

Logo depois, dois dos colegas que mais brincavam com a terapia resolveram experimentar aquilo. Senti meu coração saltar, era impossível não perceber o movimento tridimensional do cavalo e mais impossível ainda achar que aquelas atividades eram simples e não serviam para nada. Subiram, ficaram tensos, não conseguiam fazer os exercícios, diziam que mexia demais e desceram. “O que eu achava que era só teoria eu pude sentir agora e perceber que é real”, foi o que um deles disse assim que pôs os pés no chão. Essa frase acabou por fazer minha semana valer a pena.



Fotografia 2: Experimentando a equoterapia no Centro de Saúde Anita Garibaldi (CEP), 2018. Fonte: Acervo pessoal.

Perceber que as terapias oferecidas como recurso de cuidado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, dentre outros profissionais não são levadas a sério, por alguns estudantes, é algo que me entristecer. Usando novamente uma frase da fisioterapeuta responsável pela equoterapia, “cada terapia é uma soma”. E por que não devemos valorizá-las? Por questões preconceituosas que envolvem relações de poder que definem quais práticas terapêuticas são hegemônicas em detrimento de outras? O que vier a acrescentar deve sempre ser bem recebido. Neste sentido a arte de fiar, título desta

sessão, é melhor trabalhada quando há coletividade, reconhecimento, integração e trabalho colaborativo. Toda profissão tem seu valor!

### “Muito além do curar”

“A brutalidade de nossas relações com o mundo cósmico não deve jamais atrapalhar a paz das células e dos humores de nosso mundo interior.” (Carrel, 2016).

Como uma outra arte de fiar, entendi que o cuidado deve ser praticado além do corpo biológico. Em minha vivência em Currais Novos (RN), cidade onde realizo a VIC, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) ganham protagonismo, tecendo novas teias com projetos de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica que tentam estabelecer algumas atividades com a população, estimulando novas possibilidades de um modelo de assistência à saúde mais ampliado e integrador.

Primeiro dia em Currais Novos e tivemos nossa reunião de acolhimento que durou o dia todo. Durante a manhã, fomos apresentados ao projeto TERAPICS<sup>8</sup> desenvolvido de maneira pioneira no município. Pudemos, eu e meus colegas, conversar com a psiquiatra do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e com a educadora física responsável pelo projeto, além das articuladoras<sup>9</sup> da VIC que lá se encontravam.

Sendo a saúde considerada em seu aspecto ampliado, as PICS, para além do modelo biomédico conseguem ampliar este modelo trazendo nova perspectiva para a doença e para o indivíduo, a partir reposição do sujeito doente como centro do cuidado médico; a busca de meios terapêuticos simples como alternativa às práticas dependentes de tecnologias caras; a construção da autonomia do paciente como princípio; e a busca da saúde e não mais a doença como centro do processo de cuidado (SPADACIO & BARROS, 2008). Considerando o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação

<sup>8</sup> O Projeto TERAPICS foi fruto de ações desenvolvida pelos residentes Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica em parceria com os profissionais de saúde da rede de atenção a saúde do município. O projeto foi institucionalizado sendo, atualmente, parte do cardápio de serviços oferecido a população.

<sup>9</sup> O papel de articuladora foi criado como estratégia de fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade no âmbito dos módulos VIC. São duas articuladoras em cada um dos três municípios que compõem o eixo multicampi que trabalham em parceria com a coordenação dos módulos, trabalhadores de saúde e gestão municipal.

de seus processos de adoecimento e de saúde –, essas práticas corroboram para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no Sistema Único de Saúde (SUS).

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do SUS e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS) apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural (PNPIC, 2006).

Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, sobretudo na Atenção Primária à Saúde.

A construção histórica da PNPIC iniciou-se a partir do atendimento das diretrizes e recomendações de várias conferências nacionais de saúde e das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), além do empenho de gestores da saúde e acadêmicos em todo o Brasil (BARROS, 2006). O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, também denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar/alternativa.



Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. A visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, são pontos extremamente importante nesse processo, sendo características comuns de todas as práticas envolvidas.

Embora as PICS sejam reconhecidas no sistema de saúde público brasileiro e pelos Conselhos Federais de Enfermagem e de Fisioterapia e, em parte, pelo CFM, ainda são poucas as instituições que oferecem disciplinas relacionadas ao assunto. As poucas que oferecem, o fazem de maneira optativa, o que faz com que

boa parte dos profissionais de saúde que estão se formando não tenham nenhuma aproximação acadêmica com seu estado de arte.

Tendo tido a oportunidade de participar durante o semestre de 2017.2 de uma disciplina sobre PICS pude estudar mais sobre o assunto, além de ter podido viver várias das práticas que fazem parte da política. Enquanto as práticas eram apresentadas continuamos a ouvir os gracejos e risinhos dos colegas que encaram a medicina como unicamente centrada no modelo biomédico.

Como futuros médicos, perceber a importância de possibilidades não apenas terapêuticas, mas também relaxantes, que não envolvam medicamentos pode ser de grande utilidade para a melhora de adesão do paciente ao tratamento, além de melhorar sua condição clínica de maneira quase que instantânea atuando nos seus mais diversos aspectos.

Receber o (a) paciente e iniciar a sua atuação apenas no simples ato de observá-lo abre uma grande janela de possibilidades, na medida em que você começa a percebê-lo como um ser humano completo, não apenas como uma enfermidade. Além disso, abrir a possibilidade para a prática do autocuidado eleva o paciente a um patamar de igualdade, em que ele passa a ser sujeito e atuante em seu processo de cura, melhorando não apenas sua condição, mas também sua relação consigo. Todos esses aspectos que envolvem as PICS podem ser facilmente percebidos na fala dos usuários beneficiados com o programa inovador do município de Currais Novos. Após a mudança de gestão e um intervalo de latência das práticas, os habitantes de todas as áreas cobravam o retorno de suas atividades, retorno este que aconteceu na nossa terceira semana de vivência.

O espaço Terapics em Currais tem como cardápio de atividades a práticas de ioga, reiki, shiatzu, meditação e auriculoterapia. Há uma sede, que fica em uma UBS central da cidade, onde são realizadas triagens que encaminham cada paciente para a prática que lhe trouxer mais benefícios. É um momento interessante, por exemplo, a utilização do espaço da sala de espera em horário de funcionamento da UBS, das 16 às 18 horas, para prática de ioga. Em minha vivência neste espaço, pude perceber e ouvir como os usuários se sentem cuidados e com saúde quando existem iniciativas como esta.

No contexto do TERAPICS, para ter acesso às PICS, qualquer profissional de saúde do município pode realizar o encaminhamento ou

através o próprio usuário pode procurar o serviço como demanda livre. Durante a última semana tive a oportunidade de acompanhar alguns momentos de triagem, pelos quais aspectos importantes da saúde física e mental dos indivíduos eram sempre levados em consideração para que estes fossem melhores cuidados e tratados.



Fotografia 3: Prática de Yoga na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde, Currais Novos, 2018. Fonte: acervo pessoal.

Ao ouvir alguns usuários fomos apresentados a histórias de vida dos mais diversos aspectos e tons. Sejam pessoas que sentem bem menos dificuldade na realização de tarefas diárias após as práticas de ioga, que amenizaram os efeitos do Chikungunya, sejam pessoas que vieram encaminhadas por alto nível de ansiedade e depressão, e até mesmo dores corporais amenizadas com as sessões de auriculoterapia.

Fazendo, agora, parte de um projeto de extensão em Caicó que envolvem as PICS, entristece-me ver a pouca relação da formação médica com tais práticas. Programas desse tipo poderiam se unir para tentar trazer a Caicó ideias inovadoras e efetivas que auxiliassem na saúde da população de uma maneira integrada, longitudinal e que proporcionasse autonomia. E dessa forma, somando estes três elementos poderíamos seguir fiando os elementos de uma rede que precisa ser artisticamente tecida. Tecer redes com vontade de produzir mudanças é uma reflexão importante para minha formação.

### *“Vontade eu sei que vocês têm, mas precisa melhorar a estrutura”*

“Muitas vezes, em vez de resultarem do interesse financeiro de pessoas ou grupos de pessoas, elas realmente têm por objetivo o bem maior.” (Carrel, 2016)

Primeiro dia em Currais Novos e tivemos nossa reunião com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Conhecemos o novo secretário e por algum motivo ele nos fez falar um a um o que esperávamos para essa VIC. Por sorte ou azar, as cadeiras estavam dispostas de uma maneira que eu seria a última a falar. Já não gosto de escrever minhas expectativas no portfólio, avalie falar em voz alta para todas aquelas pessoas?

E começam as falas da turma de 9 estudantes que realizam a VIC naquele município: “Quero aumentar meu conhecimento”, “quero acompanhar mais especialidades”, “quero ir para a atenção terciária”, “quero aumentar meu vínculo com a UBS” e eu só queria sair dali. Chegou minha vez e eu disse: “não quero ser repetitiva e reitero todas as falas dos meus colegas, sem exceção. Não tenho expectativas para falar então vou fazer uma pergunta: como anda o projeto da SMS em transformar a rede de saúde de Currais Novos em um Sistema de Saúde Escola (SSE)?”

O modelo denominado Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) se propõe assumir o desafio de aproximar conteúdos (saberes cognitivos) e contextos (habilidades e atitudes), sendo assim uma estratégia de gestão da educação permanente transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional (RODACOSKI; COELHO; ALMEIDA, 2013).

Caracteriza-se como uma estratégia de ação para a execução da Política de Educação Permanente, planejado, sistematizado e pactuado com o governo para intervenção em áreas estratégicas, executado pela gestão municipal em parceria com instituições de ensino. Unindo essas duas instituições, EMCM/UFRN e SMS-Currais Novos, teríamos uma soma de benefícios, para a população, trabalhadores de saúde, gestão municipal, estudantes e a universidade como um todo. Assim, seria visto, em certa

medida, a prática da responsabilidade social. Afinal, não é para isso que a Universidade existe?

Esse projeto de junção entre educação, saúde e comunidade promove o conceito de saúde como qualidade de vida, cuja construção requer uma abordagem complexa, possibilitando o fortalecimento de um sistema cujo eixo central de desenvolvimento é o próprio espaço dos serviços e o seu território de abrangência, e que demanda, para sua implementação, de profissionais formados de acordo com as necessidades de saúde da população. Destaca-se aqui, a ampliação do conceito de docência promovido pelo SMSE, visto que cada profissional da rede tem competência de ensinar a partir de sua vivência e formação, apoiado pelas Instituições de Ensino que têm o papel de articular saberes próprios do ambiente educacional com o conhecimento aplicado na prática diária (RODACOSKI; COELHO; ALMEIDA, 2013). Amplio minha percepção de que tal preceptoria deve ser interprofissional e não uniprofissional. Eu aprendo muito, tal como relatei neste e em outros portfólios, com trabalhadores das diferentes categorias profissionais. A longo prazo, essa união produziria efeitos benéficos para todas as partes envolvidas, incluindo melhor gestão financeira, resolutividade na atenção.

Neste compilado de vivências e experiências fica evidente a necessidade de tomar consciência das VIC como espaço que nos oferece a oportunidade de exercitar a arte de fiar. Construir fios para tecer realidades mais humanas é uma função da Universidade e principalmente, de nós estudantes. A partir dessa reflexão, seja no que foi relatado em “O que eu achava que era só teoria!”, “Muito além do cuidado”, “Vontade eu sei que vocês têm, mas precisa melhorar a estrutura”, pude me transformar enquanto pessoa e esta é a grande aventura da arte de fiar para tecer. Tornar-se pessoa.

### “A ARANHA SE TRANSFORMOU EM PESSOA”

“Esse mundo não é feito para nós, pois nasceu de um erro de nossa razão e da ignorância sobre nós mesmos. É impossível nos adaptarmos a ele.”(Carrel, 2016)

A cada período que passo na universidade certa desilusão se torna mais frequente. O mundo ao redor realmente não parece que foi feito para mim e todas as

coisas são estranhamente complexas para que eu consiga lidar com isso de maneira minimamente satisfatória, passando longos períodos de tempo em momentos de reflexão, e até sofrimento. Quando tudo se torna pesado demais e eu não aguento, coloco a culpa em qualquer coisa e sigo sem conseguir explicar meu estranhamento com o mundo. É só a maneira que encontro de lidar com o fato de que a desilusão é real e ela existe por um motivo simples: eu esqueço que não preciso andar conforme o mundo quer que eu ande. Eu só preciso entender minimamente como ele funciona para que eu consiga adaptar os meus passos aos dele de maneira que isso não me provoque calos tão dolorosos.

Foi por isso que estes relatos da VIC6 tiveram como objetivo entender por que a medicina é como é, por que ela funciona assim. A questão aqui não é de julgar os pensamentos, há meses percebi que isso não era culpa de ninguém, era algo bem maior e bem mais complexo que a EMCM. É um processo histórico e cultural e que vem dando sinais de ruptura em cada espaço inovador que tenho a oportunidade de frequentar, seja no trabalho interprofissional, nas práticas integrativas e complementares ou em terapêuticas pouco inseridas no SUS como a equoterapia. Apresentei aqui apenas, meu desejo de analisar e entender. Entendendo onde você está inserido, facilita sua vida dentro daquele ambiente.

Como todo bom processo de mudança esse decorreu de uma crise. Uma transmutação de humana para aranha e agora de aranha para humana em um movimento dialético que não tem fim. Me sinto e me reconheço uma humana que pôde ouvir todo tipo de gente em sua caminhada, entendendo os mais diversos posicionamentos sobre sua futura profissão, que ouviu agradecimentos de muitas pessoas por ter tirado um tempo para ouvi-las, que ouviu muita gente se posicionando de maneira agressiva e movida por discursos de ódio, mas uma humana que se manteve firme ao seu objetivo de transformar seu mundo em algo digno de ser admirado.

A Vivência é o único lugar na universidade que sinto uma expansão das possibilidades que me cercam, que consigo sentir que há vida dentro da medicina. Ir para as atividades de manhã, de tarde e quando voltasse no fim do dia poder encontrar com várias pessoas extremamente divertidas enquanto fazia ioga, conversar e colecionar histórias, experimentar sensações e emoções que só outras pessoas poderiam me dar. Depois dos atendimentos na UBS sentar na sala de

espera e falar da época de faculdade dos profissionais. Relacionar-se como uma competência fundamental para existir enquanto estudante de medicina e futura médica. Posso não ter ido tantas vezes ao Pronto-Atendimento como meus colegas, que tanto julgam o quanto alguém tem técnica ou não, ou quanto alguém ficou sem dormir para ler as apostilas do Medcurso, mas eu parei e ouvi. Fiz o exercício de tentar descobrir o que as pessoas esperam de mim como profissional, sem que eu precisasse perguntar sobre aquilo, e assim pude construir o que eu mesma esperava de mim.

A pior parte da Vivência é que ela acaba, e eu tenho que saltar em queda livre para o mundo que abandonei durante um mês inteiro. Voltar a sentir a minha incapacidade de adaptação à essa competitividade que permeia as relações entre os estudantes de medicina, certo cinismo e hipocrisia que nos cerca, me fazem novamente pensar em construir teias que me façam sentir qual é meu papel enquanto estudante. Voltar para a Semana Padrão e ouvir de alguns que as pessoas que tanto se esforçam por nós não são boas o suficiente deixa de ser um incômodo para ser um motivo de me manter firme em meus ideais.

Talvez a minha incapacidade de me adaptar ao mundo só me abra ainda mais a possibilidade de criar um mundo novo. Não para todos, é claro, não sou tão pretenciosa a esse ponto, mas criar meu próprio mundo, onde eu possa ser exatamente assim, cheia de arte, hiperatividade e nada monótona, para que cada pessoa que se aproxime possa se sentir acolhida para juntar seu mundo ao meu. A melhor parte da Vivência é que ela existe, e me proporciona as melhores lembranças que a medicina já me deu.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p.497-508, 2010.
- BARBOSA, Gardenia de Oliveira; MUNSTER, Mey de Abreu van. O efeito de um programa de equoterapia no desenvolvimento psicomotor de crianças com indicativos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev. bras. educ. espec.*, Marília, v. 20, n. 1, p. 69-84, mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 96 f. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CAMARGO, Sígla Pimentel Höher; RISPOLI, Mandy. Análise do comportamento aplicada como

- intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. *Revista Educação Especial*, Santa Maria, v. 26, n. 47, p.639-650, set./dez. 2013.
- CARREL, Alexis. O Homem, esse desconhecido. São Paulo: Editora Edipro. 2016.
- COUTO, Mia, “A infinita fiadeira”, Livro de Contos - O Fio das Missangas, Lisboa, Companhia das Letras, 2009.
- CRUZ, Pérola Liciane Baptista da. **As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: uma revisão sistemática da literatura**. 2013. 63 f. TCC (Graduação) - Curso de Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.
- HEBERLÊ, Mariluz Oliveira. **Um estudo da concepção dos profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde**. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.
- LIPORONI, Gabriela Faleiros; OLIVEIRA, Ana Paula Rocha de. Equoterapia como tratamento alternativo para pacientes com sequelas neurológicas. **Investigação: Revista Científica da Universidade de Franca**, Franca, v. 5, n. 1/6, p.21-29, dez. 2005.
- OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1801-1811, mar. 2011.
- RODACOSKI, Giseli Cipriano; COELHO, Izabel Cristina Meister Martins; ALMEIDA, Marcio José de. Sistema Municipal Saúde-Escola Como Estratégia De Gestão Do Trabalho E Da Educação Na Saúde: Relato De Caso. *Revista Espaço Para a Saúde*, Londrina, v. 14, n. 12, p.104-111, dez. 2013.
- SALLES, Léia Fortes; HOMO, Rafael Fernandes Bel; SILVA, Maria Júlia Paes da. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare Enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 4, p.741-746, out./dez. 2014.
- SCHVEITZER, Mariana Cabral; ESPER, Marcos Venício; SILVA, Maria Júlia Paes da. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 36, p.442-451, 2012.
- SOUZA, Marjane Bernardy; SILVA, Priscilla de L. N. da. Equoterapia no tratamento do transtorno do espectro autista: a percepção dos técnicos. *Revista Ciência e Conhecimento*, São Jerônimo, v. 9, n. 1, p.4-22, fev. 2015.
- SPADACIO, Cristiane; BARROS, Nelson Filice de. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2454-2455, out. 2008.
- THIAGO, Sônia de Castro S; TESSER, Charles Dalcanale. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saúde Pública*, Florianópolis, v. 2, n. 42, p.249-257, ago. 2011.
- UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE. CCBS – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. Protocolo de avaliação diagnóstica multidisciplinar da equipe de transtornos globais do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v.11, n.1, p. 9-22, 2011.



## SOBRE VIVÊNCIAS E TRANSFORMAÇÕES

Aline de Oliveira Caldas - Acadêmica do 7º período do curso de medicina da EMCM/UFRN  
 Profª Drª Ana Luiza de Oliveira e Oliveira - Professora da EMCM/UFRN

Não se pode mencionar a Vivência Integrada na Comunidade (VIC) sem relacionar a esse componente curricular um profundo estado de transformação. Durante o curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), os estudantes enfrentam, a cada semestre, a ansiedade de presenciar novas experiências e adquirir conhecimentos sobre cuidado, vínculo e trabalho nesse componente tão diferente e inovador. Eu, Aline, exercendo aqui meu papel de autora, enquanto vivo minha penúltima Vivência, a saber, a VIC VII, olho para as experiências que já tive proporcionadas por este módulo e posso lembrar alguns dos momentos mais marcantes da minha vida – alguns, no impulso de não viver apenas dentro de mim, acabaram vindo morar no papel. Infelizmente, nem todos podem ser eternizados em publicações, mas algumas histórias que vivi me cativaram de tal forma que criei por elas imensurável apego. Alguns fragmentos dessas histórias reúno neste capítulo. Elas não estão necessariamente relacionadas, mas fazem parte de uma história: a minha própria e sua relação com a minha formação médica. Este compilado de histórias e eventos cujo contexto é o ensino médico narra a transformação de uma aluna desde seu primeiro portfólio crítico-reflexivo até o mais recente, e mostra, em cada uma de suas linhas, o ato transformador de vivenciar-se.

### TERCEIRO SEMESTRE - E EU, QUEM SOU?

[Sugestão de música de fundo: Palavras - Cássia Eller]

*“Agora que estamos apenas eu e a enfermeira na sala (e já revisamos a realização do preventivo diversas vezes), ficamos as duas sentadas à mesa, ela sob a responsabilidade da anamnese e prescrição de receitas, e eu no preenchimento da ficha do e-SUS e, posteriormente, realização do exame. Todos são feitos tranquilamente. Em dado momento, acontece algo bastante*

*significativo para mim: ao terminar um dos preventivos, minha preceptora está sentada no banquinho onde normalmente eu fico – e, como se não bastasse, aponta para a cadeira dela, indicando que é lá onde devo sentar. Desse momento até o fim dos atendimentos, ficamos assim. Posições invertidas. Agora eu estou responsável por receber as pessoas, realizar anamnese, escrever no prontuário, fazer requisição de exames laboratoriais e, obviamente, fazer o exame. Me lembro de uma pesquisa sobre a qual havia conversado com uma de minhas professoras que se baseava no seguinte questionamento: Em que momento um estudante de medicina deixa de ser estudante e passa a ser médico?”*

Esse trecho, retirado do meu portfólio da Vivência Integrada na Comunidade II, foi retomado porque, inevitavelmente, me deparei novamente com esse questionamento. Só que, dessa vez, o gatilho foi diferente. Na primeira vez foi a enfermeira, e agora é o médico o preceptor gerador de tal reflexão. Inicialmente, ele nos chama - a mim e ao meu colega - para uma conversa em seu consultório. Diz que, com seus estudantes do quinto período, ele já consegue realizar uma espécie de “divisão” de tarefas. Os estudantes atendem sozinhos, em uma sala separada, e o chamam apenas ao término da consulta, para obtenção do feedback. Ao final, pergunta se desejamos fazer o mesmo. Fico nervosa logo de cara, mas tenho algum tempo para pensar, já que nossa semana está cheia de visitas em outros equipamentos de saúde fora da Unidade Básica de Saúde (UBS) e, portanto, esse novo desafio não inicia prontamente. Alguns dias depois, em uma manhã de atendimento médico, nós, estudantes, concordamos com a proposta e organizamos um espaço improvisado para atender na sala de curativos. Tomamos algum fôlego e nos entreolhamos, depositando força e confiança um no outro. Chamamos a primeira paciente, que logo convidamos a sentar.

A divisão de tarefas é realizada de maneira não intencional, porém efetiva. De modo similar a uma dança das cadeiras, eu e meu companheiro de vivências sentamo-nos aleatoriamente um ao lado do outro. Foi quando nos demos conta de que ele estava sentado exatamente atrás do prontuário, enquanto eu estava exatamente à frente da paciente. Foi assim, no silêncio da casualidade, que compreendemos, sem precisar emitir qualquer ruído, qual seria o papel de cada um. Comecei nos apresentando como estudantes, como seria de se esperar.

Expliquei que conduziríamos a consulta completa, mas que o médico viria ao final para conversar conosco. Apesar disso, pedi que não houvesse qualquer inibição por não sermos ainda formados. Aparentemente (como será visto ao final do relato), o acordo foi cumprido. Em seguida, fui paulatinamente adentrando os pontos da anamnese que não podem ser deixados de lado. Foi investigado o que era possível sobre a queixa principal, sintomatologia, doenças anteriores, hábitos de vida e exames de rastreio. Pude perceber, enquanto conversávamos, que o ritmo da conversa não era tão “travado”. Nosso diálogo estava fluindo, e isso me deixou muito satisfeita. Também pude perceber, nesse momento, o esforço do colega para escrever perfeitamente no prontuário. Mais tarde, na mesma semana, eu sentiria na pele a mesma dificuldade que ele.

Ao final da anamnese, fizemos juntos o exame físico, enquanto tentávamos interligar o que havia sido dito com o que observávamos. Em seguida, o médico vem para nos auxiliar no que ainda não sabemos. Ele nos pede para explicar o caso de D.M. e mostra algumas manobras que podem ser utilizadas durante a realização do exame físico. Ao final, emite as receitas e requisições de exame.

A tarde prossegue dessa forma até acabarem os prontuários do dia. Nesse momento, nos dirigimos à sala do médico para ajudá-lo a fazer as receitas de medicamentos. Esse é também um desafio, pois ainda não fizemos receitas vezes o suficiente para obtermos segurança. Apesar disso, nosso preceptor nos ajuda pacientemente, mesmo quando precisamos perguntar várias vezes coisas como:

*“Amitriptilina é no receituário amarelo?”*

*“Bromazepam é só uma vez à noite?”*

*“Pode me ajudar a ler o que está escrito aqui?”*

*“Esses dois podem ser na mesma receita?”*

E no fim do dia, saí satisfeita. Pensei que, continuando com esse esquema de atendimento em dupla, logo teríamos segurança para fazer separadamente... mal sabia eu o que me aguardava.

Alguns dias depois, fui sozinha à UBS. Meu parceiro estava muito cansado, e resolvera tirar a tarde para se cuidar, temendo um adoecimento. Mal entrei na UBS e logo tive uma pilha de prontuários praticamente jogada em meus braços. “Leva pro doutor”, brada gentilmente a administradora, enquanto me entrega aquele amontoado de papéis pardos e brancos presos

por cliques de papel. Ainda sem entender muito bem o motivo da exaltação, saio em direção ao corredor para obedecer às suas ordens. Nesse momento, minha atenção se volta para o espaço e percebo um ruído não usual vibrando no ar da UBS, explicando qualquer exaltação advinda dos profissionais daquela unidade. A espera estava mais lotada do que nunca! Todas as cadeiras, tanto da recepção quanto dos corredores, estavam ocupadas. Haviam muitas crianças. Algumas brincando no chão, muitas correndo, e quase todas chorando com medo da vacinação. Pessoas idosas também não faltavam. Elas estavam concentradas exatamente em frente ao consultório médico, onde é mais fácil ouvir ao serem chamadas. Dei boa tarde e pedi licença para adentrar o consultório. Lá dentro, o preceptor me explica que, por motivos de doença, precisou faltar o turno da manhã, deixando todos os mais de 30 os pacientes do dia para a tarde. Antes que eu pudesse perceber as consequências disso para mim, ele pergunta: *“Você quer dividir os atendimentos comigo, mesmo sozinha?”*. E eu tinha certeza absoluta de que não fazia a mínima ideia do que dizer. *“Sim, claro”* - Respondi prontamente, enquanto pegava o primeiro prontuário.

E fui organizar a sala da triagem. Nesse momento, uma batalha iminente trava-se dentro de mim. Sinto que me parto em duas Alines, cada uma de um lado de um ringue imaginário, lutando até o fim na defesa de seu ponto de vista. A primeira, pesando algo em torno de uma tonelada, me pergunta incessantemente se eu perdi completamente a noção das coisas, pois sozinha com certeza não saberei conduzir consulta alguma. Essa peso-pesado é ansiosa e pessimista, e seu método para vencer as batalhas normalmente se dá por sua capacidade de falar bem alto e repetidamente que “não vai dar certo”. Já do outro lado do ringue, temos a peso-pena incrivelmente segura, que usa a calma e bons argumentos para sair vencedora de qualquer situação. Ela costuma começar as batalhas em desvantagem, mas gosta de ganhar de virada. Dessa vez, sua movimentação na arena está pautada em relembrar todo o estudo teórico, acrescido das múltiplas recordações das vezes em que estive acompanhada dos preceptores - além da ótima experiência obtida dias antes.

A batalha é subitamente interrompida pela minha própria voz. *“M.S., pode entrar”*

E começa nossa conversa. Assim como fiz quando estava acompanhada, me apresentei e expliquei a dinâmica de atendimento médico. Maria pareceu não se importar, dizendo que “sendo bem atendida, tava tudo bem”. Para minha sorte, ela gosta bastante de falar, o que permite um diálogo sem entraves. A anamnese segue tranquilamente.

Percebo que, de todas as dificuldades, a principal que enfrento durante os atendimentos é também a que tenho quando o assunto é música. Assim como enfrento uma dificuldade enorme para tocar meu violão e cantar ao mesmo tempo, acho muito complicado prestar atenção ao que a paciente me diz e anotar de maneira sistemática no prontuário. Isso por ser novata em ambas as atividades.

COISAS QUE PODEM E VÃO ACONTECER NO INÍCIO	
Aprendendo como atender	Aprendendo como tocar violão
Eu paro de prestar atenção na paciente	Eu paro de prestar atenção nas notas
Me perco nas anotações	Me perco na sequência da melodia
Fico nervosa e a caneta escorrega	Fico nervosa e toco uma corda indevida
Ela (a usuária) adianta algo que eu perguntaria depois	Eu me adianto e começo a tocar fora do meu próprio tom
Reviso ao final e vejo que esqueci de anotar algo importante	Reviso a cifra e percebo que passei a música inteira tocando com um dos dedos na corda errada

Além dessa dificuldade, noto que demoro demais no atendimento. Entre “Boa tarde” e “Até logo”, passam-se 40 minutos. Eu sei que é o ideal para uma primeira consulta, mas penso no profissional na sala ao lado, que está se desdobrando em mil para atender os 30 pacientes em apenas uma tarde.

Apesar disso, percebo que a experiência é extremamente rica e motivante. Deixar aquela moça falar sobre si me faz perceber que a arte de ouvir também é uma parte muito importante do cuidado. Ajuda a formar o vínculo e faz com que o processo de Saúde seja feito de maneira plena. Conversando sobre trabalho, é possível compreender as limitações físicas das pessoas; conhecendo a família, suas dores; e assim por diante. Ao final da consulta, M.S. sai com receitas para medicamentos: um para dor e outro para controle da hipertensão. Além disso,

ela fica responsável por marcar seu retorno para o mês seguinte, para trazer os resultados dos exames laboratoriais requisitados e de seu último preventivo. Também recebe a indicação de realizar a mamografia de rastreamento, por sua idade bem acima dos 50 anos e por não ter realizado esse exame até o momento.

Eu, por outro lado, saio com: - “*Obrigada, moça. Eu gostei muito de você*”

E já é suficiente.

Naquele momento, todos os motivos que me fizeram ficar desmotivada durante o semestre, se transformam numa vontade incrível de perseverar nas dificuldades do curso e me transformar numa profissional que leva a saúde e o cuidado para aqueles em seu redor. Parafraseando Martins (1991, p.363), “*O ensino médico que não reflete sobre o ser humano que há no médico participa de modo altamente prejudicial nas deformações adaptativas do futuro profissional*”. Ou seja, mesmo nesse processo de criação de identidade profissional, há uma identidade pessoal que não pode ser esquecida. E que, mesmo formada, jamais deixará de ser estudante.

Observação: a música-tema, apesar de relacionar-se com as palavras gratificantes recebidas ao final da consulta, são também parte do meu esforço diário em sair da UBS e ensaiar um pouco das minhas habilidades com a música. Essa melodia passou a semana toda em minha mente porque foi a que escolhi para aprender e a que me gerou a reflexão sobre a dificuldade entre cantar/tocar e ouvir/escrever no prontuário.

Atualização: ambas as atividades ainda são difíceis.

#### QUARTO PERÍODO - UM NOVO PONTO DE VISTA SOBRE O SISTEMA DE RECOMPENSA

[Som de fundo: The Police - Every Breath You Take]

*“Eu sou alcoólatra. E eu vou continuar sendo pelo resto da minha vida. Mesmo sóbrio, eu passarei o tempo que eu viver lutando contra meus impulsos” - R.*

Poderia ser uma história de amor e prazer. Mas não é. Assim como acontece com a música sugerida (e que o leitor deve estar ouvindo nesse momento em volume baixo), a superficialidade das aparências pode enganar um observador desatento. Explicando melhor, o sucesso do The Police foi encarado, durante muito tempo, como uma canção de amor. Tocou em muitas baladas dos anos 80 e virou música tema de centenas de casais apaixonados. O mal-entendido foi tão grande que Sting, o vocalista

da banda, teve que explicar que não havia nada de romântico na composição. Se tratava, na verdade, de uma perseguição. Fixação. Obsessão. A cada passo dado [por alguém], o Eu lírico estaria lá. Observando. Assim como acontece na relação que R. tem com o álcool. Romantizada por alguns, a abstinência não se trata de vencer uma corrida de obstáculos numa Olimpíada e esquecer as dores do processo ao olhar a medalha. O vício não é efêmero. Ele persegue. A cada passo. Ele está no mover-se, no respirar, no saltar, no pensar, no dormir e no acordar. E cada dia sem sucumbir a ele é uma vitória acumulada - uma vitória tímida e silenciosa para a qual não existem medalhas. Não existe música. Só existem os acordes desafinados da incerteza.

### PARTE I - O CONTEXTO

Durante o seguimento de Percepção, Consciência e Emoção, módulo imediatamente anterior à Vivência Integrada na Comunidade onde são introduzidas a Neurologia e a Psiquiatria, tivemos algum contato com questões ligadas ao encéfalo: neurônios, receptores, neurotransmissores, vias, regiões importantes e repercussões físicas, sociais e psicológicas. Especificamente no Problema 7, fomos apresentados ao Sistema Límbico e ao Sistema de Recompensa Dopaminérgico, que relaciona prazer e vício e, apesar de fazer parte de um mecanismo de autopreservação (responsável pela sensação de prazer durante alimentação, relaxamento, cópula etc), relaciona-se com a propriedade aditiva de certas substâncias.

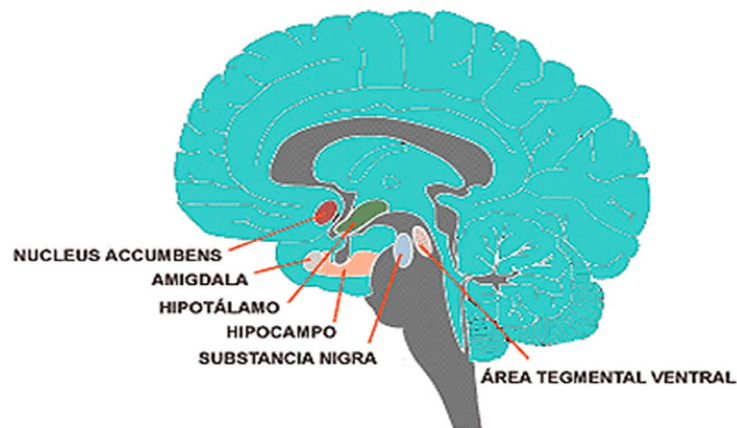


Figura - Estruturas componentes do Sistema de Recompensa. Atenção para estruturas importantes como o núcleo accumbens e a área tegmental ventral. Fonte: <http://www.cratod.saude.sp.gov.br/apresentacoes/Sistema%20de%20recompensa%20cerebral.pdf>

Durante nossos estudos, discutimos o porquê de certos indivíduos enfrentarem a dependência, enquanto outros conseguem conviver com substâncias potencialmente aditivas sem maiores dificuldades. Apesar de o assunto não estar completamente elucidado, vimos que o sistema mesolímbico-mesocortical, cujo principal neurotransmissor é a dopamina, é o principal responsável pela cascata de recompensa que ocorre quando um indivíduo se expõe a alguma situação prazerosa, fazendo-o ter vontade de repetir a experiência. No caso do álcool, droga mencionada no trecho que inicia esse relato, seu efeito se dá através da ativação indireta do sistema de recompensa - ele inibe o glutamato e ativa o GABA, ou seja, causa efeito inibidor do Sistema Nervoso Central e é modulado pelo Sistema de Recompensa. Na prática, o consumo dessa substância diminui a ansiedade e causa relaxamento, contribuindo assim para a dependência química. O problema é que o consumo crônico causa um processo chamado de neuroadaptação, em que há mudanças químicas e físicas do sistema, como a redução de terminações nervosas e receptores. Essas alterações bloqueiam o efeito positivo da droga, mas impõem o indivíduo a continuar buscando-a, pois, ao cessar o consumo, enfrenta sofrimento por abstinência. E foi para compreender um pouco desse sofrimento que fomos ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) conversar com pessoas que têm problemas com substâncias psicoativas - especialmente o álcool.

### PARTE II - A VISITA

Após uma longa serenata de reclamações e burburinho acerca do horário trocado de última hora, da performance interminável dos nossos pés perdidos arrastando no chão à procura do local e do “ufa” em uníssono emitido pelo grupo ao encontrar o lugar correto, somos recebidos no CAPS do bairro três a um, na cidade de Santa Cruz/RN.

Mas o que é um CAPS?

“Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e

*familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica” (Brasil, 2004).*

Esse Centro que visitamos, especificamente, é classificado como CAPS AD III, significando que é destinado à reabilitação em álcool e outras drogas [AD], e atende a uma população de 200 mil habitantes [III], ou seja, é responsável por suprir a demanda não apenas de Santa Cruz, mas também dos municípios circunvizinhos. Ao chegar, fomos recebidos pelo diretor, que nos levou até sua sala e nos deu a oportunidade de passar para ele o que esperávamos da visita e o que gostaríamos de saber sobre o equipamento. Acertamos com ele que assistiríamos ao “Bom dia CAPS”, participaríamos de atividades junto com profissionais e usuários e acompanharíamos uma consulta da médica psiquiatra que estava atendendo no dia.

Nossa primeira atividade foi participar de um encontro do grupo que estava sendo ministrado pelas estudantes de enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN). Após assistirmos a dois filmes motivacionais, houve uma dinâmica para finalizar. Nela, cada um deveria pegar uma linha e dizer seu nome e algum objetivo de vida, mesmo que não o principal. Após muitos nomes e objetivos (muitos deles relacionados à reinserção na sociedade, família e empregos), vimos formar uma teia entre os participantes. Teia essa que significava o trabalho em equipe e a necessidade de que todos ali se esforçassem para conseguir juntos. Como numa orquestra, em que todos os instrumentos devem estar em sintonia, para gerar a obra final.

Após esse momento, veio a situação mais marcante do dia. Entrei no consultório e acompanhei a consulta de R., 34. Antes que ele entrasse, pude ler rapidamente seu prontuário no dia de sua entrada no CAPS: Usuário de álcool desde os 9 anos de idade, havia piorado nos últimos 6 anos, chegando a fazer uso de até 2 litros de cachaça por dia. Após algumas tentativas de abandono da droga, chegou a ter alterações visuais e sensoperceptivas causadas pela abstinência. Procurou o CAPS quando, após 4 dias em abstinência, passou a sentir morcegos dentro de si, o que o levou a uma tentativa de suicídio. No sétimo dia pós-internamento hospitalar, recebeu alta e chegou ao CAPS referindo ansiedade e dificuldade para dormir. No dia em que estive presente, 5 meses após esse episódio,

R. já se encontrava bem menos abalado, podendo relatar sem dificuldades o que havia acontecido.

*“Eu comecei a sentir morcegos dentro de mim. Eram três. Um estava no meu fígado, o outro na minha perna, e o outro no meu coração. Cada um dizia que ia comer o órgão onde estava. Eu fazia de tudo pra deixar de ouvir esses morcegos, mas eles não sumiam. Diziam que só iriam embora quando eu morresse. Até que um dia, eu me desesperei. Eu só queria que eles fossem embora, sabe? Aí eu fiz de tudo. Cheguei na BR e comecei a me jogar na frente dos carros. Tinha até uma carreta... foi Deus que não tirou a minha vida ali, porque era pra ela ter passado por cima de mim. Carreta em BR não para... ou atropela, ou tomba. E eu saí daquela sem nenhum arranhão. Aí eu vi que não ia dar certo e fiquei ainda mais desesperado. Corri pra casa e abri a gaveta das facas na cozinha. Minha mulher tem uma faca daquelas bem afiadas da Tramontina, sabe? Eu tava procurando por ela, mas eu acho que Deus agiu de novo, porque nesse dia ela tinha escondido essa faca. Só que os morcegos continuavam dizendo que iam me comer por dentro. Aí eu peguei uma faca denteada mesmo e comecei a me golpear. Você veja, eu não queria morrer. Eu só queria que eles fossem embora. Aí eu comecei golpeando aqui [aponta o occipital], mas eles continuavam falando. Aí foi que eu vim pra cá [mostra cicatriz em região cervical anterior]. Me rasguei todinho com a faca. Cheguei a ver o sangue jorrar [gesto de intensidade]. Então eu me deitei no chão e me fingi de morto. Já tinha tanto sangue ao meu redor que eu achava que ia morrer mesmo. Foi nessa hora que eu ouvi eles indo embora. Disseram <pronto, agora a gente pode ir>. E eu levantei e fiquei procurando, sabe? Procurando buracos na minha barriga, na minha roupa... se tinha morcego, eles tinham que ter saído por algum lugar. Mas não encontrei nada.”*

Após a consulta de R., percebi o quanto o local que estávamos visitando auxilia essas pessoas. Imaginei o que seria de R. num contexto pré-1986 (ano de surgimento dos CAPS), onde seu tratamento ocorreria dentro de um hospital psiquiátrico provavelmente bastante semelhante ao Colônia, principal hospital de Barbacena e palco de alguns dos maiores desrespeitos aos Direitos Humanos da História da Saúde brasileira (ARBEX, Daniela). Compreendi a importância da luta antimanicomial e do esforço pela reinserção de pessoas que enfrentam problemas com drogas na sociedade. E do nosso papel, como profissionais da Saúde, em denunciar instituições que tragam práticas anacrônicas e mal embasadas no

apoio à luta diária dessas pessoas, sem romantizar seu sofrimento ou ignorar suas demandas. E, como dito anteriormente, poderia haver teor romântico, mas não há. Há força, superação, enfrentamento. É preciso não esquecer a fala de R. quando ele diz que lutar pelo resto da vida. Pois a cada passo que ele der, o vício estará lá. Vigiar.

### QUINTO PERÍODO - TODA VIAGEM TEM SEU FIM...

É curioso observar o quanto estamos despreparados para lidar com o fim das nossas jornadas, sejam elas quais forem. Na faculdade de Medicina, onde tanto falamos sobre vida, passamos a quase totalidade do curso ignorando o lado oposto dessa energia (se é que assim posso chamar), e a morte torna-se um tabu tão forte que qualquer experiência que a envolva torna-se negativamente marcante. Na minha formação, a primeira vez que me dei conta sobre a finitude da vida foi durante a Vivência, mais especificamente no Hospital Regional Aluizio Bezerra, em Santa Cruz/RN. Após uma visita técnica ao espaço físico do hospital, só restava adentrar uma última porta - e foi através dela que pude chegar à atual reflexão.

À primeira vista, era somente uma porta. Ao atravessá-la, eis que surgia um pequeno corredor, com dois destinos possíveis. À esquerda, o isolamento. À direita, o necrotério. “Podem entrar, não temos ninguém aí hoje”, disse a enfermeira que nos acompanhava. Então resolvi acalmar minha curiosidade adentrando aquele local de aspecto pouco amigável. Comecei pela porta da esquerda. Era uma salinha pequena, abafada, com sinais de que algum dia já havia sido toda branca, porém já não o era. Em seu interior, uma maca semi-dobrada sem colchão, recoberta apenas por tempo e moléstias. Me apressei em sair logo daquele local e, enquanto me retirava, percebi que o fiz sem tocar absolutamente nada e prendendo a respiração pelo maior tempo que pude. Em seguida, me dirigi à sala da direita. Era um cômodo exatamente igual ao primeiro, com as mesmas marcas de desgaste e cheiro de mofo, exceto por uma maca estendida no canto mais distante do quarto. Essa maca em nada mudaria minha percepção daquele ambiente, não fosse o fato de que ela era coadjuvante na cena. O personagem principal, completamente recoberto por lençóis, jazia imóvel em sua superfície. Foi impossível agir com naturalidade. Me peguei completamente desorientada,

sem saber se ficava mais e observava aquele corpo por mais tempo (com que intuito? Me acostumar com sua presença?) ou se corria para o lado de fora o mais rápido possível. Optei pela segunda opção sem perceber que aqueles que vinham atrás de mim estavam tão desavisados quanto eu havia estado outrora. Enquanto saía, pude ouvir o burburinho que restou no local. Me incomodou quando alguém riu, mas tomei minha própria situação como parâmetro e percebi que provavelmente a risada era puro nervosismo irrompendo de algum organismo perplexo e assustado.

O resto do dia foi como um passeio de submarino. Estive completamente imersa num pensamento bobo, mas ao mesmo tempo extremamente significativo:

“Então quer dizer que as pessoas realmente morrem.”

Para mim, foi um aprendizado tão significativo quanto decorar um protocolo de Urgência e Emergência ou realizar com destreza um novo tipo de sutura. Compreender que, em dado momento, os seres humanos sucumbem às suas moléstias - e que não podemos evitar esse momento para sempre - é tão importante quanto manter viva a vontade e compromisso com o cuidado. Apesar disso, não sei se já estou preparada para ver isso acontecer. Não consigo definir se isso me afastará da Medicina ou me fará enxergá-la com olhos diferentes. No momento, só consigo torcer para que a minha presença em cada vida que eu encontrar na minha prática profissional seja como um momento bom em uma viagem: curta, porém agradável.

### SEXTO PERÍODO - CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA

Quarta-feira à tarde. UBS cheia. Pego alguns prontuários para dividir os atendimentos com o médico e, assim, diminuir um pouco a espera dos usuários. Quase no fim da tarde, chamo M. Depois de nos apresentarmos uma à outra brevemente, M. me conta que tem 31 anos e mora com o marido e dois filhos. Diz ainda que está muito estressada, pois, desde que a mais nova nasceu (há quatro anos), só menstruou cerca de três vezes.

- [...] E foi por isso que eu vim. Queria que você me ajudasse a saber porque eu não menstruo mais.

Depois de fazer algumas perguntas básicas, chego à parte mais ligada à sexualidade.

- A senhora tem vida sexual ativa?
- Sim
- Quantos parceiros?
- Só um. Meu Marido.
- Vocês usam algum método para evitar filhos?
- Sim. Eu uso pílula do dia seguinte.
- [????????] Como?
- Já tentei tomar pílula, mas não me dou... aí agora eu só tomo a do dia seguinte.
- E como você toma?
- Eu tomo no outro dia, né... não é do dia seguinte? Aí essa eu uso bastante... tem semana que tomo várias vezes.
- Quando foi que você tomou pela última vez?
- Esse domingo.

Combino com ela que faremos uma investigação, mas que, antes de mais nada, é necessário parar a ingestão de contraceptivos de emergência (pois, como o próprio nome diz, eles são apenas para emergências) e escolher um novo método. Após mais alguns minutos com Maria, ela vai embora levando consigo solicitações de exames laboratoriais, marcação de colpocitológico e orientações sobre o novo método.

Desde o momento em que nos conhecemos, ainda não consegui parar de pensar em M. Foi incrível perceber o quão diferentes duas realidades podem ser, dependendo das oportunidades e vivências de cada pessoa. O que, para mim, seria algo inconcebível (agredir meu organismo com quantidades altas de progestágenos rotineiramente), para ela era algo absolutamente natural. Mas essa diferença somente pôde existir porque, de um lado, havia uma pessoa que teve acesso à educação de maneira plena, enquanto, do outro, uma Maria de vida Maria. Aos 31 anos, mãe de 2 filhos, agricultora, moradora de uma comunidade no interior do Rio Grande do Norte, dona Maria vive na região do país que apresenta os maiores níveis de analfabetismo (19,9%, segundo o IBGE). Para agravar ainda mais o quadro, esse número não leva em consideração os analfabetos funcionais, que somam 27% dos brasileiros.

Olhando para esse cenário e considerando os aspectos particulares confidenciais a mim por aquela mulher, como poderia eu esperar que ela tivesse conhecimento do uso de contraceptivos ou dos efeitos medicamentosos sobre seu organismo? Não se pode esquecer que M. é mulher, mãe, agricultora, moradora

de uma comunidade marginalizada, de um estado politicamente desprestigiado, de uma região historicamente explorada e de um país onde reformas ministeriais eliminam sem maiores dificuldades ministérios importantíssimos. Tudo isso sem que a sociedade se demonstre proporcionalmente revoltada. Desde então, me pego pensando se, além das solicitações de exames laboratoriais, da marcação de colpocitológico e das orientações sobre métodos contraceptivos, eu também não deveria ter oferecido a M. um pedido de desculpas.

## SETIMO PERÍODO - O CONTROLE SOCIAL E A POLISSEMIA

*“Marielle Francisco da Silva, conhecida apenas como Marielle Franco (Rio de Janeiro, 27 de julho de 1979 – Rio de Janeiro, 14 de março de 2018), foi uma socióloga, feminista, militante dos direitos humanos e política brasileira. Nascida no Complexo da Maré, apresentava-se a todos como “cria da Maré”. Foi filiada ao Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e elegeu-se vereadora do Rio de Janeiro na eleição municipal de 2016, com a quinta maior votação. Crítica da intervenção federal no Rio de Janeiro e da Polícia Militar, denunciava constantemente abusos de autoridade por parte de policiais contra moradores de comunidades carentes. Em 14 de março de 2018, foi assassinada a tiros. A investigação do crime que pôs fim a sua vida continua sem conclusões.”*

Recordo-me da primeira vez em que falei a minha mãe sobre os princípios do SUS. Foi logo no primeiro período do curso, quando o módulo “Introdução ao Estudo da Medicina” me fez conhecer um pouco mais sobre o funcionamento do nosso sistema de saúde. Nessa conversa, que de início me parecia algo simples – uma breve revisão do assunto –, a matriarca da família fez um comentário que acabou resultando em uma reflexão muito mais profunda do que eu havia imaginado:

– “Controle social? Peraí, mas como é isso? Quer dizer que o SUS é usado pra controlar a gente?”

Num primeiro instante, achei engraçada a interpretação e expliquei que era justamente o contrário - que era um dispositivo do SUS que garantia à população que o Sistema de Saúde fosse pensado, articulado e fiscalizado pelos indivíduos que fazem parte da sociedade. Dessa forma, o controle social seria uma forma de exercer o poder coletivamente em prol de melhorias para todos. Não muito satisfeita com minha explicação, ela acatou, mas não sem antes protestar:

– “Essa terminologia ainda assim é esquisita. Vocês deveriam inventar um nome que não soasse como conspiração do governo contra nós”.

Durante a nossa primeira atividade do módulo VIC VI, entrei em contato mais uma vez com o assunto quando o presidente do Conselho Municipal de Saúde, nos fez uma visita logo na primeira reunião com a gestão da cidade. Nela, reforçou para nós a importância da participação popular tanto no Conselho quanto nas Conferências de Saúde. Disse ainda que, não fossem as tentativas extenuantes de inserir novos integrantes ao Conselho de Santa Cruz, esse provavelmente já estaria sendo governado pelas mesmas pessoas que já estão na política há anos, e não pelo povo – o que significaria deixar, mais uma vez, que os detentores do poder o utilizassem a seu bel-prazer.

De maneira prática, o Controle Social é a mais poderosa arma popular relacionada à Saúde. Criada a duras penas (e à custa de muita pressão popular), essa diretriz somente surge formalmente, sob a forma de Lei 8.142 (Brasil, 1990a), três meses depois da aprovação da Lei 8080/1990 (Brasil, 1990b), que originalmente trazia vetos do então presidente, Fernando Collor, a todos os artigos relacionados à participação popular nas decisões dentro do recém-nascido SUS. De modo mais específico, a Lei 8.142/1990 promoveu o surgimento dos Conselhos de Saúde, que funcionariam como órgãos deliberativos tripartites (devendo, em sua composição, haver membros da gestão em saúde, profissionais de saúde e usuários) cuja função seria formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, e as Conferências - reuniões quatrienais para avaliação e proposição de diretrizes (OLIVEIRA, 2013).

Na prática, o surgimento dessa diretriz possibilitaria, finalmente, a execução de todas as outras (descentralização, hierarquização e territorialização), pois promoveria a discussão entre uma população específica e a equipe responsável pela criação de políticas públicas e pela gestão dos serviços prestados a essa mesma população. Não é preciso comentar que, a partir da eficácia das diretrizes, se tornaria muito mais fácil a consolidação do SUS, respeitando seus princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade. Mas, se o SUS já vem com uma “arma popular” inata em sua estrutura, como podem existir ainda tantos problemas? Simplificadamente, esse fenômeno pode ser explicado da seguinte forma: porque o controle social só funciona se a sociedade se fizer presente. E nem sempre isso acontece.

A primeira das barreiras para a obtenção, na prática, do SUS do papel, é justamente o Controle Social – no caso, sua falta. Não é preciso grande esforço

para notar que as representações populares dos Conselhos, na verdade, não são tão representativas. Primeiro porque a população em geral não tem empoderamento suficiente, ou seja, lhe falta o conhecimento sobre direitos e deveres relacionados aos SUS. A maioria da população sequer sabe que existem Conselhos aos quais as pessoas ditas “comuns” podem se juntar, e, a que sabe, não consegue encontrar os meios para fazer parte da discussão.

Para ilustrar essa situação, basta perceber que, de uma turma de 40 estudantes de Medicina, nenhum havia participado de uma reunião de Conselho de Saúde até que isso fosse expressamente orientado pela faculdade. Além disso, a frequente falta de coro nas reuniões dos Conselhos nos fala que há certo desinteresse, acúmulo responsabilidades ou falta de conhecimento.

Diante deste cenário, não me resta outra alternativa, senão indagar-me:

1) A falta de autonomia popular é fruto de simples desorganização ou é proposital?

2) A quem interessa que a população desconheça seus direitos?

E talvez, de maneira mais ousada:

3) A quem interessa que o controle social seja, de fato, aquele compreendido por minha mãe em nossa conversa?

Essa narrativa nasceu com um pequeno texto sobre Marielle Franco – mulher, negra, mãe, vereadora, militante, audaciosa, valente. Marielle teve sua vida ceifada no dia 14 de março - exatamente um dia depois que a vereadora postou em sua conta no Twitter “*quantos mais precisarão morrer para que essa guerra acabe?*” - quando 26 tiros de munição 9mm atingiram o carro onde ela se encontrava, juntamente com seu motorista e assessora após um debate na Casa das Pretas, no Rio de Janeiro.

O crime aconteceu sem aviso prévio: não houve ameaça, não houve perseguição, nada foi roubado. Um crime que não teria razão de ser, não fosse o fato de que Marielle havia escolhido rebelar-se. Rebelou-se contra o racismo, doutrina que impede as pessoas negras de ascender socialmente e assumir papéis de importância política na sociedade; rebelou-se contra o machismo, que impõe um lugar de inferioridade às mulheres, forçando-as a viver em torno, mas nunca ao lado ou à frente de figuras masculinas; E, o mais crucial para a sua morte: rebelou-se contra o sistema. Esse mesmo que impôs um status quo que impede as minorias de



atingir lugares de eminência. Esse, que trabalhava uma ação militar truculenta nas favelas do Rio de Janeiro sob o pretexto da violência e com a condição de não haver uma nova Comissão da Verdade. Esse, que, diante das denúncias realizadas por Marielle, foi capaz de planejar mais um crime e simplesmente “colocar na conta”. E que, no final das contas, realizou o controle social tão rapidamente quanto poderia ter sido o surgimento de uma polissemia numa conversa qualquer.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frequentemente me pergunto se já assumi algum tipo de identidade médica ou se ainda me reconheço muito mais enquanto estudante do que o restante de meus colegas. Apesar de ainda existirem muitos caminhos a serem percorridos, reconheço o quanto já vivi (e vivenciei) ao longo desses sete períodos enquanto estudante da EMCM. Grande parte desse crescimento foi devido às minhas experiências na Vivência Integrada na Comunidade. Tenho certeza de que tudo que vivi enquanto estudante e monitora desse componente curricular (os módulos VIC) me ensinou de maneira marcante como utilizar meu saber para realizar tarefas, conviver com profissionais e usuários, superar obstáculos e/ou simplesmente ser. Espero que, ao ser perguntada futuramente sobre o que mais marcou minha formação médica, minhas Vivências ainda estejam fortemente guardadas na memória.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL (a). LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, dez 1990.
- BRASIL (b). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Brasília, DF, set 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004.
- COELHO, Márcia Oliveira; BESSA, Jorge Maria Saete. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1523-153, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 34 - Saúde Mental. Brasília, Distrito Federal, 2013.
- GUERRERO, Patrícia et al. O acolhimento como boa prática na Atenção à Saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 132-40.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Primeira edição, Brasília, 2007.
- GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p.

## O PESO DO MUNDO NAS COSTAS

Caroline Xavier da Silva - Acadêmica do 5º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Profª Msª Vivianne Izabelle de Araújo Baptista - Professora da EMCM/UFRN

## INTRODUÇÃO

Fora mais um dia da minha primeira Vivência Integrada na Comunidade (VIC). Avistara alguém ali à frente... era apenas um corpo sem identidade, sem significado nenhum até aquele instante. O avistava através de uma árvore que balançava incessantemente e de uma porta de madeira já muito velha. Pés grossos em um chinelo velho, pernas finas e sujas, mãos cansadas apoiadas no batente da porta.

O olhar fixo e intimidador de uma segunda pessoa, uma idosa, cruzara com o meu, enquanto tentava tirar os olhos daquela casa que me chamara atenção por ser tão diferente das outras daquele bairro de classe média. Na casa havia um sofá levemente escurecido, com um gato deitado sobre ele. Não dava para ver muito além do sofá e do gato, pois a iluminação era bem precária, a luz do dia não entrava ali.

Íris, a agente comunitária de saúde (ACS) que me acompanhava, percebeu minha curiosidade e perguntou se eu gostaria de entrar para conversar com os moradores. Mesmo indecisa, respondi que sim e pensei: “*Será só mais uma conversa*”. Mas, na verdade, me deparei com uma realidade que nunca precisei encarar na vida. Uma realidade que até então não passava daquelas de reportagens na TV.

Apesar de estar situada num bairro central e desenvolvido, aquela casa abrigava pessoas à margem da sociedade, que chamara a atenção pela tristeza que se volatilizara. Pude sentir o peso do mundo nas costas. O meu colega que também nos acompanhava me perguntou: “*tem certeza, que quer ir lá?*”. Sem pensar duas vezes, comecei a atravessar a rua.

Antes de chegar à casa, Íris me explicou que as pessoas que moravam ali eram muito resistentes às abordagens da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS). Apenas uma delas era acompanhada pela médica, enquanto as outras, mesmo quando visivelmente doentes, nunca procuravam assistência dos profissionais da unidade.

Indaguei Íris quanto ao motivo da resistência e ela respondeu que os moradores possuíam crenças bem fortes. Acreditavam que a religião curava tudo e que seus “banhos” poderiam resolver qualquer coisa. Além disso, afirmou que a dona da casa, Dona Margarida, era benzedeira e mexia com “umas coisas estranhas”, me alertando para não realização de possíveis recomendações com relação à saúde, pois poderiam soar como ofensas.

No momento em que pisei na calçada senti um cheiro de urina muito forte. Aquilo fez com que eu parasse ali e pensasse se realmente queria entrar na residência. Agora haviam quatro olhos tristes na porta: eram a senhora Margarida, 78 anos, e o senhor Lírio, 89 anos. Toda aquela miséria que via retratada nas reportagens, agora era real e estava bem na minha frente. Meus olhos encheram de lágrimas. Era difícil encarar aqueles olhares junto àquela realidade, mas... poderia piorar.

Dona Margarida fez questão que eu entrasse. Desceu uma escada de madeira que havia em frente à porta e me pegou pelas mãos. Sem conseguir acreditar naquilo que via, meus olhos brilhavam por causa das lágrimas. Fingi que era por causa da areia trazida pelo vento. Cumprimentei-a, fazendo o mesmo com o senhor Lírio. Era realmente inacreditável.

Perdi as contas de quantos gatos estavam dentro da casa. Havia fezes dos animais espalhadas por todos os cantos, inclusive na mesa, local no qual, provavelmente, a família realiza suas refeições. Também haviam alguns cachorros magros, tristes e aparentemente doentes, bem como muitas imagens de santos e entidades do candomblé, o que confirmava a forte crença que aquela família tinha em sua religião.

Aquelas pessoas não tinham nenhuma noção da quantidade de doenças que estavam expostas. Ali, naqueles dois cômodos viviam sete pessoas, muitos gatos e mais alguns cachorros. Naquele momento eram olhares muito desconfiados voltados para nós... exceto o do senhor Lírio, que era atento, mas acolhedor, e o olhar da senhora Margarida, muito curiosa para a conversa que teríamos. Foi perceptível a carência de atenção que ela apresentava. Ela só queria conversar, e conversamos! Aquele momento foi tão chocante, que, sinceramente, não me lembro qual foi exatamente o diálogo.

Todo esse tempo o senhor Lírio ficara parado na porta, apenas me olhando e sorrindo. Quando fomos nos despedir, ele finalmente resolveu falar:

“*Essa menina é médica mesmo? Tão desenrolada ela, né?*”. Sorri. Disse que estava fazendo faculdade e que não entendia o porquê de dizer que era “desenrolada”. Ele respondeu: “*Minha filha, você conversa com a gente... e ainda dá risada*”. Fiquei sem saber o que responder e mais uma vez, sorri.

Essa vivência me marcou igual um ferrete marca um animal para o resto de sua vida. Assim como ela, foi a história de Dona Bromélia e do senhor Delfínio, que me fez questionar qual o verdadeiro tamanho dos problemas que, diariamente, me tensionam enquanto estudante. A dona Bromélia com seus 72 anos e o senhor Delfínio, 78 anos, eram irmãos e viviam no município de Currais Novos desde que nasceram. Moravam juntos em uma casa de apenas dois cômodos. A casa de dona Bromélia era parecida com a casa da dona Margarida em todos os aspectos, até nos sentimentos que em mim despertara.

Acompanhavam-me nesta visita: Orquídea, assistente social do Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), que atende pessoas e famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade e consequente risco social ou que já tiveram seus direitos violados; e Violeta, enfermeira da UBS.

Ao ler o prontuário da família, encontramos registro do mês de fevereiro de 2018 feito pela psiquiatra do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) evidenciando que os dois irmãos não apresentavam mais condições de se auto gerir, o que o Ministério Público também já tinha conhecimento. Naquele dia, a situação encontrada foi semelhante da descrita em uma visita domiciliar de 2012: Dona Bromélia era hipertensa e não passava em uma consulta na UBS há anos. O senhor Delfínio era etilista, tabagista, e tinha transtorno de acumulação.

Durante a visita, tivemos dificuldades para conseguir entrar na casa. Era uma casa escura, pequena, com muitos móveis e utensílios velhos por todos os cantos, inclusive em cima das camas. Muitos gatos, dois cachorros, restos de comida no fogão e na mesa, muitas moscas, mal cheiro, lama no chão, baldes de água suja abertos no meio da cozinha, pois por algum motivo não havia água na caixa. Era uma situação desumana para se viver, digo, para se sobreviver!

Senti como se a história estivesse se repetindo... os olhos encheram de lágrimas, a tristeza e o estômago embrulhado... mais uma vez, aquela dura realidade, aquele peso nos ombros. A situação agora era até pior, pois havia alguém muito doente: o senhor Delfínio. Ele não saía da sua cama há

dois dias. Dois dias sem comer ou beber qualquer coisa, mas ainda assim continuava a fumar.

Ele eliminava suas excretas ali mesmo, o que justificava o mau cheiro da casa. Também tremia, provavelmente por abstinência dos dois dias que ficara sem fazer uso de bebidas alcoólicas. Sua aparência era chocante. Se apresentava muito sujo, desidratado e emagrecido. Seus ossos sobressaltavam em qualquer parte do corpo. As pernas e braços eram apenas pele e osso. Seu pulmão dispensava uma ausculta, que fiz junto do resto da avaliação pulmonar apenas para não perpetuar a negligência que aquele senhor viera sofrendo: apresentava frêmito aumentado, sibilos e roncos, os roncos podendo ser ouvidos sem o uso do estetoscópio. Apesar de orientado e com a memória preservada, tinha um nível baixo de confusão mental.

Esse senhor fora avaliado por um médico na urgência do hospital na noite daquele mesmo dia. Segundo sua irmã, o médico, ao saber que o senhor Delfínio possuía transtorno relacionado ao abuso de álcool, deixou de investigar o que poderia estar adoecendo-o e apenas receitou soro.

Ao saber daquilo me senti de mãos atadas. Depois de todo o esforço que foi realizado para que aquele senhor tivesse atendimento médico, nada mudou, e o senhor Delfínio voltou para casa apenas menos sujo e mais hidratado. Dona Bromélia contou como se sentia mal por causa da doença do irmão e como ele vinha piorando cada dia mais. Além de pegar todo o dinheiro que havia dentro de casa para comprar bebida, ele ainda bebia perfume ou qualquer outra coisa que tivesse álcool. Ela sentia medo de se negar a dar o dinheiro ao irmão, pois na única vez que tentara, ele a havia ameaçado.

Essas histórias se passaram em momentos diferentes da minha formação, mas me marcaram da mesma forma e despertaram minha curiosidade para muitas questões: a que ponto as crenças espirituais podem ajudar ou prejudicar a saúde de alguém? O que poderia ajudar a diminuir as barreiras culturais e aproximar as equipes de saúde dos usuários com fortes crenças religiosas? Qual relação médico-paciente temos nos serviços de saúde? Quais direitos estão sendo negligenciados à essas pessoas? O que eu poderia fazer para ajudar aqueles idosos?

## A MINHA CRENÇA É MELHOR QUE A SUA?

Entende-se que crença, religiosa ou não, é uma parte que influencia na cultura de uma população, assim como a linguagem, dieta, modo de se vestir, entre outros. As crenças religiosas entram na categoria de fatores educacionais, e, segundo Helman (2009), podem exercer implicações importantes sob os cuidados em saúde.

Os adeptos às religiões afro-brasileiras compreendem o corpo, a saúde e a doença de forma diferente que a medicina tradicional prevê: enquanto esta na maioria das vezes, tem uma resposta científica e biológica para as enfermidades, aquela resgata elementos sobrenaturais que podem ser causas de doenças, as chamadas doenças da alma, não curáveis por métodos científicos.

No candomblé, o corpo é considerado “a morada de orixá”, sendo o elemento de conexão entre o mundo natural e o sobrenatural, bem como o veículo transmissor do axé, a energia vital da vida. Os praticantes dessa religião são considerados membros de uma família de santo. Dessa forma, suas necessidades, especialmente relacionadas à saúde, são resolvidas pelos trabalhos que o pai de santo realiza no terreiro (MANDARINO; GOMBERG, 2013).

Os pais de santo são procurados para tratar doenças físicas e psíquicas. As que mais aparecem são: cefaleias, depressão, desmaios, taquicardia, convulsões, alcoolismo, insônia, doenças dos nervos e doenças da barriga. Para cada doença diagnosticada de causa espiritual, alguma estratégia para cura é proposta, dentre elas o uso de ervas, realização de rituais terapêuticos, os banhos, as benzeduras, as beberagens, limpeza do corpo e do espírito, além dos aconselhamentos (MOTA; TRAD, 2011).

O uso de ervas medicinais é muito comum no dia a dia do brasileiro. Os chás, por exemplo, são empregados no tratamento de várias afecções: a camomila na cura das dores musculares, o boldo no tratamento da indigestão e o alecrim para tratamento da sinusite (PAZ et. al., 2015). É importante salientar que existe aporte científico no uso de algumas plantas medicinais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que documentos, como a política nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no SUS, foram elaborados para enfatizar a introdução dessas plantas na atenção básica à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Um médico receitar uma planta medicinal é pura competência cultural... é falar a linguagem do povo. Ao contrário do senso comum, isso não interfere nem substitui o tratamento médico quando é realmente necessário, sendo apenas uma alternativa para quando a enfermidade não pode ser curada com o ideário dominante.

De acordo com Helman (2009), a competência cultural possui três objetivos principais: melhorar a sensibilidade dos profissionais de saúde com o intuito de que recebam e respeitem crenças, origens, práticas e expectativas de seus usuários; eliminar ou diminuir as barreiras estruturais aos cuidados de saúde, melhorando o acesso a esses cuidados; e, finalmente, reduzir as barreiras organizacionais, aumentando o número de representantes das minorias nos serviços de saúde.

Ainda de acordo com Helman (2009) a atenção à saúde pode ser fragmentada em três setores interdependentes: o profissional, o popular e o informal. O setor profissional é a área biomédica do cuidado, onde as práticas são respaldadas pela lei. O setor informal é o real setor da atenção primária à saúde, que consiste em aconselhamento de familiares, vizinhos e amigos referente ao tratamento de enfermidades e o setor popular é especializado em formas de cura seculares que priorizam a visão espiritual do indivíduo (HELMAN, 1994).

O cuidado deve ser valorizado em todas essas esferas, não sendo restrito apenas ao cuidado biomédico. Tais saberes podem e devem coexistir sem que um anule a potencialidade e legitimidade do outro. Pensar nessa perspectiva é ampliar a capacidade de compreensão e intervenção sobre as enfermidades humanas e, mais do que isso, reconhecer que somos forjados por múltiplas determinações que nos atravessam e nos inscrevem na cultura de diversos modos.

## **POR UMA MEDICINA MAIS HUMANA**

A (Des)competência cultural, também reflete uma relação médico-paciente deficiente. Esse vínculo, historicamente, vem sendo banalizado por um modelo biomédico centrado na doença, que diminui o interesse do médico pela história e subjetividade da pessoa. Atualmente, existem incontáveis formas de se examinar cada parte do corpo humano, mas infelizmente, o médico não possui a habilidade de tratar o ser humano considerando todos os fatores de sua existência (HELMAN, 1994).

Assim, é possível entender o porquê da fala do senhor Lírio, ao me perguntar se era realmente médica, pois havia conversado com ele. Muito provavelmente, se ele já teve contato com algum médico, o mesmo não soube avaliá-lo por sua totalidade e nem estabelecer uma comunicação efetiva. O médico que passou por sua vida não o tratou como ser humano, não o olhou nos olhos, nem ao menos conversou... tratou-o como uma doença.

Quando, através de uma comunicação ineficaz com o médico, uma pessoa não entende o que está acontecendo em seu corpo e não compreende o porquê do tratamento, geralmente não há adesão terapêutica. Desse modo, ocorre um desfecho comum: a busca por formas alternativas de tratamento, fazendo com que as pessoas transitem entre os diferentes setores de atenção à saúde, de modo que contemplem suas expectativas em relação ao cuidado.

É esperado que a comunicação entre médico e paciente seja efetiva e reflita em aspectos fundamentais da vida do usuário, que vão desde o acolhimento, satisfação, até a qualidade da assistência dos serviços de saúde. Para uma boa assistência são necessários esforços tanto das políticas voltadas diretamente para a saúde quanto para educação, pois dessa forma os profissionais de saúde são capacitados para atuarem respeitando e compreendendo os diferentes grupos e minorias da sociedade.

## **A NEGLIGÊNCIA TAMBÉM É VIOLÊNCIA**

Ambas histórias descritas nesse capítulo, perpassaram por um tema bastante comum: a violência contra o idoso. Aparentemente, Dona Bromélia, seu Delfínio, Dona Margarida e o Senhor Lírio não eram vítimas de violência física, mas sofriam com a negligência.

Negligência manifestada em violência estrutural, que envolve as vulnerabilidades e riscos sociais relacionados com a pobreza e o idoso; a violência institucional e familiar, pela desatenção praticada por ambas entidades, bem como a violência estatal, em que há descumprimento das leis ou ausência de políticas e ações públicas (PAZ; MELO; SORIANO, 2012).

Apesar daqueles quatro idosos sofrerem vários tipos de violência, passavam despercebidos à sociedade, pois a violência não provocava hematomas.

Desse modo, foram perpetuadas durante dias, sem que ninguém questionasse ou agisse para modificar a realidade, embora no Brasil existam duas leis federais que asseguram os direitos dos idosos: a Lei 8842/94 que dispõe a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Lei 10471/2003 que dispõe o Estatuto do Idoso.

O artigo 2 do estatuto do idoso dispõe que o idoso deve ter: “oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 1994, n.p.). O termo “dignidade”, que é usado constantemente por todo estatuto, passa longe do que se vê na realidade daqueles senhores. O que eles mais encontram em seus caminhos são dificuldades, aprofundadas pelos problemas biológicos e sociais que carregam consigo.

O estatuto do idoso ainda pune na forma lei quem desrespeitar qualquer direito do idoso, seja ele na forma de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. E agora? Quem seria punido pela situação em que dona Margarida e o senhor Lírio estavam passando?

No caso da Dona Bromélia e do seu Delfínio, a comunidade fez o que estava ao alcance: os vizinhos que possuíam ciência do que ali se passava ajudavam levando algumas refeições e, além disso, denunciando a situação. Graças à essas pessoas, os irmãos tiveram acompanhamento mínimo pela assistência social representada pelo CREAS e pelos profissionais da UBS.

O Brasil, como sexto país em população idosa prevista para 2025 (PAZ; MELO; SORIANO, 2012), possui uma legislação razoável voltada para os direitos dos idosos. Tendo conhecimento das Leis e de realidades pontuais, pode-se dizer que o que falta é agilidade do Estado, como o ministério público, para resolver casos de tamanha vulnerabilidade e colocar em práticas as inúmeras políticas públicas que, no papel, são de se orgulhar.

## ALGUMAS TECITURAS

Acompanhar a vida dessas duas famílias me causou grande inquietação. Passou pela minha cabeça várias vezes: *como alguns profissionais podem tratar com tamanha naturalidade casos como esse?* Hoje, creio que a experiência que

esses profissionais possuíam foi o que nos diferiu. Eles não sofreram como eu, pois sabiam que já haviam feito o que era preciso e estava ao alcance.

Durante alguns dias fiquei pensando: *como posso ajudar a senhora Bromélia e o senhor Delfínio?* Antes que pudesse agir, o Delfínio morreu. Foi um choque. Foi como perder um paciente pela primeira vez. Por muitos dias pensei que sua irmã poderia ter lhe ajudado mais, que o médico do pronto-socorro poderia ter lhe avaliado melhor (e realmente poderia), que a médica da UBS deveria ter insistido nas visitas domiciliares, na perspectiva de implementação de uma estratégia de cuidado longitudinal.

Mas o ponto chave não era encontrar um culpado! O ponto chave para um estudante de medicina ainda em início do curso foi aprender com a vida desses quatro idosos e com a morte do senhor Delfínio. Esse aprendizado fora marcado por traumas, por lágrimas, pelo sentimento de incapacidade, apesar de saber que fiz o possível dentro das minhas limitações enquanto acadêmico. Fora um aprendizado que me fizera crescer e será levado não só para minha formação médica, mas para minha formação enquanto ser humano.

Poder entender que diferenças culturais não precisam segregar as pessoas e nem tratamentos; enxergar toda aquela vulnerabilidade e conseguir compreender que aquelas pessoas, mesmo que não soubessem, tinham seus direitos negados, foram aprendizados tão profundos que nenhuma sala de aula poderia ter ofertado.

Poder viver experiências como essas durante minha formação médica, especialmente através dos módulos de Vivência Integrada na Comunidade, são de muito mais valia do que alguém me dizer que a vulnerabilidade social pode matar. Eu vi ela matar. Eu vi, com meus próprios olhos, a negligência fazer uma vítima.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de práticas integrativas do SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, 2015.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Não paginado.
- BRASIL. Lei no 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 2011.
- HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- HELMAM, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MANDARINO, A. C. de S.; GOMBERG, Estélio; Candomblé, corpos e poderes; *Perspectivas*, São Paulo, v. 43, p. 199-217, jan./jun. 2013.
- MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.2, p.325-337, 2011.
- PAZ, C. E.; LEMOS, I. C. S.; MONTEIRO, A. B.; DELMONDES, G. de A.; FERNANDES, G. P.; COUTINHO, H. D. M.; FELIPE, C. F. B.; MENEZES, I. R. A.; KERNTOPF M. R. Plantas medicinais no candomblé como elemento de resistência cultural e cuidado à saúde. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, v. 20, n.1, p. 25-37, 2015.
- PAZ, S. F.; MELO, C. A.; SORIANO, F da M.; A violência e a violação de direitos da pessoa idosa em diferentes níveis: individual, institucional e estatal; *O social em questão*, Rio de Janeiro, Ano 15, n. 28, jul/dez, 2012.

## ENTRE A RAZÃO E A EMOÇÃO NO RÍSPIDO SERTÃO

Júlio Leonardo dos Santos Monteiro – Acadêmico do 3º período do curso de medicina da EMCM/UFRN  
 Prof<sup>a</sup> Agnes Félix – Mestranda da EMCM/UFRN

### INTRODUÇÃO

A Vivência Integrada na Comunidade (VIC) proporciona momentos e experiências ímpares no âmbito da comunidade, pelo contato intenso e longitudinal com os serviços de saúde dos três níveis de atenção à Saúde. Ultrapassar os muros da universidade e conhecer o mundo verdadeiro, com atores e histórias reais é uma experiência extremamente gratificante e importante para a formação do profissional médico.

Através da elaboração de portfólio, uma ferramenta utilizada ao longo de todas as vivências é possível realizar inúmeras reflexões acerca da realidade da população, principalmente, do nosso sertão potiguar. Nesse sentido, a produção dialógica das narrativas nos permite perceber o quanto importante é compreender as nuances presentes em cada indivíduo e também no território em que vivem.

Diante disso, apresento-lhes belíssimas histórias. Estas foram observadas tendo como cenário a cidade de Santa Cruz-RN, porém essas histórias são capazes de retratar a vida de milhões de brasileiros, principalmente da nossa região Nordeste. Pessoas de valores inestimáveis, de intensas lutas diárias, que além de batalhar contra as adversidades climáticas ainda devem lidar com as barreiras impostas pela sociedade.

Assim, através de observações e reflexões destaco três vivências de situações em que a razão e a emoção se conectam para a conformação das narrativas. A primeira será denominada de “O Retorno da Asa Branca”, que relata o processo de reinserção do paciente com problemas mentais na sociedade; a segunda foi nomeada de “E agora, Doutora?” e apresenta as dificuldades do surdo-mudo em interagir com os profissionais de saúde; por fim temos uma história acerca da importância de compreender o território e também a realidade de pessoas com sequelas oriundas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), sendo esta intitulada de “O território e Orfeu e Eurídice”.

Seguem as histórias vivenciadas expressas em três diferentes e profundas em narrativas.

## O RETORNO DA ASA BRANCA

Em mais uma manhã iniciamos nossa experiência in loco na Vivência Integrada na Comunidade II na cidade de Santa Cruz, RN, uma das cidades que compõem o eixo multicampi da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte - UFRN. Acordei bem cedo para realização do primeiro compromisso do dia, uma reunião com a coordenadora da atenção básica do município. Junto com o grupo de colegas me dirigi ao CREAS, onde participamos desse evento de acolhimento. Nesta manhã conhecemos a estrutura organizacional do sistema de saúde da cidade, assim como os administradores das unidades básicas de saúde. Até esse momento tudo transcorria de modo protocolar, ou seja, um processo de formalidade para nossa inserção no serviço.

Entretanto, tivemos um “*grand finale*” simplesmente maravilhoso. Fomos agraciados por uma apresentação particular do coral do CAPS II da cidade. Tínhamos ali um exemplo vivo do quão importante foi a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>10</sup>, pois percebíamos de modo pragmático que os resultados de inserção da pessoa com transtorno mental na comunidade são extremamente mais benéficos do que o seu isolamento social. Vislumbrávamos vinte usuários, cada um com sua respectiva história de vida, sofrimentos, dificuldades, preconceitos. Porém, naquele momento observamos vinte talentosos artistas, que através de um ambiente terapêutico adequado puderam desenvolver suas potencialidades. Durante a apresentação observei naquela sala cidadãos brasileiros talentosos, pessoas dignas de aplausos e não de pena, como geralmente são estigmatizados socialmente.

O profissional responsável pela organização do coral é o professor Apolo. Através do processo de musicoterapia conseguiu desenvolver esse belíssimo trabalho. Essa prática alternativa tem um enorme potencial para ampliar o processo de comunicação, ampliar o engajamento para o tratamento e também fornecer apoio emocional para os usuários. O poeta Leonid Pervomaisky disse

<sup>10</sup> A Reforma Psiquiátrica foi um movimento social e político assentado em valores que levam em conta a centralidade do direito do usuário ser tratado com liberdade, autonomia e reinserção social (CAMPOS, 2013).

“*Pouco importam as notas na música, o que conta são as sensações produzidas por elas*” (apud JORGE, 2015, p. 5), em que concordo plenamente, pois aquela união de vozes do coral me transmitiu boas emoções e possibilitou admirar ainda mais o belíssimo trabalho.

A apresentação foi constituída de quatro músicas. Após refletir, percebi uma relação intrínseca entre a letra das mesmas e a situação dos portadores de transtornos mentais. A primeira música apresentada foi a “Asa Branca” do nosso grande artista nordestino Luiz Gonzaga. Um trecho que destaco é o seguinte:

*Hoje longe, muitas léguas  
Numa triste solidão  
Espero a chuva cair de novo  
Pra mim voltar pro meu sertão*

A doença mental é uma patologia que traz inúmeras repercussões na vida do indivíduo e de sua família. Após a estruturação da rede de saúde mental, com a implementação dos CAPS, residências terapêuticas, dentre outros, foi possível que os usuários, considerados nossas Asas Brancas, retornassem para o seu sertão, ou seja, para o seio de sua família e da comunidade. Através de uma chuva de práticas com foco na multidisciplinaridade, em que se têm um projeto terapêutico singular e individualizado e com ampla participação da família é possível superar a seca do preconceito e barreiras impostas pela sociedade. Romper a tristeza do isolamento social foi uma grande vitória da reforma psiquiátrica (CAMPOS, 2013). A asa branca estará feliz em seu ninho verdadeiro.

A segunda canção apresentada pelo coral foi a música “Eu só quero um xodó”, do também nordestino Dominginhos. Nesta, destaco o trecho:

*Eu só quero um amor  
Que acabe o meu sofrer  
Um xodó assim  
Ia tristeza assim  
Que acaba o meu sofrer*

Complementando o trecho o anterior, percebemos que o amor do seio familiar e da equipe de profissionais que trabalham com a saúde mental é imprescindível. Mas para acabar com o sofrimento desses usuários também é necessário um xodó especial, que seria uma inclusão social verdadeira dos pacientes. A apresentação do coral demonstrou que a pessoa com transtorno mental tem inúmeras potencialidades. Infelizmente ainda vivemos em uma sociedade preconceituosa e que acaba excluindo tais pessoas do âmbito do trabalho, vendo-os como “coitadinhos”, estigmatizados com valores sociais depreciativos (GOFFMAN, 1991). Acredito que são necessárias ações governamentais e da sociedade civil para ampliar a cidadania e garantir que o direito do doente mental seja verdadeiramente amplo.

Na penúltima música tivemos o clássico “Maluco Beleza” do grande Raul Seixas. Destaco o seguinte:

*Enquanto você  
Se esforça pra ser  
Um sujeito normal  
E fazer tudo igual  
Eu do meu lado  
Aprendendo a ser louco  
Um maluco total  
Na loucura real*

Eu considero esse trecho extremamente intenso. O sujeito “normal” aqui vislumbro como aquele não suscetível a compreender o diferente, ou seja, tendencioso a sempre fazer a mesma coisa. Ao analisarmos a história da saúde mental no Brasil percebemos o quão difícil foi o estabelecimento da reforma psiquiátrica. Nessa perspectiva, considerar o “louco” como um cidadão e digno de direitos ainda demanda de uma longa batalha que deve ser travada em todos os âmbitos. Deste modo, a “loucura real” é justamente essa luta em busca de rompimento de barreiras e paradigmas estabelecidos na sociedade brasileira. Para tanto, nós como futuros profissionais da saúde devemos pensar diferente da maioria e promover uma inserção social verdadeiramente ampla.

A apresentação foi encerrada com a canção “Noite Traiçoeiras” do Padre Marcelo Rossi. O seguinte fragmento me chamou atenção:

*O mundo pode até fazer você chorar  
Mas Deus te quer sorrindo*

Nesse momento vislumbrei membros do coral bastante emocionados. Observei o choro presente entre alguns componentes. Lágrimas que representavam inúmeras histórias de suas respectivas vidas. Não posso precisar se eram de alegria ou tristeza, entretanto posso afirmar que emoções afloravam naquele momento. O mundo realmente é um ambiente hostil e difícil, principalmente quando não é considerado dentro dos padrões de “normalidade” da sociedade. Contudo, percebi que aquelas pessoas vêm conseguindo romper essas barreiras e aflições impostas. E o melhor, ao final da apresentação percebemos aqueles belos sorrisos em seus rostos. Esse foi o principal ensinamento dessa manhã de vivência.

## **E AGORA, DOUTORA?**

*“No mundo há muitas línguas diferentes, mas cada um tem seu sentido. Porém se eu não entendo a língua que alguém está falando, então quem fala é estrangeiro”.* Primeira carta de Paulo aos Coríntios (BÍBLIA, 2008)

Esse pensamento sintetiza muito bem uma das experiências de uma das semanas de vivência. Iniciei juntamente com minha dupla as atividades do dia. De acordo com o nosso planejamento participamos inicialmente das ações de educação em saúde no ambiente da sala de espera, sendo estas direcionadas para pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial. Tal atividade foi conduzida pelos médicos e dentistas da UBS. Juntos abordamos temas relacionados, principalmente, as possíveis complicações que estas doenças crônicas podem proporcionar.

No segundo momento da manhã, acompanhamos as consultas médicas para estes pacientes. Tudo estava transcorrendo conforme o esperado. Visualizávamos muitas prescrições de medicações como losartana, captopril, glibenclamida,



metformina, atenolol e várias orientações quanto à necessidade de mudanças no estilo de vida. Até que adentra no consultório a Dona Afrodite acompanhada por sua filha. De forma bem respeitosa, a médica da unidade se apresenta e explica que é a nova profissional da unidade. Logo em seguida pergunta como Dona Afrodite está, porém, o silêncio prevalece. Elevando um pouco a voz ela pergunta novamente, entretanto novamente silêncio. Nesse instante, sua filha intervém e afirma que ela é surda-muda. Então veio a minha mente “E agora Doutora?”.

O sentido de atendimento holístico me fez bastante sentido naquele momento. O motivo da consulta era a renovação do conjunto de medicamentos. Entretanto, sem o auxílio da filha de Dona Afrodite esse entendimento não seria possível. Carvalho-Freitas e Marques (2010) afirmam que o surdo, dentre as pessoas com limitações físicas, é o que enfrenta maior dificuldade de inclusão na sociedade, tendo em vista que a audição é essencial para obtenção e uso da linguagem. Isso, realmente, me fez sentido. Senti-me um estrangeiro observando a decodificação dos gestos em palavras feita pela filha de Dona Afrodite. Ao longo dos anos elas tinham construído um código próprio, o qual era o modo de comunicação com o mundo.

Dona Afrodite, como a maioria dos portadores de necessidades especiais, desde cedo sofreu com as dificuldades impostas pela sociedade excludente. Foi nos relatado, que o casamento não pode ser realizado em sua cidade de origem. Isso porque o esposo dela, seu Adônis, também é surdo-mudo. O padre à época concluiu que um casal de pessoas surdas não teria a menor capacidade de constituir uma família. O tempo provou o contrário. O casal teve sete filhos e todos com o desenvolvimento perfeito da linguagem. Somos uma sociedade cruel e preconceituosa que tende a excluir o diferente. Diante disso, a luta de pessoas como nossa deusa é contínua em todos os setores da sociedade, inclusive nos serviços de saúde. A comunicação com os surdos emerge como um grande desafio aos profissionais que lhes prestam assistência à saúde.

Um dos grandes pilares da prática médica é a anamnese. Através de uma entrevista estruturada é possível buscar nuances dos problemas e estabelecer possíveis diagnósticos. Mas o que acontece se não compreendo o que o paciente me transmite? Isso mesmo, a prática da medicina irá ser falha. As dificuldades da comunicação podem se tornar uma barreira para o sucesso do atendimento. Um trecho da canção “Fala” do cantor Ney Matogrosso retrata bem essa situação. O mesmo diz:

*Se eu não entender, não vou responder*

*Então eu escuto*

*Eu só vou falar na hora de falar*

*Então eu escuto*

Nessa perspectiva, o processo de comunicação entre profissional e paciente é fundamental. A falta de entendimento inviabiliza um atendimento humanizado por mais humano que o profissional seja. Os profissionais médicos, em geral, não estão suficientemente preparados para cuidar do paciente surdo. Como estudante de medicina, me incluo nesse grupo. Devemos ter em mente que nem sempre o paciente terá a disponibilidade de um intérprete, como foi o caso da filha de Dona Afrodite. Sabemos que a maioria dos currículos dos cursos na área da saúde acaba não contemplando esse tipo de habilidade, o que acaba repercutindo na ausência dessa competência nos profissionais. Mas me pergunto: E eu? O que estou fazendo para melhor atender esse grupo de pessoas? Acredito que a resposta da maioria dos trabalhadores da área de saúde será igual a minha, ou seja, NADA.

É preciso sempre proporcionar e ampliar a autonomia das pessoas que interagimos no encontro clínico. O bom profissional, por mais especializado que seja, deve vislumbrar o indivíduo de modo integral. Os portadores de doenças auditivas também podem ter uma doença cardíaca, problemas gástricos, insuficiência respiratória, problemas renais, dentre tantas outras patologias. Devemos trabalhar na perspectiva de garantir que pessoas com problemas auditivos possam desenvolver plenamente sua cidadania e liberdade, não ficando em uma espécie de “liberdade assistida”, ou seja, dependente de intérpretes.

Diante dessa realidade, trago de volta a questão inicial: “E agora Doutora?” Posso dizer que agora é necessário compreender que existem várias Donas Afrodites pelo nosso país, Afrodites estas que tem histórias de vida riquíssimas, pessoas batalhadoras, muitas vezes vítimas da exclusão imposta pela sociedade. São pessoas de fibra e que merecem todo o nosso respeito. Ampliar nossos conhecimentos para melhor atender-las não deve ser opção, mas sim uma obrigação profissional. O processo de exclusão pode gerar uma ferida que medicamento algum poderá sanar, pois ferirá a alma da pessoa em sua essência.

Por fim, deixo o pensamento bem pertinente da atriz francesa Emmanuelle Laborrit, surda de nascença. O mesmo retrata a importância de garantir a autonomia da pessoa com problemas auditivos: *“A gaivota cresceu e voa com suas próprias asas. Olho do mesmo modo como que poderia escutar. Meus olhos são meus ouvidos. Escrevo do mesmo modo que me exprimo por sinais. Minhas mãos são bilíngues. Ofereço-lhes minha diferença. Meu coração não é surdo a nada neste duplo mundo”*. (O vó da gaivota, Emmanuelle Laborrit, 1996).

## O TERRITÓRIO E ORFEU E EURÍDICE

*Enquanto isso outras histórias vão  
Acontecendo comigo, e com outras  
Pessoas também,  
Ai a solidão na bagagem  
Faz a viagem mais longa e mais pesada,  
E nada me ensina, a não ser contar tudo ao vento,  
Mas de repente eu vejo ao meu lado,  
Pessoas com bagagens e histórias,  
Mais pesadas que a minha,  
Que seguem seus destinos*

Esse trecho da música Caminhando Juntos, do artista Toquinho, retrata muito bem um pouco das experiências dessa última semana de vivência. A semana foi iniciada com a conclusão do processo de territorialização do bairro Conjunto Cônego Monte, no município de Santa Cruz. Consegui visualizar que tal procedimento ultrapassa meramente os aspectos geográficos. Obviamente, observamos algumas características, tais como: áreas totalmente saneadas, com pavimentação, com água encanada e com características bem urbanas em detrimento de outras com esgoto a céu aberto, sem pavimentação e com muita lama e aspectos de um ambiente mais rural, inclusive com criação de animais como cavalos e galinhas. Assim, Faria (2013) afirma que o território determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade em que é importante observar os aspectos econômico, social, cultural e epidemiológico local. É, assim, no território que as vidas são produzidas e as histórias escritas.

Acredito, entretanto, que a compreensão da comunidade não decorre somente disso. O território é formado por pessoas e cada uma delas com inúmeras experiências de vida, ou seja, o ambiente pulsa, tem vida. Ao longo das vivências pude apreender um pouco sobre o quão importante é ouvir as histórias de vida das pessoas para interferir adequadamente na saúde da população.

Visitamos várias casas, fomos recebidos com belos sorrisos e também indiferença; pessoas humildes no aspecto socioeconômico, porém milionárias de espírito; como esquecer o *“senta aqui Doutor, não repare na bagunça (...) é que o Senhor sabe né! Cuidar de dois filhos e meu pai idoso não é fácil”* ou aquela senhora que com lágrimas nos olhos conta da saudade dos filhos que estão espalhados pelos quatro cantos do país. Uma grande gama de conhecimento de fisiologia, farmacologia e patologia nessas situações, muito provavelmente, seriam insuficientes. Entretanto, conhecer a essência de sua população adscrita, através da territorialização, e aprender ouvir mais as experiências das pessoas foram ensinamentos que espero levar por toda a minha carreira médica.

Em um desses dias de percurso através do território recebemos o convite do enfermeiro da UBS para realização de uma visita domiciliar para avaliação de uma ferida em um senhor acamado. Prontamente aceitamos a solicitação e fomos conhecer mais uma história, que eu não sabia que seria tão impactante. Tratava-se da residência do Senhor Orfeu e da Dona Eurídice. Adentramos em uma residência humilde, porém com pessoas extremamente receptivas e bem atenciosas.

O senhor Orfeu fora vítima de um acidente vascular encefálico (AVE) há aproximadamente um ano. Encontrava-se restrito ao leito, alimentava-se por sonda nasogástrica e após um período de internamento, adquiriu uma úlcera de decúbito em região coccígea. Era totalmente dependente dos cuidados de seus familiares. Costa et al (2015) diz que pessoas que sofrem AVE além de implicações físicas, as funções psicológicas e sociais também se alteram comprometendo a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiar. Percebemos o quão a rotina da doméstica é alterada. A dedicação é praticamente exclusiva.

Senhor Orfeu sempre foi um batalhador. Trabalhou durante toda a vida para criação de seus filhos. Naquele momento percebi que o mesmo perdera uma das maiores propriedades que temos na vida, a autonomia. O sofrimento observado através de seus olhos não era meramente a dor pela realização do curativo, mas

também em perceber que não era mais o dono do seu próprio corpo, desejos, enfim de sua própria vida. O seu mundo hoje estava praticamente restrito a quatro paredes, sua velha rede e uma cama. Não conseguia mais expressar palavras e os seus sentimentos, ou seja, o olhar era a sua principal forma de comunicação com o mundo.

Mas e Dona Eurídice? Acho que essa é a pergunta que não quer calar. Para nossa surpresa a mesma encontrava-se no quarto ao lado. Descobrimos que há vinte dias ela também sofrera da mesma patologia que o seu esposo. Isso mesmo! Dois idosos com sequelas de AVE. Fiquei paralisado por um momento e imaginei a sobrecarga física e emocional que aquela família estava passando. Indiscutivelmente, é uma situação extremamente complexa e difícil. O desgaste é bem evidenciado ao observarmos os cuidadores. Percebi que estes também necessitam de atenção. Mesmo assim não são abatidos pelo desânimo. Muito pelo contrário, a força de vontade e o desejo de cuidar dos pais/avôs eram muito fortes. Isso é uma bagagem que levarei para minha vida.

Orfeu e Eurídice retratam a história de milhões de brasileiros. Felizmente, eles contam com um suporte familiar bastante sólido. Tal história, embora não seja uma fábula, nos deixam lições morais para reflexão. Uma dessas é que prática médica não deve medir esforços com o intuito de minimizar as complicações oriundas de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Observar aquela realidade me fez entender que não é possível brincar de fazer atenção básica. É necessário um maior comprometimento de todos os membros da equipe com o intuito de fornecer melhorias em todas as formas de atendimento para ampliar a qualidade de vida da população. Sem dúvidas, prevenir é melhor que remediar.

Outra ponderação da história é sobre o ser médico. O bom profissional não deve conhecer somente a medicina. O processo de construção da relação e do vínculo deve ser amplo. Atuar junto à família das pessoas com patologias crônicas é primordial. Não é somente prescrever um ansiolítico para diminuir ansiedade de um dos cuidadores. Em muitas situações, a principal necessidade dos familiares é ser ouvida. A escuta porém, precisa ser qualificada e para isso o profissional precisa estar presente e se fazer presente. Tal fato é comumente negligenciado por boa parte dos profissionais. Saber escutar é tão importante quanto à compreensão das fisiopatologias. Como dizia o médico português Abel Salazar *“O médico que só sabe medicina, nem de medicina sabe”*.

Enfim, durante nossa futura prática profissional conheceremos muitos Orfeus e Eurídictes. Várias histórias que manterão essências semelhantes. Tais biografias muito provavelmente não serão apresentadas pelas telas dos cinemas. Entretanto, isso não as faz menos importantes. Muito pelo contrário, são enredos ímpares. Assim, temos que ser profissionais/roteiristas mais ativos, humanos e comprometidos, pois deste modo poderemos escrever um final mais feliz para a vida de outros Orfeus e Eurídictes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Vivência Integrada na Comunidade constitui uma importante estratégia para o desenvolvimento de habilidades teóricas, práticas e críticas dos estudantes. Além disso, a observação e reflexões realizadas nessas histórias são importantíssimas para o desenvolvimento humano e profissional dos futuros médicos. Eu me incluo nesse processo paulatinamente construído ao longo de todas as experiências que tive e tenho ao longo das Vivências.

A compreensão da realidade da população está muito além do que é apresentado na literatura, é real, palpável, tangível. A essência do ser humano está na sua subjetividade. Não há fórmulas que levem a esse entendimento. Para conhecer melhor uma determinada situação é primordial ir a campo e vivenciar as especificidades das relações sociais ali presentes. Tal experiência é ímpar para a formação do profissional médico, oportunizada pela inserção longitudinal dos estudantes promovida Módulo Vivência Integrada na Comunidade.

As histórias mostraram personagens com dificuldades distintas, porém com algumas semelhanças importantes. Lutas diárias, barreiras físicas e exclusão social caracterizam a rotina na vida desses cidadãos do nosso sertão. Entretanto, o sertanejo é forte e valoroso, não se abstendo das batalhas que lhes são impostas no cotidiano.

A realidade vivenciada nos relatos gera alterações em nossas emoções, nos fazendo refletir acerca da possibilidade de mudar essa situação. A complexidade realmente é gigantesca, porém não podemos desistir. Buscar amenizar a dor e o sofrimento dessa população deve ser uma das razões do ser médico, imbuído de responsabilidade social com indivíduos e a própria comunidade. Fazer parte

deste contexto, de forma ampliada, é imprescindível para que haja uma conduta verdadeiramente eficaz. Assim, podemos irrigar esse ríspido sertão e proporcionar o florescimento de histórias com finais com menos dor e maior inclusão social.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1.
- BÍBLIA. In BÍBLIA. Português. **Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamentos**. Tradução de José Simão. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2008.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2797-2805, Oct. 2013.
- CARDOSO, Leonardo Nascimento; CUNHA, Rosemyriam Ribeiro dos Santos. Trocas afetivas e psicossociais em musicoterapia: Grupos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisa Interdisciplinares em Musicoterapia**. Curitiba, 2011, vol. 2, p. 74-94.
- CARVALHO-FREITAS, M. N.; MARQUES, A. L. Formas de ver as pessoas com deficiência: um estudo empírico do construto de concepções de deficiência em situações de trabalho. **Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 100-129, maio/jun, 2010.
- CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 417-422, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-6234200500040007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-6234200500040007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 03 Mai. 2018.
- CHAVEIRO, Neuma; PORTO, Celmo Celeno; BARBOSA, Maria Alves. Relação do paciente surdo com o médico. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 147-150, Feb. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992009000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992009000100023&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 03 Mai. 2018.
- COSTA, Vanderson Miguel; et al. Qualidade de vida em portadores de Acidente Vascular Encefálico: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Sugery and Clinical Research**. v.11, n.4. 2015. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150803\\_115342.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150803_115342.pdf)>. Acesso em Maio de 2017.
- FARIA, Rivaldo Mário. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 2013 9(16), 131-147. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>. Acessado em 10 Mai 2108
- GIL DE FRANCA, Eurípedes et al. DIFICULDADES DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM SURDEZ SEVERA. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 22, n. 3, p. 107-116, sept. 2016. Disponível em: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532016000300107&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000300107&lng=es&nrm=iso)>. Acessado em 03 Mai 2018.
- GUEDES, A. C., KANTORSKI, L. P., PEREIRA, P. M., CLASEN, B. N., LANGE, C., & MUNIZ, R. M. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2010, v 12(3), p. 547-53.
- GOFFMAN, Ervin. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Editora LTC, 1998.

- JORGE, Amanda de Melo. A importância da música para o desenvolvimento da criança. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual de Londrina. Paraná, 64f, 2015.
- LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia. Canoas* n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 27 abr. 2018.
- MAKIYAMA, Tomas Yoshio; BATTISTTELLA, Linamara Rizzo; LITVOC, Júlio; MARTINS, Lourdes C. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. **Acta Fisiatr** 2004; 11: 106-109.
- SILVA, Rosângela Nunes Almeida; SILVA, Sernandes Rodrigues; CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Sousa; SILVA, Francisco Laurindo; VILANOVA, Jaiane de Melo. Assistência ao surdo na atenção primária: concepções de profissionais. **Journal of Management and Primary Health Care**. 2015; 6(2): 189-204. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/saudepublica/index.php/jmphc/article/view/266/Assistencia%20ao%20surdo>. Acessado em: 03 Mai. 2018

## INQUIETAÇÕES DE UM APRENDIZ EM MEDICINA

Rita de Cássia Oliveira de Medeiros - Acadêmica do 3º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Ana Cláudia Macêdo Dantas de Lima – Preceptora, enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho

Prof<sup>fa</sup> Ms<sup>a</sup> Aline Patrícia dos S. Bezerra - Professora da EMCM/UFRN

### NÃO TENHO JEITO COM O ESTETOSCÓPIO?

A Vivência Integrada na Comunidade (VIC) é um internato longitudinal que objetiva inserir o estudante precocemente na Rede de Saúde para que, a partir da observação e participação na dinâmica do Sistema Público de Saúde em todos os níveis de atenção, possa contextualizar e maximizar seu aprendizado, potencializando suas capacidades de atuar e transformar a realidade da saúde. Nesse sentido, na VIC 2, cada aluno é designado para uma Unidade Básica específica e durante um mês desenvolve atividades dentro da instituição. Inicialmente, é válido ressaltar: a fim de proteger as identidades, por sigilo e respeito às experiências vividas, todos os nomes aqui relatados são fictícios.

Assim, fui direcionada para a Unidade Básica Jardim das Flores, numa cidade bem conhecida da região. A perspectiva da inserção criou expectativas não apenas sobre o que eles poderiam me ensinar, mas o que eu, enquanto estudante de Medicina do 2º período, poderia fazer por eles.

Em meio ao reconhecimento inicial da Unidade Básica na primeira semana de atuação, apesar de admitir estar vivendo um momento de socialização e aprendizado únicos, algo me desbancou: O que me perturbou veio de mim mesma, e estava me incomodando desde o início da Vivência, onde eu aprendi a usar o esfigmomanômetro<sup>11</sup>. Desde o início da faculdade eu já possuía um, tirei boa nota na avaliação do módulo passado, mas de todos os pacientes que acompanhei (cerca de uns 30), eu acertei a pressão de apenas dois. Não vou negar que esse fato me deixou preocupada, me perguntando aonde que estava errando, porque eu seguia todos os passos! Estava tão nervosa que me desestabilizei totalmente ao ouvir o desconforto de uma paciente de

quem eu estava verificando a pressão. Ela reclamou de dor e eu não sabia o que fazer. Felizmente, a técnica de enfermagem Jacinta esteve ao meu lado e me prometeu que eu ia sair da Vivência especialista em aferição de pressão, também me tranquilizou e disse que eu não me preocupasse tanto em relação aos meus erros agora. Ela me disse que, em algum momento, eu iria acertar. Mas quando?

Outro ponto que quero destacar é que, apesar de saber o jeito certo de colocar meu estetoscópio, de saber a técnica para ouvir os sons respiratórios e cardíacos como eles deveriam ser, ele é extremamente complicado de lidar. Em alguns momentos ele parece uma cobra enroscada no meu pescoço, selvagem, que escapa às minhas mãos e me enlinha toda vez que vou auscultar um usuário. Outras vezes, parece uma balança que pende mais pra um lado e não equilibra no meu pescoço. Me sinto extremamente desconfortável, o que é engraçado, porque usar esse instrumento para mim era uma honra, era o atestado de que eu estava estudando Medicina e agora pareço uma criança sem jeito brincando de médica.

Nesse sentido, parei pra refletir as mudanças entre ser vestibulanda de Medicina e discente de Medicina: me pergunto a partir de que momento eu me torno médica. Não me tornei médica quando fui aprovada no vestibular, também não me sinto apta quando estudo ou realizo algum procedimento e a sensação permanente que tenho é que sou uma criança brincando com objetos bastante interessantes, mas médica é uma identidade muito distante para mim agora.

Essa semana, entretanto, foi marcante porque pude ultrapassar uma barreira: eu apliquei uma vacina e não tremi. Parece bobo, mas tenho um medo imenso de realizar procedimentos e causar dor, ou de fazer procedimentos errados. Eu estava tremendo de medo, mas a técnica de enfermagem Hortênsia me explicou e eu fui lá e fiz. Esse fato me fez pensar em quantas vezes tremi por medos irrealistas e quantas vezes ainda vou tremer! Acredito que o medo de ser médica, de errar na Medicina e de acabar fazendo o mal seja uma coisa boa, que me faça ser mais cuidadosa com as pessoas e honesta em meu caminho acadêmico.

Aliás, tem alguns momentos, na verdade, que me senti muito médica: quando sentei e conversei com os pacientes no grupo de tratamento e prevenção ao tabagismo, quando oriento e escuto um usuário portador de

<sup>11</sup> Esfigmomanômetro: Instrumento utilizado para medir pressão sanguínea, principalmente nas artérias.

diabetes– ali estou ouvindo, ajudando, acrescentando e aprendendo, e sinto demais a médica que algum dia eu vou ser. Alegre meu espírito e espero que essa alegria nunca passe.

Nessa perspectiva, fiquei pensando que a identidade na Medicina é um processo e que é construído em cima de experiências, de estudos, através das pessoas que tenho contato, que me ensinam e até mesmo dos maus exemplos que terei durante a faculdade. Ser estudante de Medicina é uma condição árdua, porque convive-se com o espectro da responsabilidade de lidar com vidas no futuro e com um ideal de perfeição, o que é humanamente impossível. Existe, então, um processo de desumanização intrínseca à formação do médico?

De fato, a sociedade, muitas vezes, cria fortes expectativas para o exercício da Medicina, que recaem sobre o estudante e reverbera em um processo de formação permeado de sofrimento emocional. Pesquisas recentes apontam altos índices de transtornos depressivos e ansiedade entre os aprendizes de Medicina. A partir daí, reitera-se que a própria formação é um fator estressogênico: é um processo que inicia desde a preparação para o vestibular, onde apregoa-se que o estudante deve estudar o máximo possível, distanciando-se de amigos, família e lazer porque “para ser médico tem que estudar muito”.

Infelizmente, o fortalecimento emocional do profissional da Medicina ainda é muito negligenciado, e por conviver diariamente com a vida e a morte, muitos profissionais permanecem num constante estado de ambivalência, nocivo para seu bem estar físico e mental (RAMOS-CERQUEIRA, 2002).

Ademais, ainda é válido ressaltar que esse ideal de perfeição que permeia a formação médica distancia o estudante e o próprio profissional de suas responsabilidades sociais. A humanização do acadêmico em Medicina é essencial para promover uma reaproximação do futuro profissional das reais necessidades da população, assim como favorece um reconhecimento das necessidades humanas do próprio acadêmico. Hoje, luta-se por uma formação médica eficiente e saudável em prol da formação de médicos humanos, para o paciente e para eles próprios.

Nessa perspectiva, acho que quando eu vislumbro com alegria a imagem da médica que eu vou ser no futuro, apesar das minhas inquietações de estudante, é sinal de que está dando certo.

## O QUANTO DE NÓS TEM NO OUTRO

Era uma quarta-feira cheia, considerando as consultas médicas. Especificamente nessa manhã tivemos atendimentos muito densos, com uma carga demasiadamente humana: tivemos uma grávida de 42 anos esperando o primeiro filho, um apenado em regime domiciliar, uma vítima de acidente de trânsito, um usuário vítima de agressão por meio de objeto cortante... mas um caso especial me chamou a atenção.

Em geral, eu confesso que muito me assusta a ideia de usuários com problemas mentais porque é necessário todo um preparo diferenciado no acolhimento, no cuidado e, nesse momento é importante frisar: também para seus cuidadores.

A mulher que chegou ao consultório não queria ver sua saúde, ela estava lá por sua filha de 09 anos, porque queria que ela não menstruasse mais. Eu, total defensora do direito à menstruação, fiquei logo inquieta e citei que a interrupção geralmente era feita com hormônios e que haviam efeitos colaterais desagradáveis. Nossa, como fui arrogante. Me arrependo muito.

A mulher era mãe de uma criança com retardo mental e esquizofrenia (havia dois laudos com diagnósticos distintos). A menina não dormia, quando menstruava se negava a usar absorvente, era violenta, não aceitava cuidadores, a mãe afirmou que a menina iria matá-la. Senti uma agonia difícil de explicar no peito, e ela continuou: “Esses dias, ela jogou uma maçaneta de porta na minha nuca”. Fiquei perturbada. E continuou: “Quando eu vou nos médicos, nos psiquiatras, eles não querem ver a minha filha, eles passam os remédios e dizem que eu estou mentindo. Ninguém acredita em mim, sempre passam doses baixas, houve uma época que ela passou 48 horas sem dormir, falei isso e ninguém acreditava. Dia desses o psiquiatra falou que não iria nos atender se minha filha estivesse lá, mas como vão passar o remédio sem olhar para a menina? Sem ver como ela se comporta?”

Eu não entendo tão profundamente sobre psiquiatria, mas era nítido que aquela mulher estava num nível de sofrimento além de minhas compreensões de vida e a única coisa que poderíamos dar naquele momento era apoio, os encaminhamentos e os remédios.

Ainda mais, ela pediu para a médica olhar a região de sua pálpebra. Segundo ela, um inseto a picou e seu olho ficou escuro e inchado (ela nos mostrou a fotografia), diminuindo sua capacidade visual, há mais ou menos duas semanas. À época, ela foi direcionada a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), onde a médica responsável afirmou que ela –novamente– estava mentindo e que ela provavelmente tinha levado uma “surra” de um marido ou namorado. Eu não sei se fiquei mais triste por ela ter sido desrespeitada por uma figura que deveria ajudá-la ou por hematomas em mulheres quase sempre serem indício de violência doméstica devido aos altos índices de feminicídio no Brasil, que aumentou 6,4% nos últimos 10 anos e detém uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras (BRASIL, 2018).

Aquela mulher estava calejada: ela vivenciava fortes tensões em sua vida cotidiana e não se dava ao luxo de ser bem acolhida pelos profissionais de saúde que deveriam ter como missão primeira cuidar das pessoas, ou ao menos, ouvi-las. Eu falei para ela que na próxima visita ao psiquiatra ela deveria reportar isso para ele, falar como se sentia. Mas a moça disse que já fizera isso. Abaixei minha cabeça. Como que a Medicina se tornava tão insensível? Ali eu fui testemunha de profissionais de saúde que perpetuavam um ciclo de sofrimento apenas por não saber ouvir. Há múltiplas teorias e livros sobre a importância da relação médico-paciente e, por um momento, pensei que o sofrimento psíquico ia muito além daquela mãe e se estendia a mim, meus colegas de sala e de profissão, a meus familiares. Ser ouvido é deveras importante para se manter são.

Nesse aspecto, penso na minha primeira ideia quando a jovem mãe me falou que queria interromper a menstruação da filha: eu a julguei muito e, para além disso, imaginei múltiplas hipóteses (e algumas bem ruins). Entretanto, hoje aprendi que antes de qualquer coisa preciso ouvir o que está lá para ser ouvido. Não importa meus julgamentos, meus preconceitos, crenças ou escolhas de vida. Preciso escutar as pessoas.

## EU NÃO SEI O QUE COMER

### SOBRE NÃO MORRER DE FOME

(MEDEIROS, RCO. 2012, p.3-3)

*Meu Deus! Minha alma está viva.*

*E choro.*

*Meu Deus! Meu coração está triste até a morte.*

*Eu não quero! Não há coisa pior que a dor da fome.*

*Não há visão mais cruel do que a daquele menino.*

*Olhos verdes.*

*Olhos bonitos.*

*Eu queria ter visto aqueles olhos de perto, mas ele morria de fome.*

*E eu não pude fazer nada porque quase ninguém nunca faz.*

*Eu também tenho fome.*

*Tenho fome daqueles que têm fome.*

*E também tem gente que tem fome de ser gente.*

*Gente que tem fome de feijão, de arroz, de trabalho, de escola.*

*Gente que tem tudo, tem mais um pouco ainda.*

*Mas também tem fome.*

*É irônico.*

*Gente que tem fome de ser menos pessoa, e mais gente. É tanta fome, que eles se perdem, vão pelo caminho errado e a fome aumenta. Fome.*

*Somos fome.*

*Gente que tem fome de ter.*

*E eu tenho fome do que seria falta de fome.*

*Porque me dói e é detestável.*

*Tenho fome de olhar nos olhos de uma criança, que talvez nem tenha os olhos verdes mais bonitos do mundo, e dizer que a cor dos olhos, da pele, a herança, nada importa. O que importa é a forma como você vê.*

*Tenho fome de entender que o homem, este, talvez seja mau.*

*Que eu sou má. Eu sou fria. Mas também quente. Talvez eu seja morna.*

*Tenho fome de nunca esfriar.*

*Um homem de olhos verdes, olhos escurecidos pelo sol e pelo trabalho pesado, olhos felizes e risonhos, esse homem me disse um dia que minhas mãos eram delicadas. Ele me fez sorrir.*

*Eu queria ter dito àquele homem que seus olhos, apesar de cansados, de escurecidos, de idosos e discretos, eram olhos que eu amava.*

*Então eu tenho fome. E eu irei em frente. Tenho fome, e pararei aquilo que no corpo dói. Tenho fome, e procurarei alma. Ouvirei corações.*

*Tenho fome e porque tenho fome não sucumbirei.*

*Tenho fome, e queria devolver a vitalidade dos olhos que eu amo. Mas será tarde.*

*Ainda sim não desistirei.*

*Afinal, eu amo aqueles olhos verdes tão velhos. Olhos que me lembram o azul, o negro, o caramelo. Quantos olhos verdes velhos existirão por aí?*

*Meu Deus; Meu peito dói. Parece horrível!*

*Os olhos verdes que eu amo desaparecem em meio à multidão.*

*Não importa. O que importa é ver lindamente, mas enxergar a verdade.*

*E se a verdade me é preciosa quanto à própria vida, que seja.*

*E se a verdade for suficiente para salvar outras tantas vidas, que seja.*

*Existem olhos de lagarto. Mas também olhos verdes bonitos, como os do homem velho e o do menino que morria de fome.*

*De qualquer forma, são lindas as pessoas que conseguem sorrir com os olhos.*

*E eu lutarei sinceramente, para que minha fome não me devore.*

Era meu segundo dia na UBS, horário vespertino. Nesse dia, eu e a minha colega de faculdade Jasmin acompanhamos cerca de cinco consultas com o

médico. Devido à experiência do dia anterior e também devido às conversas com o médico da unidade, eu já sabia que no bairro havia alta incidência e prevalência de usuários portadores de Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, as doenças que são moda da modernidade e que não trazem grandes problemas se devidamente tratadas. Mas é inegável o quanto são difíceis: a adesão ao tratamento, a edificação de rotinas para o auto cuidado, mudanças na alimentação, dentre muitos outros fatores que impactam no correto manejo dessas doenças crônicas.

Nunca soube dizer o que era mais difícil no Diabetes: se era o tratamento, a alimentação, a necessidade de atividade física ou a consciência de se estar doente, o vislumbre da finitude da vida. Acho que posso dizer que tenho experiência com essa doença. Tive contato com um usuário e pude acompanhar todas as etapas: a negação, o início do tratamento, a introdução de uma nova dieta, as hipoglicemias, mais crises de hiperglicemias. É interessante como as doenças crônicas afetam a rede de apoio do portador. Como os efeitos colaterais são passíveis de prejudicar o tratamento e a adesão do paciente... e de sua família. Não conto as vezes que ouvi sobre crises de hipoglicemia em que me relatavam que o paciente dizia ser preferível morrer. Mais uma vez, a convivência com uma doença pelo resto da vida relembra a nós que somos mortais e nos assombra.

Infelizmente, nós temos mania de querer o que é fácil, não sei se é por medo ou por comodismo e, muitas vezes, preferimos uma solução imediatista para um problema que exige soluções bem construídas e tratamentos, assim como elas, contínuos. Nesse sentido, acredito que enquanto estudantes de Medicina, nossa principal luta deve ser sempre tentar fazer o melhor e não desistir de tentar fazer o que puder.

—“Doutor, eu quero saber o que comer. Meus exames deram tudo errado, eu sei que essa Diabetes mata, escreve num papel as coisas que eu posso comer, porque eu não sei”.

Eu fiquei olhando aquela senhora: maternal, obesa, idosa. Trabalhava na feira e queria viver. Ela entrou timidamente na sala do médico e sentou próximo a nós.

No decorrer da consulta, pude ver que ela estava realmente determinada! Era bonito a consciência dela, mesmo não entendendo parâmetros de exames, ela sabia que precisava ajustar as coisas para conviver melhor com seu Diabetes.

—“A senhora toma alguma medicação?” – o médico prontamente perguntou.

—“Eu não lembro de agora”.

—“Glibenclamida? Metformina?”

—“Ah, é Glibenclamida!! Eu tomo sempre depois do café e depois do jantar.”

Estava errado. Não era depois das refeições, era sempre antes. A seguir, mais problemas: sedentária, trabalhava na feira, alimentação rica em óleo e massas. Hemoglobina glicada em 9.9% e colesterol alto.

—“A senhora vai tomar a Glibenclamida antes das refeições e vou associar a Metformina também, e a senhora tem que reduzir os carboidratos e as massas e praticar atividade física.”

A paciente ficou calada. Mais uma vez pediu por uma lista com as coisas para comer.

—“Vou encaminhar você a uma nutricionista”, finalizou o médico.

Então, olhei para a senhora que estava diante de nós: idosa, pedindo por uma lista com os alimentos adequados. Era nítido que ela pedia porque simplesmente não sabia qual de seus hábitos de vida a estava matando, não sabia que comer tanto pastel a descompensava e prejudicava seu colesterol e, nessa conjuntura, quem garante que aquela senhora teria autonomia para conversar com uma nutricionista e mostrar-se dona de uma cultura alimentar que precisava ser respeitada, apesar de ajustada?

O encaminhamento para a nutricionista seria em vão. Engoli em seco: Glicada 9.9%. Eu sabia que acima de 7% já abria quadro de risco para os rins, eu havia lido certa vez. Esse nível já é possível para um estado hiperosmolar ou uma cetoacidose diabética? De qualquer forma, é nítido que precisava ser controlado, mas Diabetes é o tipo da doença cuja a Educação em saúde é essencial para a conscientização do paciente e a adesão ao tratamento.

—“A senhora sabe o que é um carboidrato? Uma massa?” - perguntei, temerosa. A senhora olhou para mim.

—“Sei não, minha filha”.

—“Carboidrato é o que a gente chama de açúcar ou glicose, que a senhora escuta tanto falar. Massa também é carboidrato. O que é massa? Macarrão, arroz,



feijão, bolo... Já que a senhora tem Diabetes, nós falamos que tem que diminuir esse tal de carboidrato, entendeu? Mas não é cortar tudo, de vez, é diminuir as quantidades. Se antes a senhora come 5 colheres de arroz, comer 2 a partir de hoje, entende?

—“Acho que posso fazer isso. Aí quanto ao açúcar?”

Fiquei pasma. Era uma diabética que usava açúcar branco em praticamente tudo.

—“A senhora tem adoçante em casa? De agora em diante só pode usar o adoçante mesmo, certo?”

Ela concordou e enfatizou que sempre teve o produto em casa, mas nunca usou. Acho que ela ficou feliz com a nossa breve conversa, pois se mostrou motivada a comprar os remédios, mas novamente perguntou:

—“Coloquem num papel o que pode e o que não pode comer, num café, num almoço...”

O médico reafirmou que ela deveria marcar uma nutricionista. Mas estava tão alarmante para mim! A consulta com a nutricionista iria demorar, não seria no dia seguinte e aquela senhora deveria se cuidar a partir de hoje! Nossa conversa não foi o suficiente para educá-la quanto a alimentação no seu Diabetes, quiçá para orientá-la corretamente. Então, por que eu não riscar num papel alimentos mais saudáveis? Ela ficaria menos ansiosa e faria um início de tratamento mais equilibrado. Não ia adiantar começar com os medicamentos sem ajustar a alimentação, haja vista também que as atividades físicas eram restritas devido às limitações do próprio bairro. A paciente inclusive já havia desenvolvido um pé diabético em meio as descompensações de sua taxa.

Mas, o que eu estava fazendo? Eu olhava para o médico, ele colocou o seu carimbo na receita e a paciente foi embora. E eu não fiz nada. Minha falta de ação me assombra até agora, porque acho que aquela mulher precisava realmente de ajuda. Não se compensa um Diabetes sozinho e aparentemente ela não estava conseguindo se sair bem.

Não consigo parar de pensar sobre isso e no que poderia ter sido feito. Existem múltiplos meios de acesso a informação para o portador de Diabetes, desde redes sociais à verdadeiros manuais. O próprio Manual de Contagem de Carboidratos para Pessoas com Diabetes, formulado pela Sociedade Brasileira de

Diabetes apresenta um verdadeiro passo a passo de como lidar com o controle da glicemia e fornece informações a respeito de índices glicêmicos e da participação de proteínas e gorduras na dieta, além de estar disponível gratuitamente na internet. De fato, a prática educativa em saúde seria ferramenta importante para a estimulação dos princípios que regem a noção de autocuidado, ou seja, é por meio dela que se busca um viver saudável. A educação em saúde, além de propor caminhos alternativos, também merece destaque por preparar os pacientes a adquirir autoconsciência crítica para rever conceitos e valores. (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Nesse contexto, é por meio da Educação em Saúde que o usuário passa a ser o protagonista de seu próprio tratamento e por consequência, de sua vida. É esse ensino que empodera e permite o desenvolvimento de uma vida plena, saudável, apesar de condições crônicas, por exemplo.

Sob essa perspectiva, segundo Diretrizes da Educação para a Saúde define-se Educação em saúde como “*uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação a saúde*” (GAZZINELLI et al., 2005). Porém, tal definição subtrai a capacidade crítica e transformadora do paciente, desprezando seus saberes populares e suas próprias noções de vida saudável. Uma educação em saúde eficiente compreende o indivíduo de forma holística, em suas especificidades e o empodera de um conhecimento aplicável, para que este seja capaz de introduzi-lo em sua vida, perpetuando bem estar e estimulando o desenvolvimento social.

Logo, a detenção do conhecimento sobre a saúde na figura de um profissional de saúde determina exclusões no processo saúde-doença, onde o usuário torna-se efetivamente passivo e coadjuvante de sua própria vida. Essa concepção do conhecimento se afasta das reais necessidades do âmbito social e perpetua comorbidades evitáveis, que poderiam ser combatidas com práticas simples de autocuidado. Dessa forma, ousou conceituar a saúde de maneira ampliada, para além da ideia de ausência de doença e estritamente relacionada a dignidade humana.

De fato, sendo a saúde consequência de um olhar crítico perante às condições de vida, a educação em saúde revela-se como múltiplas possibilidades de compreensão e intervenção em realidade diversas, a fim de transformar contextos e concretizar

a saúde como um direito individual e coletivo. Não há promoção e prevenção na atenção primária sem Educação em saúde. Por isso, não podemos ser indiferentes, não podemos esquecer, nos conformar.

Acho que talvez eu nunca esqueça dessa senhora- seu nome era Aparecida e ela continua pedindo a dieta na minha cabeça. A dieta, educação em saúde, consciência sobre sua condição – e espero nunca esquecê-la. Ela me lembra que sempre posso fazer algo a mais.

## ELA ESTÁ DE VOLTA

*“(...) uma das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de. Apesar de, se deve comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para a frente. Foi o apesar de que me deu uma angústia que insatisfeita foi a criadora de minha própria vida (...)” (LISPECTOR, 1998)*

Na semana seguinte, a usuária Aparecida apareceu novamente na Unidade. Qual não foi minha surpresa, ao sair da sala do médico e encontrá-la nas cadeiras da sala de espera.

—“Eu parei de comer açúcar, meninas. Tô passando uma fome danada, mas não tô mais comendo açúcar, nem bolo! Vim aqui para a consulta com a nutricionista.”

Perguntamos se ela já havia iniciado o tratamento com os novos remédios, sempre antes das refeições, e ela afirmou que sim. Que alegria em mim! Normalmente, espera-se algum grau de dificuldade em usuários crônicos na adesão ao tratamento, já que ele envolve profundas mudanças de hábito, hábitos culturalmente e afetivamente construídos, como os da alimentação.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a não adesão ao tratamento de doenças crônicas, a nível mundial, afeta 50% da população. E, de fato, essas condições possuem uma alta prevalência, são multifatoriais, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e para a sua abordagem ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias de profissionais das equipes de saúde, e exige o protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade (BRASIL, 2016). Ou seja, a adesão ao tratamento, principalmente

a aceitação da condição crônica é um processo difícil, estranho, doloroso, que perpassa por Determinantes Sociais de Saúde (acesso à educação, classe socioeconômica, acesso à atendimento médico, etc), como também por aspectos biopsicossociais do sujeito (história familiar, estrutura psicológica e emocional, traumas, medos, etc).

Nesse aspecto, ainda é válido ressaltar que as doenças crônicas, como Diabetes e Hipertensão, que são extremamente comuns na sociedade, predispõem a internações e complicações cardiovasculares, insuficiência renal, acidente vascular encefálico (BRASIL, 2016), logo, subtraem grandemente o potencial de qualidade e expectativa de vida da população. Assim, hoje, a não adesão do tratamento nas doenças crônicas é denominado pelo Ministério da Saúde como “Epidemia Invisível” e varia entre 15% a 93% para os portadores de doenças crônicas e figura como um protagonista do índice de mortalidade derivado dessas doenças.

Mas o fato é que Dona Aparecida estava ali, uma semana após a primeira consulta, com o peito cheio de coragem, pronta pra se cuidar melhor, para trabalhar na feira durante muitos anos. Porém, minha felicidade em vê-la ali durou pouco tempo. Ela passou cerca de 3h sentada (foi embora às 10h30 da manhã), até saber que a nutricionista solicitada não poderia vir no horário combinado, porque tinha marcado um compromisso. Imediatamente fiquei muito chateada, meu desgosto era visível. Compromisso? E precisou demorar quase uma manhã inteira para avisar?

A usuária acordava cedo para trabalhar na feira (sua única fonte de renda), nesse dia faltou ao trabalho, veio à pé, de longe, para a Unidade Básica, passou 3h esperando por nada. Não custava ter dado um telefonema? Ela estava ali, pronta para aprender sobre novos hábitos alimentares e agora estou com medo dela não voltar, porque sejamos sinceros: ela precisa vender seus produtos na feira, é sua única fonte de renda! E se ela não voltar?

Para mim, é injustificável a falta de comunicação e de compromisso, porque foi horrível ver o semblante triste daquela mulher que estava se esforçando além do que podia por sua saúde. Foi realmente triste ver a ineficiência e o desrespeito do Sistema de Saúde e suas burocracias frente à figura humana enferma. Acredito que muitas dessas falhas se deem por má distribuição de profissionais e conseqüentemente, acúmulo de funções, além da distribuição financeira. Nesse sentido, o planejamento é essencial em todos os níveis da saúde e sua ausência se

constitui como uma afronta ao usuário do Sistema Público de Saúde e ao próprio processo de desenvolvimento da saúde! Apesar de meus devaneios, no final tínhamos ganhado uma paciente colaborativa e eu espero que não a percamos.

Porém, tentando ser otimista, utilizo a poética de Clarice Lispector: são essas coisas que devem nos motivar, apesar das falhas, dos problemas e dificuldades. É necessário viver apesar dos apesares! a vida sempre deve vencer. Não podemos desistir, devemos sempre nos inspirar (até pelo que é ruim), a tentar melhorar. Foi o que falamos para Dona Aparecida: “continue como você está e não desista, volte pra cá, faça sua consulta, vai dar certo”. Ela me falou que não tinha problema, que voltaria dia 16. Ali, eu vi que aquele combate contra a Diabetes não era nosso, era da dona Aparecida. Acho que ela está percebendo lentamente que ela é a protagonista.

Logo, acerca de tantas práticas, percebo que tudo o que vivemos foi de extrema importância, desde o preenchimento de prontuários até a participação em consultas e realização de procedimentos. Tudo nos ensinou sobre como funciona a Unidade Básica de Saúde Jardim das Flores, suas formas de trabalho e organização, suas potencialidades e fraquezas e nos permitiu integrar a equipe e nos reconhecer como parte daquele território. De fato, o que dizer? A VIC 2 transforma: realidades, condutas, processos de trabalho, pessoas. Dessas pessoas, sinto que fui transformada também. Me vejo capaz de atuar e transformar realidades, capaz de me relacionar interprofissionalmente e de trabalhar em grupo.

No dia a dia da UBS eu conheci muitas pessoas: instigantes, lindas, perturbadoras, medrosas, doloridas, amáveis, estranhas, difusas, joviais, fechadas, decididas, inseguras... mas que sempre valem a pena. Sendo um pouco sentimental: esses 30 dias estarão arraigados na minha alma e agora fazem parte de quem eu sou e da profissional que um dia serei. E, por último, fico extremamente feliz em dizer que considero ter construído boas relações durante a minha primeira vivência e ter estabelecido parcerias. Sinto que posso contar com todos da Unidade Básica de Saúde Jardim das Flores para desenvolver saúde naquele território e sei que eles podem esperar o mesmo vindo de mim. Eu aprendi muitas coisas na VIC 2, mas, sobretudo, aprendi que o recurso humano comanda revoluções e é por meio dele que a saúde funciona.

## REFERÊNCIAS:

- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ /physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2018.
- BRASIL. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 2016. 52 p.
- GAZZINELLI, M. F. et al. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.200-206, Jan/Fev, 2005. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2005000100022&script=sci\\_arttext&tlng=e](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2005000100022&script=sci_arttext&tlng=e)>. Acesso em: 28 abr. 2018.
- LAGOA, T.; DURÃES, M. **Pesquisa revela que 41% dos alunos de medicina no país sofrem de depressão**. 2017. Disponível em: <<http://hojeemdia.com.br/horizontes/pesquisa-revela-que-41-dos-alunos-de-medicina-no-pais-sofrem-de-depressao-1.577820>>. Acesso em: 06 maio 2018.
- LISPECTOR, Clarice. **A Origem da Primavera ou A Morte Necessária em Pleno Dia**. Uma Aprendizagem ou o Livro dos Prazeres. Rio de Janeiro. 1998.
- MALLMANN, D. G. et al. **Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso**. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 20, n. 6, p.1763-1772, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>.
- MEDEIROS, R. C. O. Sobre não morrer de fome. **Pois Diga: Jornal Pedagógico de Língua Portuguesa e Literatura do IFRN campus Ipangaçu**. Ipangaçu, p. 3-3. Ago. 2012.
- MELEIRO, A.M.A.S. **Suicídio entre médicos e estudantes de medicina**. Revista da Associação Médica Brasileira, [s.l.], v. 44, n. 2, jun. 1998. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42301998000200012>.
- OLIVEIRA, Sibeles. **Os médicos estão doentes: O que leva alguém que teria de salvar a vida dos outros a querer acabar com a própria**. Disponível em: <<https://tab.uol.com.br/medicos-suicidio/#os-medicos-estao-doentes>>. Acesso em: 06 maio 2018.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. **A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina**. Interface - Comunic, Saúde, Educ., [s.l.], v. 6, n. 11, p.107-116, ago. 2002
- SOUZA, L. M. ; WEGNER, W. ; GORINI, M. I. P. C. **Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, p.1-8, mar./abr. 2007. Bimestral. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a22.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2018
- TAVARES, N. U. L. et al. **Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil**. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 50, n. 2, p.1-11, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150> Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt\\_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf)>. Acesso em: 06 maio 2018.

## UMA NOVA FORMAÇÃO PARA UMA NOVA MEDICINA

José Felipe Casado Paulo - Acadêmico do 5º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Profª Drª Michelline do Vale Maciel - Professora da EMCM/UFRN

### INTRODUÇÃO

Dia 25 de julho de 2016 sou apresentado à Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A primeira semana funcionou como um processo de imersão para mim, onde durante 3 dias nos foram expostos os princípios e metodologias utilizadas na faculdade. Além da introdução a um novo método de ensino-aprendizagem, o Problem Based Learning (PBL), terciária, direcionado para formar médicos com um olhar interprofissional do processo de trabalho nos serviços de saúde, bem como a inserção do graduando desde os primeiros anos de curso nos serviços de saúde, para que desenvolva gradualmente competências que o permitam adquirir responsabilidades e capacidade de resolução ao longo da sua vida acadêmica, processo esse que se consolida com o internato (BRASIL, 2014).

Para catalisar a concretização desses objetivos, foi instituída na matriz curricular do curso o módulo Vivência Integrada na Comunidade (VIC), que insere o aluno do segundo ao oitavo período da graduação, durante um intervalo de um mês por período, em três cidades do interior do Estado do Rio Grande do Norte, a saber: Caicó, Currais Novos e Santa Cruz. (Oliveira et al., 2017). Essa inserção ocorre de forma gradual, desde visitas técnicas, onde o aluno conhece o processo de trabalho da unidade, até a atuação nos serviços propriamente dita, começando pelas unidades básicas de saúde, passando posteriormente por Centros de Atenção Psicossocial, Centros Especializados em Reabilitação, Centros de Referência da Assistência Social e Hospitais.

Confesso que no início do curso estive um pouco pensativo quanto a efetividade desse modelo de ensino, o que se pode esperar quando algum indivíduo se depara com algo novo, com o desconhecido, com o pioneirismo. No entanto, à medida que o curso avança, um sentimento de orgulho, de estar fazendo parte de algo pioneiro e que, sem dúvidas, é eficaz no que se propõe.

Destarte, o objetivo deste capítulo é relatar a minha experiência como graduando na Vivência Integrada na Comunidade (VIC), sendo que estou na VIC 5, de forma que se possa demonstrar alguns dos impactos desse componente curricular na minha formação médica. A minha intenção é mostrar como é possível aprender de forma interprofissional, entendendo que esta modalidade de ensino em serviço, sendo preceptorado por distintas categorias profissionais pode ampliar meu olhar frente a minha própria prática.

Para que se possa subsidiar o entendimento do leitor acerca dos impactos da VIC na formação médica, dois relatos foram selecionados para contribuir para isso: o primeiro, intitulado *Observar, conhecer e compreender: o acompanhamento das várias áreas da saúde na formação médica com olhar multiprofissional do SUS*, no qual se tenta demonstrar como a VIC pode ajudar a formar profissionais médicos com uma ótica diferenciada, multiprofissional do cuidado em saúde. O segundo, de título *Inserção gradual na rede de atenção psicossocial de Santa Cruz*, relato que se refere a uma visita técnica ao CAPS II do município.

### OBSERVAR, CONHECER E COMPREENDER: O ACOMPANHAMENTO DE OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA COM UM OLHAR MULTIPROFISSIONAL DO SUS

Começa a Vivência 5 e as expectativas estão elevadas ao se pensar nas variadas possibilidades de atuação e experiência integrada nos serviços de saúde de Santa Cruz. O relato desse portfólio se refere ao dia em que fui escalado para ir para o Centro Especializado de Reabilitação (CER). Nesse dia, acompanhei o trabalho multiprofissional lá realizado. Foram utilizados nomes fictícios para a nomeação do paciente.

Inicialmente, acompanhei a consulta do fisioterapeuta. Me foi apresentada a sala de atendimento, os materiais auxiliares para a terapêutica desenvolvida pela Fisioterapia como profissão.

Observei o atendimento de Dona Maria, de aproximadamente 60 anos e que há 9 meses sofreu um acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC refere-se ao desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular,

provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão, podendo ser classificado em AVC isquêmico (AVCI) e hemorrágico (AVE) de acordo com sua etiologia (BRASIL, 2013).

Os principais comprometimentos diretos relacionados ao AVCI são: déficits somatossensitivos, dor, déficits visuais, déficits motores, alterações no tônus, padrões sinérgicos anormais, reflexos anormais, parestesia e padrões alterados de ativação muscular, déficits de programação motora, distúrbios de controle postural e equilíbrio, distúrbios da fala e linguagem, disfagia, disfunção perceptiva, disfunção cognitiva, distúrbios afetivos, diferenças comportamentais entre os hemisférios, crises e disfunção da bexiga e do intestino (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2007). Lhe foi indicada fisioterapia para melhorar a dificuldade de equilíbrio e de força advindas como complicações desse episódio de AVCI.

O tratamento fisioterapêutico de um paciente que sofreu AVC se faz necessário pelo fato destes pacientes poderem apresentar inúmeras sequelas como alterações físicas ou até mesmo repercussões psicológicas. A reabilitação de pacientes portadores de lesões encefálicas adquiridas é um processo que tem como metas: a redução e recuperação precoce dos déficits sensoriomotores e cognitivos, aproveitamento máximo do potencial residual das funções corpóreas, compensação e adaptação às incapacidades físicas e cognitivas, independência, reintegração na comunidade e qualidade de vida para pacientes e familiares, dentre outras (CECATTO; ALMEIDA, 2010). Atividades que envolviam o uso de força e de equilíbrio foram executadas por Dona Maria com auxílio do fisioterapeuta. Ao fim da consulta, procurei questionar tanto o profissional quanto a paciente no que se refere aos benefícios a médio e longo prazo obtidos com as atividades regulares, sendo que ambos concordaram na perceptividade de melhora atendimento após atendimento.

Com o fisioterapeuta, aprendemos sobre a importância não só de se manter um atendimento multiprofissional no sentido de profissionais de diversas áreas como atuantes no cuidado de um paciente, mas no sentido de integração, contato, discussão de casos, referência e contra-referência entre as profissões.

Posteriormente, no mesmo turno, acompanhei a atividade da fonoaudióloga. Observei a consulta de Talita, de 8 anos, que tinha alterações no ato de falar. Os distúrbios relacionados a comunicação impactam a vida da criança,

seja no âmbito social ou, posteriormente, a nível acadêmico, haja vista que o ato de se comunicar é a ferramenta que permite o ser humano interagir socialmente e se integrar a comunidade. Tais distúrbios se manifestam como alterações do processo de desenvolvimento da fala, linguagem ou da audição, cada componente em uma graduação de gravidade variável. (PRATES; MARTINS, 2011). Além disso, alterações fonológicas podem ter reflexo nos atos de escrever e de ler, o que comprometerá a construção da autonomia da criança com relação a escrita e a leitura (MOUSINHO et al, 2008).

Nesse sentido, penso que o fonoaudiólogo é justamente o profissional que tem como atribuições a identificação, o diagnóstico e o tratamento dos indivíduos com alterações da comunicação, nos aspectos auditivos, orais, vocais e de escrita (PRATES; MARTINS, 2011). Nesse sentido, no decorrer do atendimento fui percebendo que o processo de tratamento é árduo, leva tempo, mas que a dedicação e paciência dela para com a paciente podia se refletir em pequenos progressos fáceis de perceber e que a medida que se contempla um período considerável de consultas, os resultados podem ser grandiosos.

A medida que a profissional fonoaudióloga prosseguia com a consulta, fui reforçando cada vez mais o pensamento que eu já tinha a respeito do trabalho multiprofissional, da importância de cada área saúde para a contínua recuperação, apoio e base para proporcionar a cada paciente não apenas a cura em si, mas também proporcionar qualidade de vida. Tomando como exemplo o caso em questão, o profissional fonoaudiólogo é o responsável por pelo manejo diagnóstico e manejo terapêutico do paciente, mas é fundamental que nesse processo haja o acompanhamento de pediatras, psicólogos, terapêuticas ocupacionais, pois também tem um olhar diferenciado para o desenvolvimento infantil. (PRATES; MARTINS, 2011).

Tudo isso é possível apenas pelo estabelecimento de diálogo e reuniões entre os profissionais que integram o suporte do caso, colocando sempre no centro das discussões o objetivo principal de comum interesse (PEREIRA, 2013), no caso a melhora do paciente. Esse olhar multiprofissional que pude adquirir na vivência integrada na comunidade impacta diretamente na minha formação, me orientando a sempre primar, quando necessário, pela integração com outros profissionais no tratamento do paciente, objetivando otimizar os resultados esperados.

É importante salientar que tanto o fisioterapeuta quanto a fonoaudióloga me relataram todas as dificuldades de se estabelecer uma contra-referência com as unidades básicas de saúde. Todavia, presenciei na prática a importância da multiprofissionalidade do cuidado e primarei por sempre atuar em conjunto com os demais colegas de saúde para potencializar a melhora da vida de cada paciente.

### **INSERÇÃO GRADUAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA CRUZ/RN**

Terceira semana de vivência. É chegada a hora de conhecer o Centro de Atenção Psicossocial II da cidade de Santa Cruz, RN. No entanto, é importante voltar alguns anos antes e entender como a política de saúde mental atual surgiu e foi implementada, particularmente, no Brasil. Nesse sentido, procurei conhecer e entender os marcos e as lutas que ocorreram ao longo dos anos.

Assim, é sabido que entre as décadas de 1980 e 1990 a discussão acerca das necessidades de se alterar a forma como a atenção às pessoas com transtornos mentais era alicerçada. Eventos como a 8ª conferência nacional de saúde em 1986, a 1ª conferência nacional de saúde mental em 1987, bem como a 2ª conferência nacional de saúde mental, no ano de 1992, embasaram as discussões acerca da superação do modelo manicomial vigente na época (HIRDES, 2009).

Com o passar dos anos, passou-se a objetivar a criação de serviços de auxílio à saúde mental que visassem não apenas o tratamento em si, mas também a reabilitação do usuário e sua reintegração à sociedade. Para isso, serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem parte fundamental desse processo. Ao incorporar esse conhecimento, pude ir embasado teoricamente para a visita técnica ao CAPS II de Santa Cruz.

Confesso que estava um tanto quanto esperançoso antes de ir ao serviço, talvez por esperar veemente que a atenção psicossocial de Santa Cruz pudesse, de fato, oferecer um atendimento contínuo e humano aos usuários. Chegando ao CAPS II para a visita técnica, conheci um pouco do funcionamento da unidade, os profissionais que nela atuam. Tomei conhecimento de que oficinas terapêuticas, rodas de conversa e atendimento da família são alguns dos serviços prestados pelo CAPS. Durante esse momento, uma felicidade enorme tomou conta de mim ao saber

que os objetivos gerais do CAPS II de promover um nível adequado de convivência entre profissionais e usuários, bem como a interação em um contexto social, com fins à futura reabilitação do paciente, estavam sendo, aparentemente, cumpridos.

Ao término da visita, me dirigi a saída e fiquei observando um pequeno jardim que se encontrava na entrada do serviço, em seu interior. Fiquei admirando e refletindo sobre a tarde no CAPS II, dando-me conta de que cada detalhe, mesmo um simples jardim, que tivesse como objetivo proporcionar um ambiente acolhedor para o paciente, fazia uma diferença inimaginável na construção de um local no qual se pudesse oferecer o melhor atendimento e acompanhamento possível.

Quando menos espero, eis que surge, ao meu lado, um dos usuários que estavam presentes. Ele logo fala que o jardim havia sido plantado por ele e continuamente regado e cuidado, me explicando que isso lhe fazia bem. Me falou, ainda, que essa era a sua maneira de agradecer aos serviços prestados pelos profissionais que faziam o seu cuidado. Fiquei sem palavras. Em meio a uma sociedade na qual as individualidades e o olhar para si próprio reinam, poder presenciar um momento na qual um ser humano se preocupa em retribuir a atenção e o carinho a ele destinados, mesmo que de uma forma tão simples e humilde, me torna um homem obstinado a me empenhar ao máximo para que possa superar as dificuldades do sistema de saúde brasileiro atual.

### **ALGUMAS TECITURAS**

Tendo em vista o exposto, depreende-se alguns dos impactos na graduação do estudante de medicina. É possível perceber que o fato do aluno, no início do curso, ter contato com outras áreas da saúde, por meio do acompanhamento do processo de trabalho de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros, o leva a refletir acerca do quão complexo é o cuidado em saúde e da importância do aspecto multiprofissional no tratamento dos pacientes. Esse acompanhamento é continuado ao longo do curso é proporcionado pela VIC e também pelo modelo curricular da EMCM, que permite que o aluno, a cada período do curso, a atuação nos campos de prática. Ainda, é nítido como a inserção do discente nos serviços de forma gradual facilita, agrega e o oportuniza ter uma visão macroscópica e geral das redes de saúde do SUS.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Ministério da Educação**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 72p. : il. ISBN 978-85-334-2083-0
- CECATTO, R. B.; ALMEIDA, C. I. O planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. *Acta Fisiátrica*, v. 17, n. 1, p.37-43, 2010.
- HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. Ciência & Saúde Coletiva, 2009;13(1):297-305.
- MOUSINHO, R.; SCHMID, E.; PEREIRA, J.; LYRA, L.; MENDES, L.; NÓBREGA, V. Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. *Psicopedagogia*, v.25, p. 297-306, 2008.
- O'SULLIVAN, Susan B; SCHMITZ, Thomaz J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 5. ed. São Paulo: Manole, c2007. 1506 p. ISBN: 9788520426302.
- PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.327-40, abr./jun. 2013.
- PRATES, L.P.C.S.; MARTINS, V.O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.21, p. 54-60, 2011.

## VIVENDO A VIDA ATRAVÉS DA VIVÊNCIA

Helyson da Nobrega Diniz - Acadêmico do 5º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Profª Drª Ana Luiza de Oliveira e Oliveira - Professora da EMCM/UFRN

Profª Drª Cristiane Spadacio - Professora da EMCM/UFRN



Maria, Maria  
 É um dom, uma certa magia,  
 Uma força que nos alerta  
 Uma mulher que merece viver e amar  
 Como outra qualquer do planeta  
 Maria, Maria  
 É o som, é a cor, é o suor  
 É uma dose mais forte e lenta  
 De uma gente que ri quando deve chorar  
 E não vive, apenas aguenta  
 Mas é preciso ter força  
 É preciso ter raça  
 É preciso ter gana sempre  
 Quem traz no corpo a marca  
 Maria, Maria  
 Mistura a dor e a alegria  
 Mas é preciso ter manha  
 É preciso ter graça  
 É preciso ter sonho sempre  
 Quem traz na pele essa marca  
 Possui a estranha mania  
 De ter fé na vida

*Maria, Maria – Milton Nascimento*

Este capítulo refere-se a um dos portfólios escritos por mim durante o módulo de Vivência Integrada na Comunidade V (VIC V), sobre uma experiência única de envolvimento político, educacional, ético e humano proporcionado por esse módulo da Escola Multicampi de Ciências Médicas do

Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN). Espero que com minhas reflexões possa contribuir com o mínimo da força e magia, as quais Milton Nascimento se refere de forma espetacular na música supracitada. Se ainda não a ouviu, eis uma nova oportunidade. Se já ouviu, mergulhe junto comigo na minha vivência. Para isso, antes de mais nada, convido-o(a) para ouvir uma *playlist*<sup>12</sup> com músicas específicas ao longo de toda leitura.

Para facilitar a sua leitura, este capítulo será dividido em duas partes, cada uma com subtópicos para situar-lhe da maneira mais agradável possível, a saber: a primeira parte refere-se a uma narrativa que busca construir meu percurso como estudante que sai do espaço da EMCM para um espaço mais amplo, o Encontro Regional de Estudantes de Medicina (EREM); a segunda, sistematiza a importância da Vivência Integrada na Comunidade tanto para EMCM quanto para minha formação acadêmica e de militância.

### 1ª Parte - Sensações que Compõe a Vivência: Uma Narrativa Pessoal

Quinta Feira, 06 de setembro de 2018.

— *Você tem é coragem, vir bater aqui sozinho. Num acha perigoso não?, disse o motorista do primeiro Uber que entrei na vida).*

E assim, se materializou em linguagem minha primeira sensação.

#### O medo

Eu tinha a resposta na ponta da língua. Estava bem claro o medo e a insegurança que percorria minhas vias neurais sob a forma de potencial de ação. Parecia até que meus Sistemas Nervosos Autônomos Simpático e Parassimpático estavam brincando numa competição infernal dentro do meu corpo. Limitava até meus movimentos. A garganta secava ao lembrar onde estava, Campina Grande. Eram 18h15 de uma quinta-feira, dia 6 de setembro de 2018, véspera de feriado da independência. “Alguém me explica o que eu vim fazer aqui?”. Frio. Não é comum o frio em Caicó, aliás, ele praticamente não existe. Estava chovendo. Eu nem lembrava como era o som da água

<sup>12</sup> A playlist “Vivendo a vida através da Vivência” está disponível em: <https://open.spotify.com/user/helysonnobreaga/playlist/62JmeGYve3iUf6FvrfKVAM?si=Jt1j5I5cRe6cLYvqJMOCwg>

se chocando contra o teto solar do carro e o chão do asfalto da cidade. Eu realmente tinha a resposta na ponta da língua. Todavia, naquele milésimo de segundo eu lembrei de todas as pessoas que me apoiaram para chegar até ali, de todas as formas de ajuda. Dos professores e amigos da faculdade. Eu tinha a resposta na ponta da língua.

— *Besteira. Uma hora eu tinha que sair para ter experiência em outros lugares, esse é só o primeiro passo. Já tenho tudo planejado, não vai dar nada errado. Tã tudo é tranquilo.* Respondi erguendo a cabeça e admirando as diferentes luzes dos prédios que rodeavam e refletiam na Lagoa Rodrigo de Freitas<sup>13</sup>. Pareciam cintilar e se atrapalhar com os faróis dos carros que trafegavam pela via.

— *É horário de pique. Toda vez que dá esse horário todo mundo que ir para casa de uma vez só. Evito rodar nesse horário. Indagou o motorista.*

Naquele ponto nada mais me surpreendia. Estava tomado pela ansiedade de chegar no alojamento e conviver com pessoas que nunca vi na vida. Lá vem o simpático e o parassimpático disputando meu nervosismo. Ergo a cabeça novamente. Estou de frente ao alojamento. Entro na porta que dá acesso a primeira sala de aula usada como dormitório. Dezesesseis pessoas completamente desconhecidas montando seus colchões infláveis. “Alguém me explica o que eu estou fazendo aqui”, era apenas o que conseguia pensar. Frio. Medo. Simpático e Parassimpático. Erguer a cabeça. Lembrar das pessoas. Coragem, enfim. Paro diante de todos. Abro o sorriso mais tímido e sincero que já esbocei.

— *Boa noite, galera. Cabe mais um aqui?, balbuciei sorrindo.*

— *É óbvio que cabe. Entre.*

— *Venha conhecer o pessoal.*

— *Venha para mais perto da gente, na porta faz frio.*

— *Deixa eu te ajudar a encher o colchão.*

— *Pega minha bomba, ela é maior, vai ser mais fácil.*

— *Quer biscoito? Você deve estar morrendo de fome.*

<sup>13</sup> Na cidade de Campina Grande, na Paraíba, existe a Lagoa Rodrigo de Freitas. No passado, conhecido como Açude Velho foi o primeiro açude que Campina Grande teve, construído por causa da seca que o Nordeste enfrentou de 1824 a 1828. Assim, a construção do Açude Velho foi concluída em 1830. É onde estão localizados o monumento símbolo de Campina Grande “Os Pioneiros” e as estátuas de Luiz Gonzaga e Jackson do Pandeiro. Atualmente é um espaço de lazer da cidade além de possuir o “Museu dos Três Pandeiros”, projetado por Oscar Niemeyer.



— *Estamos com mais gente do que colchão. Um de nós pode dividi-lo com você?*  
 Recebo dezesseis sorrisos. O medo se dissipa. Agora, sou mais que um. Mas, mesmo na coletividade, existem dificuldades legítimas a serem trabalhadas. E assim, pude ter minha segunda sensação.



Fotografia 1: Primeiro dia de atividades no Encontro Regional de Estudantes de Medicina (EREM)  
 Fonte: acervo pessoal.

## A dúvida

Sexta Feira, 07 de setembro de 2018.

Confesso que ainda tinha dúvidas quanto o real motivo de estar ali. Consegui dormir uma noite tranquila. Confiei nos sorrisos ao meu redor, eram reconfortantes. Bastavam para conter minha ansiedade e ganhar minha segurança. Fazia frio e dormi sem ventilador, algo bem raro para mim.

Enfim, era sexta feira. Mas, não era uma sexta feira comum. Era uma sexta feira de ansiedade. Era o dia de apresentar o trabalho. Era o dia de conhecer o que era a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM). Era o primeiro dia de instrumentalização política, de Sistema Único de Saúde (SUS), de Medicina.

Quando me dei conta, estava no ônibus. Com diversas pessoas interagindo, ao contagiante som do pandeiro de Rayssa (Fotografia 2). Ao som

de belas músicas e interpretações vocais. Era o caminho para a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Nunca havia entrado realmente dentro de um *campus* de uma universidade daquele porte<sup>14</sup>. Possuía dimensões geográficas enormes, e em todas suas curvas estavam lá as árvores e flores. Ah, as flores. Outro conforto. Acabou sendo um ambiente acolhedor. Novamente, ao som do pandeiro de Rayssa.



Fotografia 2: Momento de interação musical entre os estudantes no EREM. Fonte: Acervo pessoal.

Todavia, a dúvida ainda me perseguia. Iria me perturbar ainda mais caso não estivesse na companhia de boas pessoas, como Dannyel e Leticia que pela troca de afetos e cumplicidade, tornavam o ambiente menos duvidoso e mais certo da potência existente nos coletivos. Eu não estava sozinho.

<sup>14</sup> Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) foi criada em 2014 e aguarda a finalização das obras de seu prédio localizado no Centro de Ensino Superior do Seridó (CERES), campus da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) no município de Caicó. Temporariamente, a EMCM funciona no prédio do Hospital de Oncologia do Seridó administrado pela Liga Norte-riograndense contra o Câncer.



Fotografia 3: Momento de atividades noturnas no alojamento conjunto do evento. Fonte: acervo da comissão organizadora do evento.

Aguardo a abertura e os fóruns que dariam seguimento ao evento.

A palestra inicial dava as boas-vindas às numerosas delegações. Quinze a vinte pessoas chegavam em aglomerados de diversas partes do Nordeste - Pernambuco, Bahia, Ceará e Paraíba esbanjavam suas representações estudantis. Senti a firmeza da militância e do conhecimento e defesa pelo SUS. Era uma beleza. Mas, onde estava o Rio Grande do Norte (RN)? Onde estava Caicó? Sabiam que tinha alguém lá. Uma pessoa.

Bem, ao meu ver, o movimento estudantil atual, assim como a política nacional, passa por um momento conturbado de representação. As descrenças nas ferramentas políticas de debate acabam impulsionando a sociedade, lê-se principalmente os estudantes, a se distanciarem das questões sociais e políticas do contexto no qual estão vivendo. Dessa forma, acabam tornando-se alienados perante o Estado e suas decisões que os afastam veementemente do combate ao descaso do poder público frente à população e aos serviços ofertados. Como minhas reflexões vêm a partir da minha vida no Rio Grande do Norte, corroboro com a ideia de que

“Há uma nítida distinção entre os campos de embate de ontem e hoje no RN, levar-se-á em consideração que os cenários são bastante diferentes e as conjunturas geravam durante o regime militar um inimigo comum que era o próprio sistema que se ancorava na intervenção militar e no imperialismo. Vivencia-se hoje uma sociedade voltada quase que inteiramente para o consumo assim como a crise de representação que atinge indistintamente parlamentos, políticos e até entidade de classes”.  
(MODESTO NETO, 2011)

Tais questões interferem diretamente também na mobilização estudantil dentro das faculdades. Aliás, existem diversos fatores de risco que podem exacerbar a alienação estudantil no interior do RN. O contexto histórico do Seridó potiguar é marcado pela herança da república velha, a qual se fixou até os dias atuais sob a forma de repressão, voto de cabresto, curral eleitoral, chantagens políticas, patriarcado, forte concentração de renda em pequenos grupos, preconceito, ausência de informação e dos direitos políticos e humanos. São sinais claros de um sistema que facilmente fagocita e destrói qualquer forma de pensamento que lute contra seu padrão.

Aliás, é muito mais cômodo, vantajoso e fácil para um estudante entrar na faculdade, concentrar toda sua energia ao longo da graduação no núcleo técnico da medicina, terminar seu curso, ganhar seu dinheiro, conquistar seu ápice da carreira, atender seus pacientes e todas as noites deitar na sua cama feliz, achando estar fazendo a diferença por fazer o “favor” de cuidar das pessoas. Não digo que os estudantes são os culpados, infelizmente é muito mais difícil, doloroso e adoeceador lutar contra um sistema tão rígido, com professores que, muitas vezes, ao invés de dar asas ao conhecimento, podam os saberes do indivíduo. O problema é que novos ciclos viciosos de corrupção, descaso e pobreza são gerados nessa história. Até que alguém perceba e comece a tentar fazer algo. Um portfólio já é um bom começo.

Foi a partir dessa reflexão que obtive uma terceira sensação.

### A certeza

Ainda no dia da independência, as primeiras rodas de conversa foram se estabelecendo. Foi nos dois momentos que descreverei abaixo que a certeza de estar em um bom caminho de formação se fez presente.

Em roda, diversos estudantes, não apenas de medicina, começavam a compartilhar seus conhecimentos sobre militância em defesa do SUS e da oferta da saúde pública em todo o país. Novamente, estava diante de pessoas que nunca vi. Mais um desafio. Mais um combate infindável entre simpático e parassimpático. Porém, era a primeira oportunidade de falar. Falar de onde vim, porque vim, onde estudava.

— Então, mas a gente já consegue ter um acompanhamento multiprofissional, com inserção no campo de prática da atenção primária à saúde desde o primeiro período. Realizamos promoção da saúde e prevenção de agravos a partir do Diagnóstico de Saúde da Comunidade. Temos praticamente 100% de metodologias ativas no método de ensino. É uma das considerações colocadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2014, e que foram base para o Projeto Político Pedagógico lá da minha faculdade que conseg...

Sou subitamente interrompido.

— *Oi? Mas de onde você é? Indaga a garota ao meu lado esquerdo. Quando me dou conta, estão todos olhando para mim com faces curiosas.*

— *Sou estudante do 5º período da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, campus de Caicó da UFRN. Respondi.*

— *Ah, você é o rapaz de Caicó que veio sozinho? Indaga um dos organizadores.*

E mais uma vez me dou conta de que estou sozinho e de frente a um grupo de aproximadamente 16 estudantes. Todas escutando o que eu vivia cotidianamente. Intrigados? Curiosos? Ou simplesmente estão pensando que é tão chato/absurdo que não estão entendendo nada? Espero reações.

Logo após, no turno da tarde, um momento semelhante ao anterior repete-se. Ao apresentar o meu trabalho me deparo com alguns questionamentos.

— *Moço, me tira só uma dúvida, por favor. Qual o nome dessa disciplina mesmo? Questiona uma das avaliadoras.*

— *Vivência Integrada na Comunidade. Nela, temos a liberdade de realizar esses tipos de atividade no serviço de saúde.* Respondi de imediato, de forma objetiva, pelo pouco de tempo que restava para finalizar a apresentação.

Ao término do dia, com roda e apresentação de trabalho, tive a oportunidade de explicar melhor que tipo de “disciplina” era a VIC e nesta narrativa explicativa pude ressignificar o que a EMCM representava para mim.

Acredito que tenha saciado a curiosidade de algumas pessoas. Ao perceber certo encanto das pessoas pelo meu lugar de fala uma quarta sensação tomou meu corpo e meu pensamento.

## A exaltação

Sábado, 8 de setembro de 2018.

Depois de tantas certezas, dois momentos merecem um destaque especial na minha memória e neste capítulo. Era um fim de tarde. O clima continuava ameno. Os fóruns de discussão continuavam a todo vapor, com diversos posicionamentos com liberdade de expressão frente ao cuidado do SUS e as intervenções políticas sob o sistema.

O primeiro momento foi vivenciado no fórum que se tratava da conjuntura atual da formação médica (Fotografia 4). Por isso, logo que percebi de qual tema tratava-se, acabei apressando-me para adentrar na sala de discussão. Fui um dos primeiros, e acabei conseguindo um bom lugar para sentar próximo aos palestrantes. E que palestras! A destacar o professor Edmundo Gaudêncio, médico psiquiatra, mestre e doutor em sociologia. O qual conseguiu apreender minha atenção, e desenvolveu um dos momentos mais ricos de aprendizado em todo o evento, diante de uma análise sobre o histórico da educação médica e os moldes atuais que perpassam o ensino médico do país. Em seguida, abriu-se para as perguntas. Extasiado, não poderia deixar passar a oportunidade de minimamente me comunicar com o mesmo.



Figura 4: Fórum sobre a avaliação da formação médica. Fonte: Equipe organizadora do evento.

— *Meu nome é Helyson, sou estudante da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, campus de Caicó da UFRN. Lá nós possuímos um formato de metodologia ativa de ensino, que se utiliza a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e da inserção desde o primeiro período do curso dentro dos cenários de prática do SUS através da Aprendizagem Baseada na Comunidade (CBL). Além disso, existe um módulo chamado Vivência Integrada na Comunidade (VIC), que apresenta metodologia de ensino centrada no estudante e caracteriza-se como internato longitudinal ao longo da graduação, incentivando e possibilitando atividades interprofissionais e ampliando os cenários de prática para os discentes em todos os níveis de atenção da rede de saúde municipal em três cidades do interior do Rio Grande do Norte. Frente a essa descrição, na sua opinião, quais os benefícios e desafios encontrados pelos novos formatos de ensino médico pelas universidades?*

Silêncio no recinto. Perguntei de forma, clara e objetiva, sem desvios. Precisava ouvir de mais alguém. Alguém como ele. Estava ali para isso, para me instrumentalizar, aprender, viver, descobrir. Mas parecia complexo. Todos esperavam uma resposta, e ela veio.

— Parabéns!

Pensei não ter ouvido ao certo a resposta. Soava como uma espécie de parabenização. E era. Mas não tinha entendido ao certo o objetivo daquela expressão. Fiquei tão exaltado que pensei não ter entendido a resposta.

Logo em seguida, caíram ao centro da roda as observações acerca da pergunta. Rasgaram-se os elogios. O palestrante conhecia o projeto pedagógico do curso, tendo uma leitura diversificada sobre a temática. Afirmou acreditar nas novas formas de metodologias ativas. Os parabéns, afinal, foram dados simplesmente por estar estudando na EMCM, e por estar dentro da luta para o fortalecimento do SUS e do formato da faculdade. O mesmo afirmou ainda que gostaria bastante de conhecer a minha escola.

Emocionado? Pode colocar milhares de emoções ao ouvir tais comentários. Parecia estar fazendo cada vez mais sentido toda essa luta, toda essa militância, todo esse tempo de estudo e dedicação para tentar transformar a medicina numa prática mais humanizada e universal. Ao fim da palestra, despedi-me dos palestrantes e os convidei para conhecer a EMCM. Referi que a mesma estava de portas abertas para recebê-los, e tenho a certeza que seria um ganho enorme

para a história da faculdade. Além do mais, ele pôde explicar um pouquinho mais sua visão da prática da medicina e opinião das formações médicas. Com toda sua experiência, serviu para encantar-me ainda mais naquele momento rico de vivência.

— *Portanto, estamos esperando-o, professor para fortalecer ainda mais minha quinta sensação.*

## A luta

Ainda na tarde daquele sábado.

Saio do fórum de educação médica e me desloco com a “alcateia” de novos amigos para esperar o ônibus da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) que viria nos pegar e levar até o alojamento. Foi nesse percurso que vivenciei um dos momentos mais fortes que demonstra a representação estudantil, feminina, militante, política, social e humana da vida, através da minha recém conhecida e amiga Adriana Azevedo.

Ela caminhou através daquele caminho tortuoso de pedras, rodeado de gramado e árvores floridas em tons roseados. Abriu os braços. Ergueu a cabeça. Inflou os pulmões em ambos hemitórax, até o máximo que sua capacidade inspiratória alcançaria. E como se não houvesse mais nada ao seu redor, apenas aquele caminho e o seu ar, ela soltou uma voz que repercutia em todas as direções ao mesmo tempo, inclusive na alma daqueles que estavam ao redor.

Maria, Maria

É o som, é a cor, é o suor

É a dose mais forte e lenta

De uma gente que ri

Quando deve chorar

E não vive, apenas aguenta

Subitamente uma força de vontade e luta preencheu um grande vazio que esperava ansiosamente para ser preenchido em mim. Naquele momento tudo fez sentido. Foi a síntese de uma chuva de ideias. Foi o resumo do passo 6 do PBL no tutorial. Foi tudo o que já deveria ter dito, porém, até aquele momento ainda não

havia sido. Eu só sei que naquele momento, daquela forma, naquele lugar e por causa daquilo tudo se desfez e se fez novamente.

São as diversas Marias e Joãos, o povo do Brasil, sou eu, é você que merece viver e amar. Que trabalha, sofre e não tira o sorriso do rosto, apesar das dificuldades. Que tem uma magia, que é alegre e encantador(a). De mistura de diversas cores, etnias, povos que lutam todos os dias para sobreviver. Que dependem de um SUS universal, gratuito e de qualidade. Que precisa de profissionais atentos as demandas da população. Que muitas vezes nem se vive, apenas aguenta a vida como ela acontece. E, muitas vezes, acontece de forma dolorosa. Mas é preciso ter força. É preciso ter raça. É preciso ter gana sempre. É preciso ter saúde, educação, justiça, respeito, atenção às pessoas, à saúde mental da comunidade e dos profissionais. É preciso não zombar quem necessita, dando o suporte emocional, psicológico, técnico. É preciso conversar sobre os problemas, sobre os tabus, sobre a militância, sobre política, sobre opressões, sobre racismo, sobre machismo, sobre homofobia, sobre PRECONCEITO. Sobre ignorância de não entender o que o outro passa. É preciso ter manha. É preciso ter graça, benevolência, charme e desenvoltura. O sonho brasileiro tem de estar sempre vivo, e nada mais forte e contagiante que o povo sonhador do Brasil, que possui essa “estranha mania” de ter fé na vida. O otimismo brasileiro de que uma hora tudo vai melhorar, de que as coisas vão se concertar, de que Joãozinho vai ter o que comer quando chegar na escola. Que a(o) professor(a) vai estar na sala de aula esperando o aluno. Que o médico vai olhar na sua cara e vai te chamar pelo seu nome. Que o estudante vai se apresentar em respeito ao paciente. Que a liberdade de ir vir vai estar preservada, junto da liberdade de expressão. Que o seu filho não seja atingido por uma bala perdida quando estiver indo para a escola estadual.

Que alguém leia este portfólio e sinta no mínimo um pequeno pedaço do seu vazio sendo preenchido, assim como eu senti. E que solte esses braços cruzados, erga a cabeça, sente numa roda de conversa, participe, fale e faça. Espero contribuir de alguma forma para sua percepção do que é medicina e do atual contexto do ensino médico. Essa foi a narrativa de uma das minhas maiores e mais belas experiências relacionadas a formação médica que já vivi. Isso é medicina, todos os dias foram, e hoje coloco em prática a verdadeira medicina.

Nã há, entretanto, como experienciar sem atribuir sentido teórico e

prático. Há de se aplicar na vivencia cotidiana a responsabilidade de existir como médico no Seridó.

## **2ª Parte - A importância da Vivência no Seridó: sensações transformadas em responsabilidade social**

Nesta segunda etapa, venho destacar a importância das metodologias ativas de ensino e suas aplicações inovadoras, no contexto da educação médica. Como havia escrito previamente, a experiência citada neste capítulo surgiu da oportunidade de se vivenciar diversos aspectos envolvidos na formação do estudante, que perpassam o ambiente da sala de aula.

A partir disso, nota-se que o módulo da VIC possui um importante papel ao proporcionar os espaços, dentro das mais diversas formas de vivência, para formar estudantes capazes de realizar uma leitura e agir de modo crítico e reflexivo sobre o ambiente no qual está inserido, levando-se em consideração os diversos aspectos do sistema de saúde, com enfoque na discussão sobre a Atenção Primária à Saúde (APS).

Tal modelo de formação é preconizado pelos principais órgãos governamentais e internacionais que representam os cuidados a saúde.

Um recente estímulo nesta direção foi a preconização da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) de que os países americanos criem mecanismos de cooperação entre as instituições educativas e de serviços de saúde para promoção de um modelo de educação profissional orientado para a universalidade, equidade e alta qualidade. A proposta é que, durante o período de 2007 a 2015, 80% das escolas de ciência da saúde reorientem sua formação para a APS e as necessidades de saúde comunitária, incorporando também estratégias para formação Inter profissional. (DEMARZO et al., 2010)

Aliás, a metodologia de internato longitudinal, utilizada pelo módulo da VIC, é uma inovação dentro do campo da formação médica. Os desafios para seu funcionamento são constantes para aqueles que ousam ser os pioneiros a implantar sua metodologia, principalmente num campo de prática que possui limitações e que o tradicionalismo cultural da educação médica e as questões sociais implantam

obstáculos para qualquer forma de inovação, como no Seridó potiguar. Tudo isso, pude compartilhar com diversos colegas durante a experiência narrada anteriormente, dando voz ao modelo utilizado na EMCM.

Hoje, a EMCM possui um papel fundamental na quebra de paradigmas na formação do profissional médico. Seu modelo de ensino abarca uma interação dos níveis de atenção da rede de saúde mais fortalecida, proporcionando articulações intermunicipais para atuação em diversos campos de prática, tendo como “carro chefe” a Atenção Primária à Saúde. Neste modelo e relacionando com minha experiência como construção de um coletivo de trabalho, faço parte, com muito orgulho, da equipe da Unidade Básica de Saúde Paraíso I, desde o segundo período do meu curso (Fotografia 5). Lugar onde aperfeiçoei e adquiri diversas habilidades e competência médicas, humanas, técnicas com todos os(as) profissionais e usuários(as), e desde já entendo que tenho uma dívida de gratidão imensurável com todos.



Figura 5: Momento de acolhimento dos integrantes da UBS Paraíso 1, Santa Cruz-RN. Fonte: acervo pessoal.

Esta imersão na realidade, em certa medida, só foi possível pois:

No Brasil, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde avaliam que os cursos de Medicina diretamente comprometidos com a formação de um médico capaz de responder às necessidades sociais da população e com maior grau de aderência aos princípios das DCN

concentram boa parte de suas práticas acadêmicas em unidades da rede básica, ratificando a importância desse espaço para o ensino médico de graduação. (DEMARZO et al., 2010)

Neste sentido, fica claro a importância de uma integração ensino-serviço-comunidade eficaz para fortalecer o SUS. Esse fortalecimento só será robusto quando desenvolvermos o que vivi no EREM. A colaboração e sensação de pertencimento. As dificuldades sempre irão existir. Aliás, o SUS tem total capacidade para oferecer o melhor serviço de saúde para a população do Seridó. Todavia, é necessário que lutemos por seu fortalecimento. Dessa forma, todos serão beneficiados, e a EMCM vem para instigar essa força, com suas metodologias inovadoras e o módulo da VIC pode ser considerado:

O ‘fato novo’ representado ora pela presença e atuação de estudantes no serviço, ora pelo interesse da universidade em participar ativamente da gestão e da Atenção à Saúde no município expressa-se como elemento tensionador nas pactuações e de esclarecimento de papéis, como o da própria universidade, da gestão local do SUS e dos trabalhadores-preceptores. Essas situações acentuam a heterogeneidade entre as expectativas e necessidades da universidade e das redes de Atenção à Saúde, constatando que ainda são necessários ajustes e arranjos organizativos, a fim de diminuir a resistência e aumentar a permeabilidade para que ambos os lados possam ser beneficiados por essa experiência. (OLIVEIRA et al., 2017)

Além disso, a EMCM possui um dos aspectos mais importantes que impulsionam seu modelo de formação e é um dos motivos de sua existência, que é a responsabilidade social da Escola. Enquanto instituição formadora de profissionais cada vez mais comprometidos com a realidade local, em termos técnicos e humanos, capazes de tensionar mudança, sendo, portanto, agentes transformadores da saúde do nosso Seridó.

Assim, a partir dessas reflexões as dúvidas acabaram transformando-se em certezas. Certeza de que o SUS precisa de cada estudante, profissional e usuário(a) que se utiliza de seus serviços. Certeza de que a militância pelo fortalecimento da rede pública de saúde deve ser cotidiana. Certeza de que quero ser um profissional mais

humano. Certeza de que não preciso deixar de lado as ciências políticas e sociais, na verdade elas também são fundamentais para minha formação. Certeza de que agora, mais do que nunca, sou um promotor de mudanças no meio no qual estou inserido, e que nada disso está sendo em vão.

Com isso, agradeço enormemente a todos que fizeram possível essa reflexão e por acreditarem no potencial da EMCM e de um de seus estudantes. A destacar:

Os(as) professores(as) da EMCM que sempre deram toda forma de apoio e se dispuseram a me ajudar. Em especial, Cristiane Spadacio e Ana Luiza de Oliveira e Oliveira.

Aos integrantes do Centro Acadêmico de Medicina George Dantas (CAMGED), que buscaram apoio e incentivaram minha constante instrumentalização com uma força sobrenatural para levar a frente os desafios do movimento estudantil e do curso de medicina.

Ao Diretório Executivo Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e todos os organizadores do Encontro Regional dos Estudantes de Medicina (EREM), por proporcionarem tal experiência.

Aos meus amigos e integrantes da alcateia, Amanda, Dannyel, Leticia, Adriana, Rayssa, Abraão, Cadidê, Raphaella, Felipe, Pedro Melo, Gean, Lucas, Fernando, Augusto, Victor e Tomaz, alunos do curso de medicina da Universidade do Vale do Rio São Francisco (UNIVASF), que me adotaram e mostraram o real sentido de coletividade, companheirismo e militância por um Sistema Único de Saúde (SUS) melhor.

E a você que parou suas atividades para realizar esta leitura. Desejo que o SUS floresça em você tal como floresceu em nós (Fotografia 6).



Fotografia 6: Foto de despedida do evento entre alguns dos participantes. Fonte: acervo pessoal.

## Referências

- BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.
- DEMARZO, Marcelo Marcos Piva et al. Internato Longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.430-437, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022010000300013>.
- MODESTO NETO. **As lutas do movimento estudantil potiguar: ontem e hoje**. 2011. Disponível em: <<https://dialogosocialista.wordpress.com/2011/12/29/as-lutas-do-movimento-estudantil-potiguar-ontem-e-hoje/>>. Acesso em: 29 dez. 2011.
- NASCIMENTO, Milton. Maria Maria e Último trem. Rio de Janeiro, gravadora Nascimento, 2002.
- OLIVEIRA, Ana Luiza de Oliveira e et al. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1355-1366, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0533>.
- POLI NETO, Paulo; FREITAS, Fernanda Lazzari. Tristeza, sensação de depressão e perturbações depressivas. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 219. p. 1906-1915.

## CONTRIBUIÇÕES DO MÓDULO DE VIVÊNCIA INTEGRADA NA COMUNIDADE PARA A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA: RELATOS DE UMA VIVENTE

Anthonyany Anistayne Silva de Lima Alves - Acadêmica do 5º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Profª Drª Ana Luiza De Oliveira e Oliveira - Professora da EMCM/UFRN

Prof Dr George Dantas - Professor da EMCM/UFRN

Herdamos, em certa medida, um modelo e uma identidade profissional, entretanto, a nossa busca deve ser a de deixar um legado de mudança para os médicos futuros. Posso afirmar que sinto que somos, estudantes transeuntes que visualizam, em última instância, o que deixaremos para os próximos estudantes que por aqui passarem. Neste sentido, percebo que o mundo não é meu, não é nosso, não é de ninguém. Somos fundamentalmente transitórios, passageiros, em curso, em construção permanente.

Em nossa formação, ousamos ser diferentes! Aceitamos o desafio de sermos pioneiros. Resignificamos o modelo médico centrado, hospitalocêntrico, centrado na doença, paternalista, curativista dos profissionais formados sob a égide do modelo biomédico. A partir desta insatisfação as questões que me inundam para minha reflexão neste portfólio são: Qual médico e quais identidades os futuros médicos herdarão de nós? O que, nesse momento transeunte pelos serviços, deixamos de legado? O que está sendo construído e o quanto já foi percorrido na direção do perfil profissional que reconheci como pretendido?

Este trabalho centra-se na autorreflexão de uma estudante que agora cursa o módulo Vivência Integrada na Comunidade 3 (VIC3). Neste momento, o nó escolhido por mim para orientar este portfólio gira em torno de duas questões que transitam entre o velho e o novo. Pretendo aprofundar meus estudos para identificar de forma crítica e reflexiva quais influências indentitárias e culturais foram deixadas pelos médicos que estiveram nos equipamentos de saúde por mim percorridos e quais influencias os médicos atuais propõe deixar para os estudantes e médicos que virão. Entendendo esse momento como de importância singular na minha construção identitária de qual médica eu serei no futuro.

A formação da identidade profissional tem despertado o interesse de muitos pesquisadores na área de educação médica (BURFORD; ROSENTHAL-STOTT, 2017) e foi eleita, portanto, como objeto de minha reflexão a partir de minha vivência na Atenção Básica em uma Unidade Básica de Saúde no município de Currais Novos, Rio Grande do Norte. Aprender a ser médica envolve não apenas a aquisição do conhecimento e habilidades técnicas, exige que tenhamos uma visão ampliada da profissão e de como vamos nos constituindo ao longo de nossas vivências. O estudante em si, como indivíduo, é modificado no curso desse processo, desenvolvendo sua identidade profissional (SCHEI *et al*, 2018). A construção dessa identidade não pode ser rígida (HALL, 2005), sendo influenciada pelo *input* cognitivo, pelas internalizações inconscientes dos comportamentos, linguagem e concepções de conhecimento, pelo modo como o outro me vê e de aspectos informais do ambiente acadêmico. Para mim, a identidade do estudante de medicina é o tronco a partir do qual se desenvolverá a identidade do médico no futuro. Este tronco é capilarizado através de vivências e experiências que nos transformam.

A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN) oferece ao estudante de medicina um componente curricular obrigatório denominado Vivência Integrada em Comunidade (VIC). Neste período que se repete por 7 semestres, os estudantes são carinhosamente chamados de viventes. É no transcorrer desse componente curricular que o estudante é chamado a experienciar a dinamicidade própria dos coletivos humanos, desde seu segundo semestre de curso. Dinâmico do ponto de vista dos ciclos vitais, do ponto de vista humano e de seus processos relacionais e de trabalho. Para mim, é através da VIC que a vida real e cotidiana em comunidade, em sociedade se mostra. A permanência nos equipamentos de saúde da rede durante quatro semanas, possibilita (re)encontros formativos, significativos, de construção de vínculo e de identidade profissional. Permite reencontrar-se com a comunidade num espaço político, social e econômico em constante construção e desconstrução, a sofrer avanços e retrocessos, dado o momento histórico vivido. É o que chamamos de longitudinalidade do cuidado.

A Vivência me ofereceu, por exemplo, a oportunidade, dentre tantas experiências marcantes, de reencontrar o binômio mãe-filho. Explico. Na VIC



2 encontrei uma futura mãe em sua fase gestacional, agora, na VIC 3, separados fisicamente no pós-gestacional fui ao encontro dela em uma visita domiciliar com a equipe de saúde da família (eSF) da Unidade Básica de Saúde que faço parte. Um parêntese, pretendo na VIC 4 acompanhar as consultas de crescimento e desenvolvimento desta criança! Voltemos à visita domiciliar. Durante a visita, uma reflexão oportuna e ímpar se estabeleceu quando tomei o *mijo*<sup>15</sup> (licor, bebida alcoólica doce culturalmente oferecida ao visitante do recém-nascido) da criança em sua primeira semana de vida: Quem sou eu e o que represento como estudante ao compartilhar o cuidado àquela gestante? Quem sou eu no momento presente e como esta conexão amorosa e significativa pode construir minha identidade profissional? Em que medida, o compartilhamento daquela bebida produz mudanças do papel de sujeito estritamente profissional a oferecer cuidados em saúde ao visitante da família que acabou de receber um novo membro? Percebi que naquele instante um vínculo se estabeleceu e que poderia ser fortalecido pela continuidade da Vivência.

Meu anseio de que minha prática médica futura esteja alicerçada na experiência compartilhada de confiança, tal qual a estabelecida entre mim (uma estudante) e uma jovem mãe, se materializou no momento de escuta cuidadosa, empática, acolhedora e aberta, identifica as necessidades de saúde oriunda de uma realidade local. Esse movimento só pode ser construído quando o vínculo se estabelece e afeta mutuamente os personagens envolvidos neste encontro. No caso da visita domiciliar aqui relatada, a percepção de que o vínculo construído permitiu a continuidade do cuidado em saúde e bem estar não somente físicos, biológicos, orgânicos da mãe e do bebê, mas também afetivo e mental. Para mim, foi uma grande lição identitária.

A identidade tem componentes externos ao sujeito, ou seja, a forma como o outro me vê, também me constitui (HALL, 2005). Assim, perceber que aquela mulher necessitava não apenas de uma triagem inicial para o pré-natal, inquestionavelmente necessária, mas de ser empoderada, fortalecida, apoiada me tornou, também detentora destas qualidades. A constatação de que colocar a

<sup>15</sup> Na região do Seridó, o Mijo é uma bebida doce, feita a base de álcool e uma fruta (maracujá, jaboticaba, cajú, manga ou outra que esteja na época de produção) ou até mesmo chocolate. Ele compõe o enxoval do bebê e a mãe encomenda ou prepara a bebida para ser oferecida ao visitante da mãe e da criança. É uma maneira cortês e tradicional de agradecer e celebrar a chegada do novo membro e apresentá-lo aos amigos e conhecidos. A bebida é colocada numa garrafa ricamente decorada e servida em pequenas taças.

disposição dela o melhor conhecimento científico disponível carece, primeiramente, do vínculo e da confiança para que de fato se traduza em cuidado, foi uma lição apreendida. À esta mulher, à oportunidade de conhecê-la e acolhê-la num momento de tanta fragilidade, depois transformados em força, amor e resiliência ao acolher seu filho, a gratidão pela marca deixada nesse tronco, assim denominado por Schei *et al* (2018), do alicerce, do arcabouço médico que quero ser.

Foi a partir desta discussão entre tecnicismo e humanismo que tomei ciência dos avanços necessários para uma boa prática médica. Estar imersa na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), produz em mim a grata sensação de ter posto os pés na fronteira de um paradigma de atuação médica. Do médico focado na doença, paternalista, centro do atendimento, estrela da equipe, ao ser humano limitado e aprendiz, consciente da necessidade de trabalhar em equipe e que consegue ultrapassar a fronteira da condição biologicistas para dialogar com saberes, nem sempre postos, para construir, de fato, um fazer em saúde responsável e colaborativo.

A consciência de assumir o risco do impacto gerado pela desestabilização de um modelo hegemônico de identidade profissional, já bem estabelecido nas equipes de saúde e na sociedade nos leva a uma provocação que resulta em críticas, descrédito e dúvidas sobre a competência técnica do estudante que se atreve a desenvolver competências humanistas em sua dimensão relacional. Vale recordar que a atuação médica baseada apenas no conhecimento científico não alcança o que é, para mim, o exercício da medicina que deve ser balizado por competências relacionais e colaborativas com foco no usuário e não no poder profissional. São os usuários que me lembram a humanidade do ofício que escolhi. Os pares, gestores e profissionais têm a função de lembrar a ininterrupta e necessária atualização profissional, a fim de gerar um cuidado responsável, eficaz, baseados nos princípios éticos de defesa da vida. A todo esse cenário de sujeitos que afetam e são afetados, a recordação do poema de Cecília Meireles:

É preciso não esquecer nada:  
nem a torneira aberta nem o fogo aceso,  
nem o sorriso para os infelizes  
nem a oração de cada instante.

É preciso não esquecer de ver a nova borboleta  
nem o céu de sempre.  
O que é preciso é esquecer o nosso rosto,  
o nosso nome, o som da nossa voz, o ritmo do nosso pulso.  
O que é preciso esquecer é o dia carregado de atos,  
a idéia de recompensa e de glória.  
O que é preciso é ser como se já não fôssemos,  
vigiados pelos próprios olhos  
severos conosco, pois o resto não nos pertence.  
(MEIRELES, C. 2001)

Entende-se, portanto, que a VIC, os preceptores e os momentos formativos ocorridos na universidade, atrelados aos demais componentes curriculares e ao andamento das atividades acadêmicas pós-Vivência, em conjunto e articuladas, atuam construindo o perfil médico. Um perfil que será o somatório de todas as experiências, que podem ser consideradas o ponto de partida na transição estudante/leigo. Importante, pois, é que essas experiências sejam direcionadas pelo consenso do que a sociedade espera de um médico e de como a julgará adequado para sua prática profissional. Isso envolve o que devemos buscar no corpo de pensamento produzido pelo senso comum, pelo saber popular e pelo que é necessário institucionalmente, para ser um bom médico. Junto a tudo isso, o arcabouço jurídico, ético (código de ética profissional) e moral influenciam as práticas de cuidado. Cabe aos educadores – professores e preceptores –, em todos estes espaços de ensino e prática, estabelecerem o objetivo claro da formação médica, dando suporte e facilitando o aprendizado dos estudantes para que desenvolvam sua identidade profissional (CRUESS, 2015).

A jornada individual de cada estudante desde leigo até profissional é única e é afetada por quem ele foi ao início e quem ele quer se tornar (Viesenteiner, 2013). Por isso este questionamento é o fio condutor ao início de cada VIC. A formação dessa identidade além de singular, é dinâmica e alcançada através da socialização nos espaços de prática. Por se expor à uma realidade singular, instala-se no estudante uma tensão emocional no encontro entre o que o mesmo preconcebe como sendo a identidade do médico e o modelo trazido pela universidade. Este talvez seja um

dos muitos conflitos que tem levado o estudante de medicina, especialmente nos primeiros anos do curso, a níveis mais altos de adoecimento, *burnout* e ideação suicida que a população adulta: os médicos não são como idealizamos.

Entretanto, devemos perceber que o desenvolvimento emocional do estudante, para lidar com esse primeiro desafio faz parte também da construção dessa identidade profissional médica (STUBBING; HELMICH; CLELAND, 2018). Ousa-se dizer que não somente o conflito entre o que a instituição formadora acredita, o que o estudante deseja e o que o mesmo vê na realidade é causa de adoecimento, mas também, as expectativas de todos os demais grupos nos quais os estudantes de medicina fazem parte, desde a família ao grupo de amigos, em espaços formais informais de aprendizagem. Entendendo que cada estudante também carrega as suas impressões sobre os médicos pelos quais passou ou não e pelo que pessoalmente anseia, me coloco, em um movimento de construção de identidade, pensar e exercitar, a médica que desejo ser.

Assim, reflito, a cada acompanhamento com meus preceptores (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde), como nos transformamos ao longo do processo de formação, passando de estudantes a profissionais e adquirindo recursos de adaptabilidade de carreira considerando o desenvolvimento do autoconceito como parte da identidade (SILVA e TEIXEIRA, 2013). O autoconceito pode ser entendido como a imagem que uma pessoa tem de si nos diversos papéis que desempenha ao longo da vida, como por exemplo, filho ou filha, pai ou mãe, estudante ou trabalhador. É a partir desta visão que tem de si mesmo que o sujeito faz escolhas, buscando oportunidades de expressar o seu autoconceito através do desempenho dos papéis. Assim, os estudantes universitários fazem uma primeira tentativa de traduzir o seu autoconceito em termos profissionais quando escolhem o curso superior. Nesse momento inicial, porém, é o papel de estudante que usualmente é o mais saliente (pelo menos para estudantes típicos), e não o de trabalhador (SILVA; TEIXEIRA, 2013).

Este autoconceito é percebido por mim como muito presente no que Fergus *et al* (2018) descreve como currículo oculto. Eu percebo que esta dimensão do currículo, reforçam práticas que estabelecem tensão entre o currículo formal e as experiências vividas pelos estudantes pois, obviamente, suas concepções

de mundo e de sujeito, nem sempre coincidem com o que vivemos. Apesar das tensões, o currículo oculto também produz experiências que julgo essenciais para reconhecer-se à medida que desenvolve seu papel em ambientes reais, a saber, a autonomia do estudante em aprender imerso na realidade.

Com base no exposto pelos autores acima, uma boa escola de medicina deve ultrapassar os requisitos mínimos de um corpo docente qualificado, de um acervo bibliográfico atual e disponível ao estudante, de um espaço físico adequado as demandas curriculares e de espaços de prática que possibilitem a consolidação do conhecimento de maneira autônoma. Assim, as experiências de mundo transcorridas no período da formação também colaborarão na construção de autonomia, elemento importante para a constituição da identidade profissional (FREIDSON, 2009). Neste ponto, além da EMCM alicerçar-se numa metodologia centrada no estudante (MELO *et al*, 2017), conta com estratégias que visam oportunizar experiências que constituirão, também, o currículo oculto, sendo uma delas a imersão do estudante durante quatro semanas dos módulos VIC nos pontos da rede de assistência e nas comunidades, em meu caso, no município de Currais Novos.

Esta vivência, ainda que apresente objetivos curriculares específicos nos expõe ao que é novo, ao que nos afeta, ao que nos transforma. Elementos estes que possibilitam a integração mais concreta do estudante com a dinâmica do bairro, da cidade, das famílias, das relações entre profissionais, da percepção de si. Assim, a VIC me forma. Entende-se que a formação será ainda mais significativa e fortalecerá sobremaneira a missão educacional de oportunizar a construção de uma identidade médica sensível à realidade humana, à realidade em que estará inserido, crítico e reflexivo se ampliar a oferta de espaços de formação. Entendo que se adequando à realidade local, eu construo em cada Vivência parte de minha identidade profissional orientado por meus professores, tutores, preceptores, colegas e usuários. Sem claro, eximir o papel pró-ativo e protagonista do próprio estudante a buscar esses espaços de formação além dos muros institucionais.

Mas não vejo apenas a beleza dos módulos VIC. O que se percebe é que a corrida pelo ganho cognitivo tem roubado provavelmente todo o fôlego e o tempo dos discentes na experimentação de outras ferramentas formativas. Estamos deixando de realizar Vivências (BONDIA, 2005). Ora! Isso é o que reflete a própria

ideia tradicional e historicamente construída em sociedade do trabalho médico: aquele que domina seu campo teórico/técnico com maestria, o superespecialista, tal como as demais profissões da era industrial (HEINZLE; BAGNATO, 2015). Mas, tal qual indagado no início deste portfólio: será que este perfil é o que, de fato, caracteriza um bom médico?

Entendendo que não, e que a EMCM nos oferece espaços para exercitar outro perfil formativo para compor minha identidade<sup>16</sup>, tomo o código de ética do estudante de medicina como base. Em seu artigo 35, o referido código afirma que é responsabilidade do estudante contribuir na construção de um currículo que valorize o processo de reflexão crítica e humanística do ensino. Assim sendo, a VIC me oferece momentos e elementos para exercitar tal reflexão através, por exemplo do que o artigo 36, também deste código de ética, afirma que “cabe ao estudante de medicina valorizar a compreensão da determinação social do processo saúde-doença” (BRASIL, CFM, 2018).

Compreende-se que nossas vivências carregas de suas várias linguagens, podem constituir-se fontes históricas singulares na compreensão dos processos humanos de nascer, viver, adoecer e morrer num dado tempo histórico e localidade. Não se pode, assim, desconsiderar o impacto das experiências vividas na formação de um profissional posto que compreender a saúde como um processo complexo é considerar a pluralidade das manifestações humanas, às quais podem ser alcançadas pelo fazer médico.

Podemos, por exemplo citar a arte e suas múltiplas linguagem como um modo de entrelaçar cognição, sensação e criatividade a fim de ampliar o olhar e fornecer elementos que os livros médicos podem excluir como importantes elementos da composição de minha identidade. Um exemplo de como a arte pode subsidiar o fazer médico é a utilização da produção local de artes: poesias, contos, pinturas, músicas como material para apropriar-se dos costumes, hábitos e percurso histórico daquele dado local em atividades de educação em saúde, educação permanente, durante encontros clínicos e na ambiência das UBSs.

Para exemplificar, descrevo um encontro entre mim, meu preceptor e a arte. O preceptor em questão foi um médico do Programa Mais Médicos que

16 Além das atividades desenvolvidas os grupos tutoriais que utiliza a metodologia da Aprendizagem Baseada em problemas (PBL), na EMCM, nós estudantes, temos a oportunidade de desenvolver atividades como Saraus, cursar disciplinas optativas como Medicina e Arte por exemplo.

havia chagado de Cuba. Sua dificuldade em entender, por exemplo, quais eram os alimentos consumidos por usuários da comunidade em que estou inserida me chamou a atenção. Obviamente que a cultura alimentar de um local não se aprende com leituras técnicas. Um recurso encontrado por mim foi apresentar o cantor Luiz Gonzaga, reconhecido por promover a divulgação da cultura nordestina em todo o país. Considerando que a letra da música *Feira de Caruaru* retrata as feiras de todo o Nordeste, apresentei a música ao médico preceptor e com ele discuti a possibilidade de encontrar nas feiras desde ervas, comidas, frutas até hábitos e vocabulários que iluminariam a semiologia médica.

Tem massa de mandioca,  
 Batata assada, tem ovo cru,  
 Banana, laranja, manga,  
 Batata, doce, queijo e caju,  
 Cenoura, jabuticaba,  
 Guiné, galinha, pato e peru,  
 Tem bode, carneiro, porco,  
 Se duvidá... inté cururu.  
 Tem cesto, balaio, corda,  
 Tamanco, gréia, tem cuêi-tatu,  
 Tem fumo, tem tabaqueiro,  
 Feito de chifre de boi zebu,  
 Caneco acuvitêro,  
 Penêra boa e mé de uruçú,  
 Tem carça de arvorada,  
 Que é pra matuto não andá nú.  
 Tem rêde, tem balieira,  
 Mode minino caçá nambu,  
 Maxixe, cebola verde,  
 Tomate, cuento, couve e chuchu,  
 Armoço feito nas torda,  
 Pirão mixido que nem angu,  
 Mubia de tamburête,

Feita do tronco do mulungú.  
 Tem loiça, tem ferro véio,  
 Sorvete de raspa que faz jaú,  
 Gelada, cardo de cana,  
 Fruta de paima e mandacaru.  
 Bunecos de Vitalino,  
 Que são cunhecidos inté no Sul,  
 De tudo que há no mundo,  
 Tem na Feira de Caruaru.

(Compositor: ONILDO ALMEIDA; 1957. Cantor: Luiz Gonzaga)

Foi aí que percebi que esta troca fez com que a arte colaborasse com o vínculo, com a identidade e também com a construção de um melhor raciocínio clínico. Deste encontro com intercâmbio cultural, foi prazeroso, tal qual a visita domiciliar descrita nos primeiros parágrafos deste texto, perceber a materialidade de minha presença em um espaço. Identificar singularidades e semelhanças que poderemos desenvolver, eu e meu preceptor, fez com que fosse oportunizado maior sentimento de pertença, inclusão e co-responsabilidade por tempo e lugar presente.

Com um dos trechos da música, pude refletir sobre a identidade como elemento que supera um perfil ou uma corporação profissional, ela se constrói a partir de encontros que estabeleceram frutos como o vínculo e o respeito mútuo entre uma estudante de graduação em medicina e um preceptor médico de língua, formação de vida e experiência profissional distintos. Uma relação de grande aprendizado, especialmente mim ao perceber o quão potente é falar de onde vim como parte do legado que quero deixar pelos caminhos por onde passo.

O estudo de Sobral (2013), reconhece nas letras cantadas por Luiz Gonzaga a temática da cultura nordestina. Ao ler seu o estudo com a finalidade de contribuir para compreender como poderia contribuir na inserção do médico na realidade local, me deparei com um traço do comportamento do cantor - nunca se alimentar sozinho em uma mesa. Era neste momento que a partilha entre o cantor e pessoas em torno aos alimentos se mostrou, para mim, como um verdadeiro encontro. E através desta visualização de partilha, ressignifiquei o meu próprio trabalho em saúde que deveria ser também partilhado. Pensar

sobre isso e comparar os momentos da partilha dos alimentos com a partilha dos conhecimentos entre mim e o preceptor, me construiu enquanto futura médica.

Luiz Gonzaga e tantos outros artistas nordestinos podem contextualizar um modo de vida que está correlacionado com o processo saúde-doença, tantas vezes ignorado, subestimado ou omitido nas anamneses tecnicistas, tão singulares para o raciocínio clínico e conduta médica. Especialmente num contexto de transição epidemiológica: envelhecimento da população e aumento das doenças crônico degenerativas, concomitante aos desafios ainda não totalmente resolvidos das doenças infecto-contagiosas (DUARTE; BARRETO, 2012).

Haidet *et al* (2016) afirmam que o uso das artes na educação médica não é novidade e sugerem uma rica literatura que descreve muitos programas inovadores e estudos que justificam o investimento em tempo e recursos na arte como forma de promover habilidades clínicas e prática humanística. O ensino de habilidades como comunicação, observação e uma ampla variedade de tópicos humanistas pode se dar, por exemplo, numa visita guiada a um museu, numa aula de teatro ou revendo um filme. O desafio é encontrar motivação pessoal por parte dos docentes e discentes envolvidos neste processo.

Neste direcionamento, outra história que brotou de uma de minhas experiências durante a VIC, reafirma, em minha perspectiva, que a arte é também uma vivência e, portanto, constrói identidade. Foi durante a visita a um centro de peregrinação religioso importante na região onde o estudante pode se aproximar de alguns elementos do imaginário popular que me aproximei das manifestações culturais e religiosas como interlocutoras das realidades humanas. O local é referência de fé católica para muitos habitantes da região do Seridó, chamou atenção a quantidade de mamas, pernas, pés, fotografias de recém-nascidos, grávidas. Sob o viés da formação médica, pude visualizar que os pregadores falavam através de imagens e objetos como próteses, protótipos de mamas, registros fotográficos de cura. Neste ponto, minha cabeça transbordou questionamentos: o que os pagadores de promessa nos falam através de tantas próteses e registros fotográficos sobre a saúde no Seridó? O perfil de morbimortalidade? Que desafio oferece o diagnóstico de uma neoplasia mamária nessa região? O que falar da assistência obstétrica? Tantas fotografias de grávidas e recém-nascidos apontam para a manutenção

de um elevado coeficiente de mortalidade infantil e materna historicamente preocupante no nordeste do Brasil? Como eu, dentro do que espero ser como médica, posso realizar frente a este cenário?

A visita tomou um rumo totalmente inesperado, de reflexão sobre o papel do médico na região, ontem, hoje e no futuro. Não somente enquanto técnico, mas como cidadão, como humano, que possa integrar-se a essa realidade, com ela dialogar e por ela lutar por melhorias em todos os setores básicos, direitos universais de qualquer ser humano: o acesso à habitação, água, saneamento, terra, educação e saúde. Uma reflexão promovida por uma atividade fora dos pontos da rede de atenção à saúde, onde normalmente se presume ser o único espaço possível de aprendizagem. A visita também mobilizou a necessidade de realizar atividades em espaços para além da assistência direta ao usuário. Rapidamente, várias hipóteses de pesquisa e projetos de extensão tomaram conta de minhas motivações na certeza de que se tornam possíveis e necessários, para responder e atender tantos questionamentos. Atividades que encorpam o escopo de aprendizagem durante a graduação e desafia a imagem tradicional do médico, somente clínico e quase nunca pesquisador. Ainda que muitos tenham se promovido a agentes políticos através da medicina e tão poucos tenham sido hábeis, curiosos e tecnicamente capazes de resolver questões centrais para a saúde do cidadão Potiguar.

Pode-se considerar que ainda não tendo sido um encontro clínico ou a apresentação institucionalizada de um raro caso médico, muito foi incorporado ao meu currículo oculto (qual o tipo de arte é predominante, a habilidade em documentar uma peça anatômica humana, a devoção e a mística escondida por trás do depósito de um artefato de madeira ou gesso num santuário). Além das questões eminentemente epidemiológicas: sobre a frequência das doenças naquele espaço geográfico. Sem dúvidas muito do que não se é dito em uma consulta pôde ser apreendido naquela visita. O desafio de ser um construtor, defensor e trabalhador do SUS engajado nas questões centrais daquela comunidade: as questões da gestação e parto, as doenças crônico-degenerativas, em especial o câncer, dentre tantas outras subliminadas num seio de madeira ou num pé de gesso.

Para ilustrar como a arte (bem como as demais manifestações culturais dos dramas, sofrimentos e dilemas humanos), como todas as peças deixadas na

sala de devoção do centro de peregrinação são importantes na construção do futuro profissional médico, Haidet et al (2006) organizaram todo o pensamento da sua discussão numa imagem (Figura 1). Ela sintetiza muito bem o que os autores defendem: as artes promovem na prática médica o incremento da empatia, o incremento de outras habilidades como comunicação, observação e razão ética.

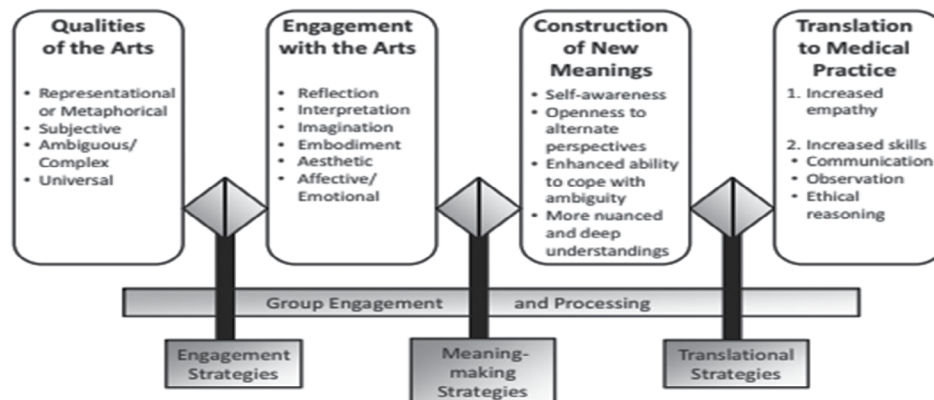


Figura 1 – Impacto das artes no aprendizado individual e na prática médica. Retirada do artigo de Haidet et al (2016, p. 328).

A importância dessa construção cognitiva, cultural e afetiva além dos muros da universidade está assentada nas complexas, intrincadas e múltiplas competências que o mundo moderno exige do futuro médico. Todas elas agem sobre a formação da identidade médica. Se for possível pontuá-las, arrisca-se elencar minimamente: 1) habilidades cognitivas, 2) habilidades em técnicas especializadas, e 3) habilidades comportamentais e atitudinais (LEMOS *et al*, 2007). As visitas informais durante o módulo VIC, a percepção da arte do encontro com usuários e preceptores, o diálogo com tutores e o vínculo produzido em meu tronco identitário, certamente produzem ramificações robustas. Conhecer a realidade em que estou inserida, despertar o senso de co-responsabilidade por esse meio e por fim e mais importante o quanto o médico está envolvido no processo de preservação e defesa da vida, em todos os espaços possíveis, seja como profissional ou cidadão é uma lição, um legado que quero deixar.

Compreendo, portanto, que a transição da universidade ao mercado de trabalho não implica apenas uma transição de contextos (ambientes), mas uma também transição de identidade. Uma construção em curso, tão dinâmica quanto os espaços de cuidado, quanto os atores sociais, também sob tantas influências e desafios, que circundam o estudante. Um conflito entre a identidade dos demais profissionais da saúde que compõem o serviço, a cultura institucional do serviço, nem sempre coerentes com o perfil médico preconizado pela universidade. Uma oportunidade de administrar conflitos, regular emoções, desenvolver habilidades de comunicação, trabalho em equipe, de escuta, empatia. A VIC nos dá este cenário que busca avançar nas questões subjetivas internas, de crescimento pessoal e, por conseguinte profissional num movimento contínuo de aprendizado. Bem aos moldes do que Rossit *et al* (2018) afirmam que:

“o preparo de profissionais mais aptos para o desenvolvimento do trabalho colaborativo é essencial para avançar para o cuidado integral, para a equidade nas ações de saúde, para a resolução de problemas e, principalmente, por trazer como centro das ações e das políticas de saúde, os usuários dos serviços e suas necessidades”(ROSSIT, 2018, p.111).

Oportuno é sintetizar algumas das muitas contribuições que as atividades de vivência promovem ao estudante. Que não sejam simplistas, mas que apontem a mudança em curso, da qual os estudantes são sujeitos históricos afetando e sendo afetados pelo modelo formativo, pelo contexto histórico e pelas riquíssimas experiências interpessoais, com outros estudantes, com os profissionais de saúde, com os articuladores, com os gestores e a mais rica, com a vida em comunidade. Ousa-se responder aos questionamentos iniciais que balizaram esse capítulo: qual médico, que identidade é que os futuros médicos herdarão de nós? Alguns usuários e profissionais da rede afirmam estarem diante de uma mudança no “perfil” do médico formado pela EMCM. O contato pactuado com toda a equipe de saúde, desde o agente comunitário de saúde ao especialista da rede, o vínculo com a equipe de atenção básica, a valorização e inserção precoce nos serviços, o contato respeitoso e responsável com os usuários e suas dificuldades, todos sinalizam para uma formação mais

crítica, reflexiva, num processo formativo que extrapola os limites técnicos. A comunidade, o serviço e as atividades da vivência, uma após outra passam a representar muito mais que um laboratório onde é possível aplicar técnicas, experimentar tecnologias duras de cuidado e onde pouco a pouco se descobre o valor das ferramentas humanísticas para o bom exercício do ofício da medicina.

O que nesse momento transeunte pelos serviços deixamos de legado? O de que é possível aliar uma boa dose de respeito, ética, trabalho em equipe, defesa da vida, contato, vínculo ao melhor conhecimento técnico e protocolar disponível. Que tão seguro quanto as mais modernas tecnologias de cuidado, com melhores evidências científicas, é a escuta qualificada, atenta e humana numa relação que antes de tudo é dada de um ser humano para outro. Que não são incoerentes um bom conhecimento técnico a overdose de humanidade. Que é perceptível a importância da Atenção Primária em Saúde para a construção de uma política de saúde mais equânime, universal, dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Que um modelo de cuidado integral, longitudinal, com responsabilidade sanitária sobre os usuários é a melhor aposta no ser humano. Que é urgente a inclusão e fortalecimento da participação popular nos espaços constituídos de controle social. Que uma atuação médica defensora do SUS, consciente de seus desafios e capaz de construir alternativas e soluções para os problemas mais graves da população em que está inserido. Que minha identidade está se construindo agora e que reverberará elementos que serão deixados nos espaços onde eu circular.

E, para mim, o mais importante: o quanto já foi percorrido na direção do perfil profissional que eu reconheci como pretendido? O conflito de identidade é natural neste processo formativo que é a graduação. No entanto, eu escolho o que quero ser. A tranquila constatação de que a população deste Sertão merece e carece de profissionais médicos qualificados, técnica e humanisticamente, que sejam capazes de construir com o usuário um planejamento e ação terapêuticos tão seguros quanto os profissionais formados nos melhores centros nacionais e internacionais me mantem na direção que quero estar. Contudo, não há como alcançar este ideário sem que exista humanidade, acolhimento, troca.

Diante do que foi aqui contato, atrevo-me a recompor minhas questões para dar início, de forma também longitudinal, a outro portfólio. A questão

norteadora, no entanto, é outra: Em que medida o muro estabelecido por muitos profissionais caracteriza um espaço desconfortável de cuidado? O desafio de constituir espaços de reflexão, construção, desconstrução e luta por uma formação médica de qualidade, mesmo inserida num contexto de tanta vulnerabilidade social, econômica e sobretudo, política se faz urgente. E quanto a mim, é na Vivência que consigo exercitar estas habilidades.

## REFERÊNCIAS

- BURFORD, B.; ROSENTHAL-STOTT, H. E. S. First and second year medical students identify and self-stereotype more as doctors than as students: a questionnaire study. *BMC Med Educ.* v. 17, n. 209, 2017.
- SCHEI, E. *et al.* Trustingly bewildered. How first-year medical students make sense of their learning experience in a traditional, preclinical curriculum. *Med Educ Online.* v. 23, n. 1, 2018.
- MEIRELES, C. *Poesia Completa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, v. 2, p. 1926, 2001.
- CRUESS, R. L. A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Academic Medicine,* v. 90, n. 6, p. 718–725, jun. 2015.
- STUBBING, E.; HELMICH, E.; CLELAND, J. Authoring the identity of learner before doctor in the figured world of medical school. *Perspect Med Educ.* v. 7, n. 1, p. 40-46, 2018.
- SILVA, Cláudia Sampaio Corrêa da; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Experiências de Estágio: Contribuições para a Transição Universidade-Trabalho. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 23, n. 54, p. 103-112, abr. 2013.
- FERGUS, K. B. *et al.* Medical students are not blank slates: Positionality and curriculum interact to develop professional identity. *Perspect Med Educ.* v. 7, n. 1, p. 5-7, fev. 2018.
- MELO, Lucas Pereira de *et al.* A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1333-1343, 2017.
- PROJETO Pedagógico Curso de Medicina Multicampi UFRN. Natal, 2014.
- HEINZLE, Marcia Regina Selpa; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Recontextualização do currículo integrado na formação médica. *Pro-Posições*, Campinas, v. 26, n. 3, p. 225-238, dez. 2015
- BRASIL. CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM Publicações. Manuais, Protocolos e Cartilhas. **Código de ética do estudante de medicina.** Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=23&medicao=4442#page/4>>>. Acesso em outubro de 2018.
- DREYFUS, D. **Vida de viajante:** a saga de Luiz Gonzaga. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- SOBRAL, Moacir Ribeiro Barreto. Luiz Gonzaga e alimentação sertaneja: as práticas alimentares representadas nas letras musicais. *INTERAÇÕES*, Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 155-162, jan./jun. 2015.
- LODY, R. **Brasil bom de boca:** temas da antropologia da alimentação. São Paulo: Senac, 2008.
- DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.
- LE GOFF, Jacques. Uma história dramática. In: LE GOFF, Jacques. (org.). **As doenças têm história.** Lisboa: Terramar, 1991.
- HAIDET, P. *et al.* A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. *Medical Education*, v. 50, n. 3, p. 320–331, 2016.

- LEMOS, C. G. *et al.* Referenciais de carreira e identidade profissional em estudantes universitários. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 208-223, jun. 2007.
- ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador et al. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. **Interface** (Botucatu), Botucatu, 2018.
- HALL, S. A identidade cultural na pós-modernidade. 10 ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2005. 102 p.
- VIESENTEINER JL. Nietzsche e a vivência de tornar-se o que se é. Campinas: PHI; 2013.
- FREIDSON E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP; 2009.
- BONDÍA JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*. Jan/Fev/Mar/Abr (19). 2002.

## UMA PONTE QUE DÁ VOLTAS

Luana Emilia Fonseca Alves - Acadêmica do 7º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Prof Dr Diego Bonfada - Professor da EMCM/UFRN

Experienciando o início de 2017 em uma cidade do interior do Rio Grande do Norte, eu, como estudante de medicina vejo a realidade saltar aos meus olhos. Ela anseia para ser traduzida, é por isso que escrevo. Para que a realidade não seja apagada ou esquecida, guardo-a comigo em páginas famintas por histórias e agora transmito-as a outros, para que junto comigo possam pensar novos significados. Novos significados para as construções e contradições implícitas em uma compreensão de realidade como algo de natureza dinâmica, não estática. É nesse sentido que esse texto está em processo contínuo de reflexão, pois nunca estará finalizado enquanto houver quem ouça o que ele diz. Ler é uma eterna troca, assim como foi essa Vivência, assim como é a vida.

### AFOGAR-SE EM SI MESMO

#### Uma introdução à vida contida nos papéis

Certo dia em determinada hora eu ouvi ao acaso essa expressão. Afogar-se em si mesmo. Como as melhores coisas da vida, essa frase me veio despreziosa, como se nada importasse além do que ela me dizia. Ou não me dizia. Quantas vezes na vida já tivemos uma overdose de nós mesmos? Quantas vezes na vida já paramos, respiramos e olhamos para dentro do nosso interior em busca das respostas que tanto buscamos? O cotidiano te engole de uma maneira absurda como se nada mais importasse além das obrigações diárias e das tarefas pendentes que temos que fazer.

Essa é uma mensagem para você que talvez eu esteja escrevendo para mim mesma. Escrevendo na tentativa de que ao falar o que eu quero eu possa também ouvir a mim. Talvez uma mensagem da Luana do passado à Luana do futuro, se é que o futuro existe. Tudo isso baseado no desejo de que me apresentando a você, talvez eu possa vir a me conhecer também. Fora todos os pormenores dos meus



pensamentos que ficam intrínsecos dentro dos textos. Palavras escondidas que se mostram apenas àqueles que leem bem fundo.

Enquanto ouço Ludovico Einaudi eu tento imaginar o que eu poderia te falar que fizesse você começar a entender meus pensamentos ao escrever cada palavra dessas linhas. É disso que surge à mente um texto de Franz Kafka que tanto me toca e me faz parar para refletir sobre mim mesma e todas as mudanças a que estou exposta. Um texto que não me deixa esquecer a posição de ponte que muitas vezes tenho que assumir. Uma ponte capaz de ligar a realidade que assola meus pés aos meus mais profundos sonhos e desejos.

#### *A Ponte*

*Eu estava rígido e frio, era uma ponte estendido sobre um abismo. As pontas dos pés cravadas deste lado, do outro as mãos, eu me prendia firme com os dentes na argila quebradiça. As abas do meu casaco flutuavam pelos meus lados. Na profundidade fazia ruído o gelado riacho de trutas. Nenhum turista se perdia naquela altura intransitável, a ponte ainda não estava assinalada nos mapas. - Assim eu estava estendido e esperava; tinha de esperar. Uma vez erguida, nenhuma ponte pode deixar de ser ponte sem desabar.*

*Certa vez, era pelo anoitecer - o primeiro, o milésimo, não sei -, meus pensamentos se moviam sempre em confusão e sempre em círculo. Pelo anoitecer no verão o riacho sussurra mais escuro - foi então que ouvi o passo de um homem. Vinha em direção a mim, a mim. - Estenda-se, ponte, fique em posição, viga sem corrimão, segure aquele que lhe foi confiado. Compense, sem deixar vestígio a insegurança do seu passo, mas, se ele oscilar, faça-se conhecer e como um deus da montanha, atire-o à terra firme.*

*Ele veio e com a ponta de ferro da bengala deu umas batidas em mim, depois levantou com ela as abas do meu casaco e as pôs em ordem em cima de mim. Passou a ponta por meu cabelo cerrado e provavelmente olhando com ferocidade em torno deixou-a ficar ali longo tempo. Mas depois - eu estava justamente seguindo-o em sonho por montanha e vale - ele saltou com os dois pés sobre o meio do meu corpo. Estremeci numa dor atroz sem compreender nada. Quem era? Uma criança? Um sonho? Um salteador de estrada? Um suicida? Um tentador? Um destruidor? E virei-me para vê-lo. - Uma ponte que dá voltas. Eu ainda não tinha me virado e já estava caindo, desabei, já estava rasgado e trespassado pelos*

*cascalhos afiados, que sempre me haviam fitado tão pacificamente da água enfurecida. (KAFKA, 1985, pg. 156-157)*

Minha proposta com esse texto é uma desconstrução de mim mesma. É também um convite para você que está lendo, para adentrar o mundo que me foi apresentado, olhar em uma direção diferente e tentar se reconstruir, pois só assim poderemos renascer de nós mesmos. Uma tentativa de encontro com um eu interior que ainda não conhecemos. Muitas das pessoas com as quais eu converso sobre o texto de Kafka me falam que a queda é uma destruição. Para mim, a queda é um processo de mudança. Na condição de ponte, ele não podia virar, ele nunca o tinha feito. Mas, alguma coisa despertou nele que fez com que ele quisesse olhar além da sua condição de ponte, algo que o fez ir contra tudo que ele pensava como imutável até então. E isso o fez cair. Isso o fez entrar em contato com coisas que antes só eram observadas. Ele caiu. Talvez tenha se afogado. E por que não ele apenas tenha se afogado em si mesmo?

#### **METADE LÂMINA METADE SEDA**

#### **“É que no hospital é mais rápido”**

A primeira reflexão contida nesse texto surgiu após os dois primeiros dias de inserção na rede de atenção à saúde do município de Currais Novos. Três turnos divididos entre o Pronto Atendimento (PA), reunião com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e plantão no Hospital Regional (HR). É óbvio para todos nós quando nos inserimos em ambientes de média (MC) e alta complexidade (AC) que a maior parte das demandas espontâneas que surgem por lá não deveriam ter aquele ambiente como porta de entrada à rede de saúde, são queixas que deveriam, idealmente falando, ser resolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Mais da metade das queixas que recebemos foram infecções de vias aéreas superiores (IVAS), otites médias, mal-estar, “agonia”, ansiedade, dentre tantos outros problemas que poderiam ser manejados dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS).

O fluxo da demanda espontânea de usuários aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) vem indicando historicamente uma nítida e persistente preferência por formas de pronto atendimento médico em prontos-socorros e hospitais. Em sua experiência cotidiana com os serviços de saúde, o usuário

“aprende da realidade” determinadas regras sociais e, a partir de sua necessidade de acesso, reinterpreta essas regras e constrói estratégias que visam garantir a obtenção do atendimento da maneira mais adequada a ele, o que frequentemente conflita com as determinações normativas do modelo assistencial (OLIVEIRA, MATOS, SOUZA, 2009).

As considerações acima podem ser associadas também ao município de Currais Novos e melhor entendidas quando se analisa o gráfico abaixo, criado pelos residentes multiprofissionais lotados nos cenários de prática da cidade. O gráfico se trata das principais queixas apresentadas pelos usuários ao chegarem para consulta médica na policlínica (onde funciona o PA). Nele podemos perceber que grande parte das demandas que chegam até lá não são queixas de MC e sim de Atenção Básica (AB). A avaliação desenvolvida pelos residentes nos foi apresentada durante a reunião com a SMS.

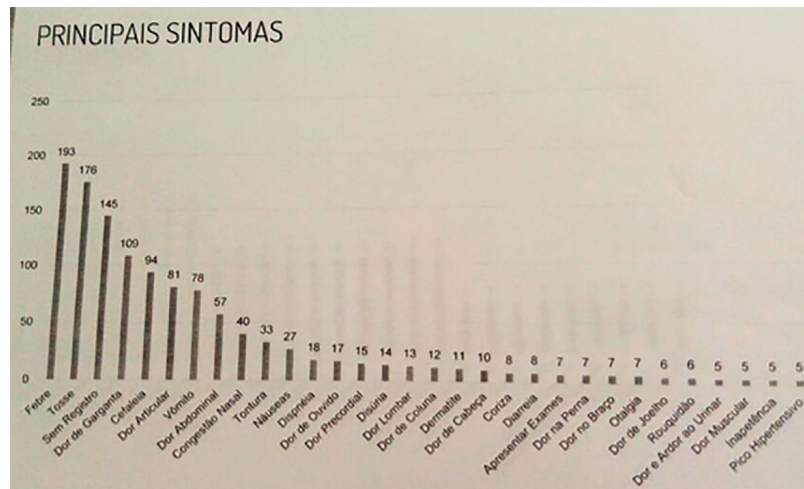


Figura 1: Gráfico construído pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM, 2017.

Culturalmente falando, ainda é muito difícil que os usuários tenham essa iniciativa de procura pela UBS, seja por desacreditar em sua resolutividade ou por entender as atenções secundárias (ASS) e terciárias (ATS) como meios mais rápidos de se conseguir atendimento. Do ponto de vista do usuário, a lógica territorial, a AB como porta de entrada e a hierarquização da assistência

têm se mostrado inadequados à sua realidade de busca e obtenção de assistência de saúde, se configurando, nesse sentido, como uma racionalidade normativa tecnocrática distanciada de seu cotidiano (OLIVEIRA, MATOS, SOUZA, 2009). Além disso, a APS continua com sérios problemas de estrutura em municípios pouco desenvolvidos como Currais Novos, onde UBS funcionam em casas ao invés de terem prédios construídos para esse fim e onde faltam recursos técnicos e humanos para a realização ampla de todas as atividades que seriam de sua responsabilidade.

Pensando nisso, uma cascata de eventos passa a ser desencadeada. A APS continua sem poder resolver boa parte das demandas que chegam até ela e as ASS e ATS enfrentam filas enormes de demandas que não são de sua arcada, o que congestiona o serviço e impossibilita que este tenha resolutividade efetiva com demandas que sejam realmente de MC e AC.

O repasse financeiro do capital destinado à saúde é regulado pela Portaria nº204, de 29 de janeiro de 2007 do Ministério da Saúde (MS), que garante que o montante seja dividido nos seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao próprio bloco (CONASS, 2015). A cidade de Currais Novos atualmente, segundo informações da secretária de saúde, recebe investimento de 14 milhões para a AB e de cinco milhões para a MC, cujo valor não chega nem perto de ser o suficiente necessitando, assim, de recursos extras da prefeitura.

Como a APS não está apta para resolver algumas demandas, seja por incapacidade ou por não ocorrência de demanda espontânea, e todas essas pessoas estão buscando outros serviços, a média e alta complexidade acabam sendo as maiores “sugadoras” de recurso financeiro. Além disso, a rede ainda não conta com uma equipe de especialistas muito grande, ou minimamente completa, sendo para isso necessário a realização de consórcios públicos de saúde, aumentando ainda mais os gastos nessa área. O SUS continua ainda tendo que comprar os procedimentos mais caros ofertados pela rede privada (GÖTTEMS, PIRES, 2009).

Como tentativa de modificar essa realidade, o governo federal elaborou em fevereiro de 2017 uma proposta de modificação dos repasses financeiros para o SUS e que já foi aprovada pela maioria dos municípios na reunião da Comissão Intergestora Tripartite. Nessa proposta, a verba viria dividida em apenas dois blocos, um de custeio e um de investimento e o dinheiro poderia ser gasto da forma que o gestor considerar necessária, levando em conta a realidade local, e isso independeria do nível de atenção. Além disso, os municípios poderiam estabelecer consórcios para compartilhar as responsabilidades da média complexidade. O MS realizará o acompanhamento, monitoramento e avaliação do plano, cujo não cumprimento implicará na redução dos recursos repassados.

Quando um gestor, inexperiente ou não, pode gastar o que quiser onde quiser, é lógico pensar que grande parte dessa verba irá para os serviços que gastam mais, a ASS e ATS, que além de terem uma demanda maior possuem recursos mais caros também. Logo, setores como a APS e a própria vigilância que são serviços com recursos mais baratos e que trabalham com promoção e prevenção da saúde acabarão recebendo menos investimento e ficarão cada vez menos efetivos na realização de seus princípios básicos.

Ora, a APS é a porta de entrada para a rede de saúde e em tese deveria ser responsável pela resolução de mais de 80% de todas as demandas que passam pelo serviço. Como seria possível que ela chegasse a seu papel ideal se a partir de agora ela começar a receber menos financiamento? Ocorrerá apenas uma solução a curtíssimo prazo, onde de fato os serviços de MC e AC teriam uma certa melhora, sendo seguido de um congestionamento cada vez maior de problemas que não estavam sendo resolvidos na APS, já que esta não recebe mais investimento necessário, o que demandaria mais dinheiro para esse setor, dinheiro este retirado de outros blocos como atenção primária e vigilância, e o ciclo se perpetuaria.

Não à toa a decisão do governo federal tem provocado bastante discussão entre especialistas da área. Seria ferir os princípios do SUS e iniciar uma cadeia de problemas que serão ainda mais difíceis de resolver no futuro. A relação entre os níveis de atenção do SUS é o ponto estratégico para se operar as mudanças necessárias ao modelo de saúde vigente. A interface das UBS com urgências, serviços especializados e de diagnóstico confere maior adensamento tecnológico,

resolubilidade e organização dos fluxos de usuários para continuidade da assistência. Uma vez mais bem articulada a AB com a MC, tende-se a impactar nas ações de alta complexidade do SUS, racionalizando a utilização dos serviços a partir das demandas da população (GÖTTEMS, PIRES, 2009).

### **“Você vai ter que procurar o clínico”**

“Vejo e já vi coisas piores. E há algumas tão horrorosas que não gostaria de falar todas elas, mas de uma coisa não consigo calar, isto é, a desses homens a quem falta tudo, salvo uma coisa que têm em excesso.” (NIETZSCHE, 2017, pg.140)

É na policlínica de Currais Novos que acontece a maior parte dos atendimentos ambulatoriais de especialidades. É para lá que boa parte do orçamento da rede de saúde é enviado, orçamento inclusive próprio da prefeitura já que a verba enviada pelo SUS não é capaz de suprir demandas tão importantes como as que acontecem naquele ambiente. É lá também o cenário deste texto, resultado de alguns turnos acompanhando especialistas.

Urologia. A primeira especialidade médica que gostei quando entrei na universidade. O assunto me interessava em todos os seus campos de atuação e passei a pensar naquilo como uma possibilidade. Não sei ainda se é o que quero fazer, mas tenho muito apreço pelo estudo da área. Quarenta consultas em uma manhã. A maioria delas era de prevenção do câncer de próstata. Algumas queixas urinárias, renais, testiculares ou penianas.

No fim da consulta alguém queria saber de outras coisas. Das dores de coluna. Um braço que não parava de doer. Uma medicação que não sabia como tomar. Uma glicose elevada nos exames. Foi difícil para mim imaginar que o médico fosse responder a essas queixas mais generalistas usando a mesma expressão em todas: “você vai ter que procurar o clínico”.

Na tarde do mesmo dia acompanhamos o pediatra. Há alguns meses ele trabalhava em uma UBS da cidade. Neste dia, ele nos fez questão de expor sua opinião a respeito de médicos especialistas trabalhando na AB. Superficialmente falando, segundo ele, desperdiçar alguém com maior formação em um lugar onde

não se veriam coisas apenas específicas de sua área era absurdo, em suas palavras, “era fantasia da esquerda”.

Em outros momentos de conversação, nos foi dito que não era para um médico que cuidava de crianças ter que ver idoso também. Ele deveria sempre se manter focado no que era seu objetivo, o restante deveria ser acompanhado por outros profissionais.

Durante os seis anos de curso somos formados para desenvolver a prática clínica em vários ambientes. Estudamos as patologias mais comuns na tentativa de saber manejá-las independentemente de onde estejamos. Claro que nem todos seguirão carreira nessa área mais geral, e muitos adentrarão o universo das especialidades. Uma pena, porém, que ser especialista nos torne incapazes de exercer o cuidado em sua forma integral.

Gostaria que esse texto fosse bem pessoal sobre a angústia que a ocasião me causou. Queria pedir que não me entenda mal e não ache que estou dizendo que médicos tem que saber de tudo, mesmo os especialistas. Só queria deixar registrada minha tristeza ao perceber que, muitas vezes, ao nos focarmos tanto em determinada coisa, acabamos esquecendo todo o resto de complexidade humana que há na nossa frente. Acabamos não dando atenção a coisas simples e que sabemos sim manejar apesar de serem “fora da nossa área”.

Dessa forma, deixamos passar necessidade de saúde que poderíamos ter contribuído para a melhora. Podemos estabelecer com o usuário uma relação de cuidado realmente, não apenas de um simples “encaminhador” de casos. As dores nas costas, a alimentação que prejudica o diabetes, a avó doente que cuida da criança, tudo isso influencia nos demais aspectos de saúde que envolvem a patologia da arcada de cada um. Importante lembrarmos também da dificuldade de muitos no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. Assim, talvez, aquela seja uma rara oportunidade de cuidar de alguém. Por que então não olhar de maneira significativa para as pessoas?

O tempo não ajuda, a demanda é grande, mas não é raro aquele ser o único momento que algumas pessoas têm em um ambiente teoricamente seguro e acolhedor. Como pessoas formadas para cuidar, o mínimo que deveria ser feito é uma tentativa de ajudar de fato quem tanto esperou para conseguir aquela vaga. E ajudar não apenas pontualmente, mas de maneira realmente efetiva, que proporciona saúde em seus mais diversos aspectos.

## “Médico de verdade”

“Dez vezes ao dia debes saber vencer-te a ti mesmo. Isto cria uma fadiga considerável e esta é o ópio da alma.”  
(NIETZSCHE, 2017, pg.32)

Sentimos o peso da escolha de nosso futuro desde a época pré-vestibular. Acho que muitos, se não a maioria dos que estão aqui foram bombardeados com frases que enfatizavam a medicina como algo além do mundo em que vivemos. Renúncias são comuns na vida de estudantes e médicos, e o peso social da profissão ainda mais. Esse é apenas mais uma reflexão sobre todos nós que estamos envolvidos em uma atmosfera que nos obriga a admitir certas situações e discursos como normais e como parte do nosso cotidiano.

Em visita ao consultório de ortopedia, tivemos uma conversa com o médico, como sempre temos quando vamos para lá. Em determinado momento ele fala de seu receio com o curso de medicina de Caicó inserir alunos tão jovens desde cedo na rede de saúde. Segundo ele, desse fato decorreriam dois tipos de pessoas: aquelas que saberiam tirar o máximo proveito daquilo e colocariam em prática o aprendizado e buscariam mais conhecimento, e aquelas que colocariam o jaleco, estetoscópio no pescoço e sairiam andando assim e recebendo o título de “doutores”.

Ao entrar no curso, minha visão era a de que finalmente haveria pessoas como eu, que passaram pelas mesmas situações conturbadas para chegar até aqui e que finalmente eu poderia descansar mentalmente e apenas aprender a profissão que escolhera para mim. Mas, cursar medicina me deu uma visão bem diferente da vida universitária que teria que encarar. Ainda me surpreende o egoísmo e a briga de egos. Pessoas que passaram suas vidas sendo as primeiras do colégio e agora continuam ali, disputando os primeiros lugares de maneira incansável como se suas notas ou currículos valessem suas vidas.

Discursos que alimentam esse tipo de atitude continuam sendo proferidos por pessoas que deveriam nos ajudar a crescer, como ouvi recentemente de um professor que enquanto alguém estava lendo, tocando violão ou saindo, haveria

outro que estava em casa estudando e que este sim seria o melhor médico. Achar que virar noites e noites sem dormir para estudar é obrigação nossa, porque, afinal, se quisermos ser “médicos de verdade” teremos obrigatoriamente que sofrer, é uma compreensão simplista que deve parar de acontecer porque precisamos de nossa saúde para poder cuidar do próximo.



Figura 1: Norman Rockwell. Médico e boneca. Disponível em: <https://pt.wahooart.com/@/8XYMWZ-Norman-Rockwell-M%C3%A9dico-e-boneca>

Estar dentro de uma faculdade de medicina te dá a possibilidade de ouvir diversos tipos de discursos. Alguns serão coisas que a maioria das pessoas já conhecem, outros que ninguém ouve falar, e os demais serão coisas que normalmente as pessoas preferem ignorar. Recentemente, tenho ouvido de muitos colegas a expressão “médico de verdade”. Afinal, o que faz com que um médico seja

“de verdade” e o outro não? Para mim, um bom exemplo de uma prática médica real pode ser o quadro de Norman Rockwell que demonstra a preocupação do médico em examinar a boneca da menina, além da menina (Figura 1). Mas talvez, este cuidado não esteja presente no discurso de todos os estudantes de medicina. Das falas que ouvi, o que pude perceber é que “médico de verdade” é aquele que chega e resolve o problema, não importa como. É aquele que sabe o mecanismo de todas as doenças e de todos os fármacos. É aquele que não perde tempo com bobagens psicossociais, também conhecidas em nosso meio como “PS”.

Ouvir que não devemos prestar muita atenção no que o usuário tem a nos falar, mesmo que não seja diretamente sobre sua doença, tem de parar de ser visto como algo irrelevante. Trata-se de uma distorção séria da profissão médica, pois, às vezes, você é a única pessoa que ela tem e confia, então é necessário ouvir, e sim, essa ação já faz parte do tratamento. Rejeitar intervenções e atividades com outros profissionais de saúde (aqueles graduados no curso de “não-medicina”) não é a melhor escolha quando se vive em um mundo extremamente integrado como é a saúde. Por mais difícil que seja aceitar isso, todos precisamos de outras pessoas e elas nos ensinarão muito.

Estar na condição de monitora da Vivência me ampliou as possibilidades de conhecimento que eu tinha acerca de muitas coisas. Uma delas, que foi um dos motivos desse texto estar sendo escrito, foi o fato de eu ter acompanhado uma reunião de planejamento de uma das VICs e perceber que todos os profissionais ali presentes não eram médicos e mesmo assim estavam imensamente dispostos a fazer com que os estudantes tivessem boas experiências na VIC, porém todos reclamaram de como boa parte dos alunos se trancavam dentro do consultório médico e nem sequer viam as outras profissões.

Será que talvez não seja hora de repensarmos nossos atos? Será que talvez não seja melhor optarmos por um caminho diferente ao tentar nos tornarmos médicos realmente de verdade? Um que olhe a todos de forma igual, sabendo que para tratar todos de maneira equivalente é necessário adequar a atenção às especificidades de cada um? Por que não podemos parar de tentar ser “médicos de verdade” e começamos a tentar sermos seres humanos melhores? Aposto que conseguiríamos fazer mais diferença no mundo.

## “Cada terapia é uma soma”

*“Em meus domínios, ninguém deve sofrer dano. Minha caverna é um bom porto. E eu gostaria, sobretudo, de pôr em terra firme todos os tristes e ajudá-los a manter-se firmes sobre as próprias pernas.” (NIETZSCHE, 2017, pg.255)*

Terceira semana de Vivência e tivemos a tão esperada visita ao Instituto Anita Garibaldi. O Centro de Educação e Pesquisa em Saúde (CEPS) é considerado uma Organização Social (OS), na medida em que é uma entidade privada, sem fins lucrativos, e que recebe determinados benefícios do poder público, desde dotações orçamentárias a isenções fiscais, para a realização de seus fins, que devem ser necessariamente de interesse da comunidade.

Durante os dias em que ficamos imersos no serviço, acompanhamos ambulatórios de pediatria, ginecologia e obstetrícia (GO), fisioterapia e fonoaudiologia. Em todos esses lugares, o que mais se destacava era a humanidade emanada por todos aqueles profissionais. A boa técnica alinhada a uma comunicação exemplar, com atitudes repletas de empatia em todos os mínimos detalhes. Tudo isso associado a uma preceptoria típica de quem está acostumado a receber estudantes e de quem se importa em transmitir conhecimento para os que estão iniciando sua jornada nesse mundo.

A prática médica tem a sua base na comunicação. A recolha da história, a transmissão de informação sobre a prescrição ou o aconselhamento sobre estilos de vida e prevenção da doença, a referência, o trabalho em equipe, todas estas situações que são comuns no cotidiano do médico (SILVA, 2008). E nessa semana, pudemos ter ótimas experiências de comunicações bem-feitas e trabalhos em equipe realizados de maneira exemplar.

Pensei muito em como escrever sobre essa semana no portfólio, em como houberam mudanças no meu olhar em relação a muita coisa. Pensei em como poderia transmitir a magia das pequenas coisas que a medicina me proporcionou ao longo de algumas experiências. No fim, acabei optando por transcreever três eventos que me chamaram mais atenção do que eu imaginava que fosse possível.



Fonte: acervo pessoal, 2017.

*“Tudo se destrói, tudo se reconstrói, eternamente se edifica a mesma casa da existência. Tudo se separa, tudo se saúda outra vez. O anel da existência conserva-se eternamente fiel a si mesmo.” (NIETZSCHE, 2017, pg.215)*

A questão não é eu não gostar de crianças. Muito pelo contrário, eu quase me transformo em criança de novo perto delas. Mas pediatria nunca foi uma área que me despertasse muito interesse. Na verdade, está entre as áreas que eu definitivamente já descartei das minhas possíveis especializações. Ainda assim, quando eu recebi meu cronograma, não pude evitar de sorrir com a ironia dos turnos de pediatria que estavam ali marcados.

Esperando choros, gritos e birras, o que eu encontrei foi choro, grito e birra acrescentado de uma fofura e uma dedicação imensa por parte dos profissionais e das próprias crianças. Ver aquele carinho que não é sinônimo de voz infantil ou falas bobinhas, mas sim de trazer a criança para a consulta e fazer com que ela também seja parte de seu próprio processo terapêutico fez a pediatria se tornar encantadora aos meus olhos.

Foi em um desses momentos que conhecemos Soffya, com FF e Y. Menininha que o que faltava em idade sobrava em energia, a quem tivemos que dispensar toda nossa criatividade para mantê-la entretida e longe dos perigos que poderiam machucá-la, apesar das inúmeras quedas ocorridas dentro do consultório por causa da peraltice de correr para todo lugar. Nesses momentos, eu agia como faço com minha priminha de três anos, levantava ela rápido do chão e dizia “êê nem doe”, e ela voltava a correr loucamente, até que eu falava “Soffya, vamos pular”, e ela parava de correr e começava a pular comigo. É mais fácil lidar com crianças assim.

Em outro momento, apareceram as gêmeas. Uma delas morava com a mãe, a outra a avó não deixava que fosse para casa e ficava criando ela, enchendo de presentes e mimos, além de chantagear a outra para abandonar a mãe e ir morar com ela também. As meninas, apesar de monozigóticas, apresentavam-se totalmente diferentes, não com relação à aparência, essa era a mesma, mas a alimentação era muito diferente, o rendimento escolar, o modo de agir com o ambiente externo e a própria relação com a família.

Quando esse fator social foi trazido à tona, o que houve foi uma aula de empatia e comunicação que eu nem sequer imaginava como possível. O manejo do caso pelo médico pediatra e pela residente de pediatria foram fascinantes de se observar. Chamar a avó para a consulta, empoderar a mãe no cuidado das duas filhas, mostrar-se disponível para ajudar as meninas no que fosse possível e ser bastante claro no que aquela situação poderia ocasionar. A boa comunicação e relação médico-paciente têm impacto significativo no cuidado e aumento da qualidade da atenção à saúde (RIOS, 2012) e o que presenciamos ali foi a consolidação de uma relação de comprometimento e respeito.

Detalhar o evento aqui não seria produtivo, assim como eu não saberia representar em palavras a mudança que repercutiu em mim que transformou a pediatria em uma área tão admirada. Sendo assim, vou partir para os próximos eventos, que também têm crianças envolvidas.

Imprevistos acontecem e eu tive que viajar para Santa Cruz no meio da semana. Voltei um pouco atrasada e fui direto para a sala de audiologia que era a minha atividade do turno da tarde. Lá, nós conhecemos Paulinha, uma menina de cinco anos com uma síndrome que a impedia de ouvir devido a uma deformidade no pavilhão auditivo.

Foram feitos testes com ela, utilizando um aparelho que auxiliasse na percepção e definição dos sons. Ela colocou a barra e a fonoaudióloga ficou dizendo palavras para ela repetir. Ela não só repetia como colocava a palavra em algum contexto, o que tornou a consulta extremamente divertida.

“— *Banana.*

— *Banana não tem mais. Comi tudo.* ”

“- *Língua.*

— *Lua?*

— *Língua.*

— *Lua.*

— *Não, Paulinha, língua. Unaa (enquanto mostrava a língua).*

— *Não, língua não pode. (Disse Paulinha horrorizada ao ver alguém mostrando a língua) ”*

Eu lembro que enquanto assistia àqueles vídeos de pessoas ouvindo pela primeira vez nunca imaginei que eles pudessem ser tão mais emocionantes quando vistos pessoalmente. Ver Paulinha repetir de forma quase que perfeita a tudo que ouvia tornou aquele momento tão gratificante como poucos que eu vivenciei. Como citou Nietzsche, “como é agradável ouvir palavras e sons! Não serão as palavras e os sons os arco-íris e as pontes ilusórias entre as coisas eternamente separadas?” (2017, pg.214).

Claro que ela não repetia as palavras de forma perfeita, devido principalmente à deficiência auditiva, mas o importante é que ela sabia que palavra lhe estava sendo dita. É através do feedback auditivo que se constituem os conceitos básicos necessários para a construção da linguagem, organizada em diversos processos neuropsicológicos, orgânicos e afetivos, propiciando o aprendizado simbólico. A estreita relação existente entre audição e aquisição da linguagem é peculiar ao ser humano. Quanto mais pobre for a estimulação da fala, menor e menos efetiva será a aquisição da linguagem (ZOCOLI et al, 2006).

Tratar as perdas auditivas na infância vai além do aspecto médico, pois as implicações são muito sérias e profundas já que é neste período que o mundo está sendo apresentado à criança e existe a possibilidade de ela não conseguir

compreendê-lo, o que poderá afetar de forma irreversível o seu processo de comunicação (ZOCOLI et al, 2006). Entretanto, no caso de Paulinha, todo o possível estava sendo realizado para que ela pudesse passar a ouvir adequadamente o mais rápido possível.

Finalmente, chegamos ao último turno em Macaíba/RN. Soubemos da prática de equoterapia e pedimos uma mudança no cronograma para que pudéssemos acompanhar. A equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar nas áreas de Saúde, Educação e Equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência física e/ou mental ou que têm necessidades especiais (LIPORONI; OLIVEIRA, 2005). Essa terapia surgiu em 1954 na Noruega e começou a ser valorizada como recurso terapêutico no Brasil em 1989.

Em Macaíba, essa atividade existe há alguns anos, e tem como principal público-alvo portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Quando chegamos lá, a fisioterapeuta já nos alertou que talvez as crianças não gostassem muito de nos receber, ou talvez ficasse um pouco intimidadas, mas não foi isso que aconteceu. Todas foram muito comunicativas e fizeram amizade rápido conosco, nos chamando, inclusive, para andar a cavalo com elas.

O TEA é caracterizado por diversos fatores, sendo eles um desenvolvimento anormal ou alterado, uma perturbação característica do funcionamento em cada dos três domínios, sendo as interações sociais, a comunicação e o comportamento focalizado e repetitivo. O transtorno acompanha outras manifestações inespecíficas, como por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação crises de birra ou agressividade (SOUZA; SILVA, 2015).

A terapia utilizando cavalo pode ser considerada como um conjunto de técnicas reeducativas, que agem para superar danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais, através de uma atividade lúdico desportiva, oferecendo todas as condições julgadas importantes ao tratamento destes pacientes. Além disso, a Equoterapia permite ao terapeuta interagir em múltiplos sistemas orgânicos, oferecendo uma oportunidade ímpar para atingi-los num ambiente que pode enriquecer o movimento durante o seu desenvolvimento (LIPORONI; OLIVEIRA, 2005). Como nos foi ensinado lá, no dorso do cavalo

consegue-se tratar a musculatura corporal global de forma natural, modulando o tônus, melhorando a postura, o equilíbrio, o ritmo, a coordenação, realizando alongamentos e possibilitando maior integração em atividades sociais.

A Equoterapia torna o portador de necessidades especiais menos dependente, traz benefícios para o corpo e para a mente, melhora o equilíbrio estático e dinâmico e aprimora a coordenação motora. Os efeitos psicológicos decorrentes desse método engrandecem a terapia. Esses fatos podem ser muito bem percebidos quando conversamos com os pais das crianças que participavam da Equoterapia. Todos eles afirmaram ver mudanças no comportamento dos filhos após algumas sessões. Essas mudanças eram percebidas na maior independência que eles passaram a desenvolver, além de melhor convívio social e melhora física, em questões de equilíbrio e postura.

A prática da Equoterapia é desenvolvida ao ar livre, uma característica positiva e diferenciada que permite que o paciente fique ligado à natureza, proporcionando a execução de exercícios psicomotores, de recuperação e integração, complementando as terapias tradicionais em clínicas e consultórios.

As influências para integração sensorial e ao esquema corporal, originados pela sensibilidade superficial (tato, pressão, temperatura) e pela profunda (discriminativa e vibratória), além da sensibilidade proprioceptiva e a identificação visual e olfativa que o movimento do animal e o ambiente provocam pode ser aproveitada como parte do tratamento (SOUZA; SILVA, 2015).

A atividade terapêutica da Equoterapia inicia no instante em que o indivíduo entra em contato com o animal, no primeiro momento o cavalo passa a representar um problema, exigindo que o praticante aprenda a lidar, aprendendo também a maneira correta de montar, essa relação contribui para o desenvolvimento da sua autoconfiança, afetividade e autonomia, trabalhando também os limites (SOUZA; SILVA, 2015).

Foi emocionante ver todas aquelas crianças aparentemente frágeis e indefesas sentirem-se tão confortáveis montadas em um animal tão grande quanto o cavalo. Elas sentiam-se à vontade o suficiente para realizarem exercícios enquanto estavam montadas. A relação de carinho e respeito entre todos os envolvidos era gigante. A fisioterapeuta, a psicóloga, a criança e o cavalo foram a representação de trabalho em equipe mais encantadora que já vi. O pedir para



montar, o agradecer ao cavalo pelos 30 minutos de Equoterapia, os abraços nas profissionais e a autoconfiança foram de encher os olhos.

No final das contas, Macaíba veio como renovação de esperanças ao me apresentar tanta coisa maravilhosa e que dá certo. Uma medicina que funciona e que vai além da técnica médica. Uma medicina que conversa com o mundo.

### “MAIS LONGE, MAIS LONGE, MEU OLHAR!”

*“É preciso que sintas a necessidade de consumir-te em tua própria chama. Como quererias renascer sem primeiro te reduzires a cinza?” (NIETZSCHE, 2017, pg.67)*

Durante as VIC tive a oportunidade de vivenciar muitas situações, escrever, discutir e refletir sobre elas, chegando às mais diversas conclusões. Algumas mais acaloradas, outras mais mornas, e as sonhadoras, com muitos ideais e perspectivas de mudança. Nessa vivência, não creio que nenhuma das formas já usadas possam satisfazer esse final de módulo, mas o dito e o não dito falaram por si durante todo o processo de escrita.

Em tentativas desesperadas de mudança eu tive que tomar algumas decisões. Ou eu me mantinha estável aprendendo a lidar com tudo ou eu agia para mudar a mim, assim a nova eu poderia enfrentar melhor os desafios da vida diária. A vida universitária é tóxica. A medicina é tóxica. Eu só precisava reaprender a existir naquele ambiente sem adoecer novamente. Afinal, eu já adoecia longe dali, dentro daquele mundo minhas crises só se tornaram ainda mais frequentes.

É difícil dizer ou perceber isso quando as pessoas enxergam a medicina como algo só a agradecer, como se aquilo fosse maior que todo o resto da minha vida. Era difícil para mim aceitar que eu não era mais Luana, que eu havia me tornado apenas na “menina que faz medicina”.

Nesse contexto, eu passei a exercer algumas autorreflexões, em busca dos meus valores e das minhas possíveis definições. Fui em busca do que me tornava eu mesma, do que me destacava do mundo. Com isso eu reencontrei com muita coisa que eu havia deixado perdida ao longo desses três anos. Literatura, arte, filosofia são só algumas delas, destaque-as aqui por terem sido as mais usadas durante meu processo de escrita.

Ouvir discursos e perceber o quanto eles são segregadores machuca muito. Não se sentir parte de algo que se luta tanto para conseguir. Mais da metade das brigas da universidade podem ser representadas em medicina humanista versus medicina tecnicista, como se fosse necessário escolher apenas uma. As pessoas brigam umas contra as outras enquanto querem a mesma coisa, tornarem-se bons profissionais, e para isso é necessário ter técnica e também humanidade. Não há a possibilidade de alcançar a excelência sendo apenas um deles.

A medicina não é estática. Não é apenas o que se aprende nos livros. A medicina é tudo que se vê, ouve e sente. Medicina não se faz só de medicina. Há poesia entremeada em cada linha de cuidado, em cada gesto de conforto ou em cada toque em busca de alterações. Medicina se faz de gente, e gente de verdade não se encontra em artigos lançados esse ano no PubMed. Gente se encontra no processo de vivenciar, e foi esse processo que eu quis dar atenção a partir de então. Parar de estudar medicina e começar a estudar pessoas.

Estar aqui hoje, poder vivenciar tanta coisa que nem sequer achei possível, ter a possibilidade de conversar sobre tantos assuntos que envolvem ou não medicina e saber encaixá-los de forma minimamente satisfatória na minha vida é um passo de amadurecimento muito importante para mim. É cada pedacinho de história, de momentos e de pessoas que encaixo em mim que vão formando a Luana do futuro. Espero que um dia ela possa ter orgulho ao ler esse documento. Assim como espero que você consiga encontrar seu próprio caminho a partir de então.

### REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Financiamento. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. Cap. 3. p. 86-119.
- BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007: Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
- GÖTTREMS, Leila Bernardo Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. Saúde Soc., São Paulo, v. 18, n. 2, p.189-198, 2009.
- LIPORONI, Gabriela Faleiros; OLIVEIRA, Ana Paula Rocha de. Equoterapia como tratamento alternativo par a pacientes com sequelas neurológicas. Investigação: Revista Científica da Universidade de Franca, Franca, v. 5, n. 1/6, p.21-29, dez. 2005.
- MENDES, Eugênio Vilaça. A Construção Social Da Atenção Primária À Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.
- OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros

- e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Juiz de Fora, v. 14, n. 5, p.1929-1938, 2009.
- RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface: Comunic, Saúde, Educ, Botucatu*, v. 6, n. 11, p.107-116, ago. 2002.
- RIOS, Izabel Cristina. Comunicação em medicina. *Rev Med, São Paulo*, v. 91, n. 3, p.159-162, jul./set. 2012.
- SILVA, Pedro Ribeiro da. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clin Geral, Lisboa*, v. 24, p.505-512, 2008.
- SOUZA, Marjane Bernardy; SILVA, Priscilla de L. N. da. Equoterapia no tratamento do transtorno do espectro autista: a percepção dos técnicos. *Revista Ciência e Conhecimento, São Jerônimo*, v. 9, n. 1, p.4-22, fev. 2015.
- ZOCOLI, Angela Maria Fontana et al. Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática. *Rev Bras Otorrinolaringol, Tuiuti do Paraná*, v. 72, n. 5, p.617-623, set./out. 2006.

## A VIDA COMO ELA É...OU DEIXA DE SER

José Moreira da Nóbrega Neto - Acadêmico do 5º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Prof Dr Marcelo Viana da Costa - Professor da EMCM/UFRN  
Prof Rafael Soares Dias - Professor e Mestrando da EMCM/UFRN

### Da vida dos outros

“[...] Entretanto você caminha  
Melancólico e vertical  
Você é a palmeira, você é o grito  
Que ninguém ouviu no teatro  
E as luzes todas se apagam.  
O amor no escuro, não, no claro,  
é sempre triste, meu filho,  
Carlos,  
não diga nada a ninguém,  
ninguém sabe ou saberá.  
Não se mate”  
Não se mate

(*Carlos Drummond de Andrade, 1969*)

Nascer, crescer, reproduzir e morrer. Foi assim, na minha inocente infância, que percebia o ciclo da vida. Hoje, percebo que ela é bem maior do que isso, bem mais complexa do que um ciclo, nada de pragmático e que é seguido em seus mínimos detalhes. Nem todo mundo nascerá, nem todo mundo crescerá, nem todo mundo se reproduzirá. A vida não é uma máquina de construção, ela não segue preceitos, regras, ela é casual, despojada, surpreendente, intrigante.

Não há nada mais incerto do que o tempo que há na vida, e ele simplesmente passa. Não há um botão para pará-lo, muito menos uma tecla de

*rebot* para vivenciá-lo novamente. Creio que essa é a beleza do existir, a beleza dos fatos sem regras, que somente acontecerão e, sendo difícil ou não, teremos a certeza de que devemos vivenciá-los.

E o homem, desde o princípio, se questionou sobre sua existência, elaborando teorias, fazendo experimentos, propondo, à luz de várias ciências de cunho social, uma explicação para estarmos aqui. Para Lalande (1993), por exemplo, em seu “Vocabulário Técnico e Crítico de Filosofia”, a vida é um conjunto de fenômenos de toda a espécie (particularmente de nutrição e reprodução) que, para os seres que têm um grau elevado de organização, se estende do nascimento (ou da produção do germe) até a morte. Porém, para Legrand (1986), em seu “Dicionário de Filosofia”, não existe atualmente uma definição suficiente para totalizar os fenômenos (assimilação, crescimento e possibilidade de reprodução) que a experiência corrente classifique com o nome de vida.

O niilismo, vertente filosófica que teve em Nietzsche seu maior arcabouço teórico, compreende a vida como vazia, sem um propósito definido. O niilismo incompleto se apresenta como os esforços do comportamento moderno que, ao reconhecer o vazio de uma vida sem sentido, empenha-se em remediar este sofrimento (STURBA, 2015). Porém, diferente de um pessimismo trivial ou de uma maneira fortuita de negar o mundo, o niilismo é mais do que um negar, mas um querer a negação:

“O niilismo é compreendido como um modo próprio, específico de dissolução das forças e dos instintos vitais. [...] O processo niilista de declínio traz à luz um novo impulso dominante: a vontade de nada.” (SOUZA, 2011, pág. 95)

Mas e a morte? Se o viver é difícil, deixá-lo é ainda mais doloroso. Faz parte de um dos desapegos que nos é imposto durante nossa trajetória. Creio ser um dos momentos mais sublimes e significantes de tudo que se vive. Reside nela o fim e o começo de tudo, de forma que toda a energia antes formada é agora transformada em nova, retornando ao universo diferentemente daquilo que surgiu, para que então uma nova força surja, renovando um campo de vitalidade que creio ser necessário sempre estar em mudança e, novamente, tudo aquilo que esteja vivo, morra. Nada é infinito.

Morrer é a única parte imutável do ciclo que aprendi quando criança. Independentemente de crescer, se reproduzir ou qualquer outro acontecimento, se nasce, certamente morrerá. É uma espera dolorosa, por vezes instigante, mas concreta, a única das certezas de tudo aquilo que é construído. Naturalmente, não representa a ruína de algo ou alguém, mas a concretização do fim. E quem disse que o fim é triste e sombrio? Ele é sublime, majestoso, imutável.

Esta semana, me deparei com tais reflexões através de um acontecimento em particular que me tocou profundamente, um dos fatos que a atenção básica proporciona com maestria, que é o acompanhamento de uma variedade de patologias e acontecimentos em sua rotina. Aconteceu que, em uma consulta médica de rotina, vêm um homem e sua esposa. Eles aparentavam estar na casa dos 30 e alguma coisa, nem muito jovens para estarem com menos de 30 nem tão velhos para estarem com 40 anos ou mais. Era apenas mais um caso de lombalgia:

— “Doutor, tô com muita dor nas costas. Já fui ontem ao hospital, tomei uma injeção e não resolveu”, disse ele.

Trabalhava na mineração, no manejo de altos pesos de scheelita<sup>17</sup>. Relatou que já havia sentido isso mais vezes, com várias idas ao médico devido à repetição da injúria. Dessa vez, a situação era mais grave, devido a uma dor que sentia irradiando para a perna, com perda da força muscular dos membros inferiores. Estava cabisbaixo, bem como era perceptível seu sofrimento através de uma posição rígida que adotara sempre que se levantava, flexionando o tronco. O meloxicam<sup>18</sup> administrado no hospital não resolvera o problema e o mesmo já tinha se ausentado do trabalho por um dia, o que geraria problemas financeiros durante o mês.

— “Se faltar um dia, a empresa desconta três do salário”. Retrucou, solicitando um atestado médico para o dia anterior, que não pôde ser concedido devido às questões legais.

Até esse momento, sua esposa estava ao seu lado, com faces de preocupação, sem esboçar muita reação além de repetir algumas vezes para o marido falar algumas situações que havia ocultado e que ela julgava importante. Além disso, nada demais, apenas mais uma consulta de rotina. Foi prescrita uma medicação mais eficaz para controlar a dor que seu marido sentia, de forma que tudo parecia caminhar para o fim, até que ele saiu da sala e ela falou:

<sup>17</sup> A região do interior do Rio Grande do Norte já foi grande produtora deste mineral.

<sup>18</sup> Medicamento anti-inflamatório utilizado para alívio da inflamação e da dor.

— “*Eu também vim até aqui me consultar. É que eu estou sem dormir direito e também não tenho mais vontade de fazer sexo com meu marido*”.

Começou então a relatar que a anedonia<sup>19</sup> surgiu há dois meses. Sem maiores explicações, não sabia dizer ao certo o motivo para tal, mas a insônia havia iniciado há duas semanas, período que coincidiu com problemas de seu filho na escola. Evidenciou que o que estava incomodando era o bullying contra ele, que havia mantido relações amorosas com uma colega, e esta o ameaçava até hoje. Expôs que temia pela vida dele, já que a garota tinha uma índole duvidosa e o enviava fotografias de suas automutilações e constantemente falava em agredi-lo fisicamente.

O bairro em que sou vivente é uma das comunidades mais carentes da cidade de Currais Novos. O tráfico de drogas opera fortemente no cotidiano da população, que muitas vezes se vê reclusa a um sistema de violência urbana exacerbada. E esse foi um dos receios que a senhora que estava sendo atendida explanou, afirmando que a menina tinha contato com pessoas que tinham potencial considerável de atentar contra seu filho. Esse tipo de violência repercute de diferentes formas nas práticas de cuidado, de forma que, como exposto neste caso, há intensa dificuldade em se abordar tal fato como problemática de saúde (MACHADO et al., 2016). Vem então o meu primeiro sentimento de impotência naquele contexto: como então solucionar um assunto tão delicado sem haver comprometimento da integridade dos profissionais da unidade ou da família em questão? Era um caminho sem saída, um dos percalços de lidar com pessoas, em um território vivo.

Investigando melhor a situação, pode-se perceber como um todo em que nível e diagnóstico aquela senhora estava. A insônia de todos os dias, o humor deprimido e a perda de prazer traziam à tona um possível transtorno depressivo maior. Foi uma das consultas médicas mais demoradas que já participei, cerca de uma hora ou mais, tempo insuficiente, a meu ver, para abarcar todas as demandas que ali eram expostas. E o relógio novamente é um inimigo da qualidade e da perfeição.

Continuando o atendimento, constatou-se que também havia diversos outros sintomas que corroboravam para a patologia já citada. Ela relatou ainda que estava perdendo peso durante esse período, embora não soubesse precisar quanto e aproximou quatro quilos, além de dizer que a lavagem de roupas - que é feita por

19 Perda da capacidade de sentir prazer.

ela - demora quinze dias para ser feita, o que se configura como uma lentificação psicomotora, já que também se sentia “vagarosa”. Uma acentuada perda de energia e um cansaço imenso estavam presente no seu quadro, além de uma diminuição da concentração e sentimento de culpa e preocupação exageradas pelo que estava acontecendo com o filho. Ainda havia um sentimento de inutilidade evidente em seu discurso, com palavras precisas:

— “*Me sinto tão inútil por não dar prazer ao meu marido. Imagine só, é o que todo homem busca em uma mulher, e eu não posso dar isso ao meu - disse, com lágrimas percorrendo todo o seu rosto em um choro de alguém desesperado, que buscava auxílio imediato*”.

Aos poucos, tudo ia se encaixando e, quanto mais se buscava, mais se encontrava. Era uma caixa de descobertas, uma caixa muito triste e melancólica. E, quando já tínhamos sintomas em excesso para se chegar a um diagnóstico de depressão maior, já que no mínimo cinco são preconizados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), faltava investigar apenas um, o último da lista e um dos mais preocupantes.

— “*Se alguém pudesse ficar com meus filhos e promettesse que cuidaria bem deles, eu me mataria. Não faço isso porque eu penso muito neles, não tem quem cuide deles, mas, se tivesse, eu já teria feito isso. - disse, em um pranto de dor evidente - É triste, muito triste*”.

E eu sei o quanto dói, compreendia bem o que aquela senhora esboçava em suas palavras e feições. Sua dor parecia ser a minha e, embora só ela chorasse na sala, eu também chorava por dentro. Sei que não é fácil enfrentar tamanha doença, tamanha dificuldade. Era triste para ela, mas também era triste para mim. Colocar-me dentro de um labirinto e sair procurando uma solução para o caso. Como minimizar a dor de alguém além da medicação? Como mudar a realidade? Como enfrentar o peso da impotência?

A medicina também tem essa vertente, a de se sentir sem armas em uma guerrilha vencida. Ser esmagado por um inimigo oculto, sem rosto, sem movimentos, sem humanidade que é a depressão. Estar preso sem amarras, com laços invisíveis. E eu me tornei pensativo nessa situação até o presente momento. Não desejava, mas estou. Creio então que essa é uma habilidade que tenho que adquirir para a vida pessoal e médica: colocar-me no lugar do outro, mas não levar comigo um peso maior ainda.

Refleti então, durante parte do tempo, sobre o sentido que a vida possui. Estar vivo, respirar, sentir, ver, ouvir, tudo isso é muito questionável do ponto de vista humano. Entender como ela desaparece também, pois nos é estranho lidar com o fato que, de repente, tudo isso acabará. É difícil imaginar um lugar onde não exista nada nem ninguém, sem essência, o que é puro mistério, e creio que sempre será.

No contexto do suicídio, penso: qual é razão de algo tão complexo como o viver poder ser desfeito? É um processo de adoecimento tão intenso e voraz que muda aquilo que nos mantém vivos: o instinto. Toda a nossa mentalidade é voltada para sobreviver a qualquer custo, fomos programados para isso: manter a integridade do nosso ser independente de quaisquer eventualidades. Pensar em retirar a própria vida é estranho à natureza humana e o motivo pelo qual a condição causadora desse processo deve ser tratada com tamanha emergência.

Dois dos pilares do suicídio são a impulsividade e a inflexibilidade, sentimentos que levam o indivíduo a pensar que somente a morte pode sanar sua problemática (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014). Passa-se, a partir desse momento, a perder a fé no pulso firme da felicidade e crer que a situação é irreduzível, imutável, infindável, insanável. Dessa forma, vê-se sem saída, o fim de uma longa estrada percorrida.

Certa vez, em uma conversa entre amigos, ouvi o relato de um atendimento de emergência a um paciente que tinha atentado contra sua própria vida por meio do corte da região anterior do pescoço, presumivelmente na tentativa de atingir a grande rede vascular que essa região possui.

O turbilhão de pensamentos e emoção dessa semana subsidiou a elaboração do poema:

“Tem um homem depenado  
Em frente à minha cozinha  
Com fâcias transparentes  
De uma dor que anuncia  
Um fim triste  
De um tenebroso tempo  
De quem vê a vida vazia

Cortaram-lhe a garganta  
Não há mais jugular  
Quem diria que um dia  
Ele muito iria sangrar?

Tem um choro no rosto  
Que olha para a janela  
Ah, se eu pudesse vê-lo  
E mostrar que a vida é bela

E dizer que sim, há solução  
E que os problemas da mente  
Irradiam para o coração  
Mas que um dia tudo passa  
E o amanhecer ganha graça  
Para quem vivia em solidão”  
(José Moreira, 2017)

### Todo silêncio é um grito: sobre ser médico em tempos de muitos ícaros

“Cisme outro dia e quis me suicidar  
Fui me atirar do Viaduto do Chá  
A turma que passava não queria deixar  
A vida pro meu lado estava má

Consciência pesada me mandava pular  
Consciência pesada me mandava pular

Resolvi, então saltei  
O carro que passava eu achatei  
Minha cabeça se esfacelou  
E o chofer lá de dentro gritou

O viaduto quebrou  
Ou alguém louco ficou [...]”  
(*Os mutantes, Suicida, 1966*)

Certa lenda grega acerca do labirinto de Creta diz que Dédalo, arquiteto da época, juntamente com o seu filho Ícaro, construíram um labirinto para abrigar o minotauro, mas que, por acaso do destino, foram presos nele a mando do rei Minos, o autor do pedido para a construção do mesmo. No entanto, com sua genialidade, Dédalo teve a ideia de fugir do labirinto pelo céu, já que o mesmo não tinha teto. Dessa forma, ele e o seu filho passaram a construir asas artificiais com as penas dos pássaros que por lá sobrevoavam e construíam seus ninhos, anexando-as à estrutura com cera das abelhas.

Embora o plano parecesse propício, tinha uma ressalva: ambos não poderiam ir a uma altitude próxima ao sol, pois certamente a cera derreteria. Ícaro, encantado com a experiência de voar, não atendeu às recomendações do pai, voando em uma altitude superior à recomendada. Suas asas derreteram e Ícaro caiu no mar, para o desespero de Dédalo, que chorou a morte do seu filho por toda sua vida.

Desde muito criança, sonhei em ser médico. Toda essa rotina de estetoscópio, bisturi e exame físico sempre me interessou. Lembro-me com muita nitidez do dia que ganhei um estetoscópio falso e uma seringa, que embalavam minhas tardes de brincadeira com muito esplendor. E assim fui construindo minha personalidade.

—*O que você será quando crescer?*

—*Serei doutor!* – respondia eu.

Minha família, com muito entusiasmo, apoiou a decisão e me encorajava com muitas nuances de elogios:

— *Será o médico da família.*

Minha avó materna, agricultora, mulher que trabalhou arduamente vendendo bananas na feira livre, e minha mãe, professora que um dia foi empregada doméstica numa casa de conhecidos para se manter na escola, barganhando um abrigo e trabalho em troca da possibilidade de saber um pouco mais, e que também foi a primeira da família a conseguir um diploma de nível

superior, orgulhavam-se da minha escolha. Eu seria o primeiro da família a entrar no *rol* dos “salva-vidas de jaleco”, e isso sempre foi importante para eles, bem como para mim. Elogios são bem-vindos, e ver minha família com um sorriso no rosto apesar de todo sofrimento que a vida lhes incumbiu é gratificante.

Quando me vi nessa imensidão, o sonho já não era somente meu. O diploma, simbolicamente, não viria nomeado de José Moreira da Nóbrega Neto, mas também de dona Raimunda (minha avó), de seu José Moreira (meu avô materno) e de Remédios (minha mãe).

O tempo passou e, finalmente, em 2016 consegui ser aprovado para o curso de medicina. Gritos. Abraços. Choro. Parecia então que naquele exato momento todo o objetivo de uma vida tinha sido alcançado. Era como se em cada couro cabeludo daquele repousasse então uma coroa de louros. O “médico da família” já era realidade.

Dentro de toda essa trajetória, um dos mais tensos momentos foi o terceiro ano do ensino médio. Com a aprovação em mente, me isolei de tudo o que poderia para construir sobre mim uma muralha de livros e falsos sorrisos, disfarçando assim todas as angústias de um possível fracasso em não ser aprovado através de frases como “Vai ficar tudo bem, é só um ano da minha vida. Vai melhorar quando eu estiver em uma universidade”. Ilusão.

Normatizei dentro de mim um ideal de meritocracia que hoje vejo como falácia por parte de muitos. É o clássico clichê do *no pain no gain*. Tentar vencer ou ser vencido. Em outras palavras, estudar arduamente, domingo a domingo, para ter uma chance na vida. Pensava comigo que todo aquele sofrimento psicológico tinha uma explicação e seria tão natural quanto a evolução, a lei do mais forte, do mais adaptado, daquele que vence barreiras com a penação diária. Ao adentrar as portas da Escola Multicampi de Ciências Médicas, notei o que mais temia: o sofrimento somente começara, e o pior, aquela realidade se estendia a todos os outros cursos de medicina.

Estudar o que se tem afeição é sempre gratificante, a medicina é belíssima, e espero que continue assim. Mas não se trata de estudar muito ou sofrer estudando. A questão não é essa, creio que nunca foi, já que há evidências que provam que lidar com todas as questões do curso se torna mais fácil, suportável, com uma boa rede de apoio (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006). Dessa

forma, não é apenas estudar o que gosta, é estudar o que gosta e o que faz bem que edifica o aprendizado. Nada vai bem, nem mesmo o estudo, se o indivíduo se sente oprimido, acuado.

Então, neste setembro amarelo, a saúde mental ganha maior evidência e, por mais difícil que seja, se faz necessário ter um olhar diferenciado para nós mesmos. O médico é o sujeito que trata dos doentes e não percebe sua própria condição, sua fragilidade frente às questões psicológicas. Nesse caso, a doença não está somente no humor deprimido ou na intenção suicida, mas também na negligência de si.

Muitas vezes o ambiente universitário, que deveria ser de aprendizado conjunto se transforma em um campo de disputas, de batalhas com vencedores pré-determinados, em uma competição desmedida sobre estudar mais, saber mais e fazer melhor. Essa competitividade tão acirrada é um dos fatores que geram um enorme estresse (LIMA et al., 2016). Talvez seja a partir daí que surgem pensamentos como o ideal de que nunca é suficiente, que sempre falta um ponto, um assunto, uma abordagem. Pretendemos abraçar o universo com as nossas mãos e, por vezes, acabamos derrubando o nosso mundo.

Certa diferença entre os índices de suicídio entre a profissão médica ou os estudantes de medicina e as outras profissões e discentes é o método encontrado para consumir a ação, já que o uso de um método para suicídio está intimamente relacionado com sua disponibilidade, aceitação cultural e a letalidade. A ingestão excessiva de drogas, por exemplo, é uma forma de suicídio muito aceita culturalmente, sendo os medicamentos, principalmente os psicofármacos, utilizados na maioria dos suicídios de médicos (MELEIRO, 1998).

Em termos profissionais, culturalmente a medicina é considerada uma profissão de múltiplas cobranças/responsabilidades devido a sua própria natureza – lidar com a vida e a morte humana em sua plenitude –, de modo que as pessoas que procuram essa profissão, no Brasil, geralmente estão seguras de sua opção (BAMPI et al., 2013). Esse tipo de comportamento reflete um ideal que muito vejo em vários profissionais médicos: a concepção de que somos heróis, máquinas programadas para alto nível de raciocínio clínico e que, caso não saibam determinado assunto, por mais insignificante que seja,

representa então um fracasso gigantesco, um valor empregado que difere do que realmente é.

É neste momento que nos tornamos Ícaros. O problema não é voar alto ou desejar voar mais alto, mas ter a ganância de ir além do que podemos e necessitamos, negligenciando nossas limitações como seres humanos. Ou melhor, ocultar a existência da saúde mental, não compreender que possuímos asas de cera e que elas estão constantemente ameaçadas. O nosso sol é a nossa (futura) profissão. Realidade dura, mas realidade. A partir disso, iniciei a contestação, dentro de mim, se estou realmente trilhando o caminho que sonhei, se realmente, nessas situações, encontro a medicina de verdade, aquela que é idealizada para dirimir o sofrimento.

E assim tecemos nossos dias de luta e glória, de paixão e ódio, esperança e desespero de acordar mais um dia para lidar com nossos leões, nossas feras indomadas que estão logo ali, dentro de nós e na personalidade de tantos outros semelhantes, daqueles que escolheram galgar cuidado e atenção e acabaram encontrando a própria dor e sofrimento, lidando com o pior que pode existir: a queda do nosso Ícaro em um inferno interior que construímos para abrigar nossos medos mais obscuros.

Que possamos voar com segurança com nossas asas frágeis. Que o nosso labirinto nos leve a uma maior compreensão da dor do outro e da nossa própria. Que “salvar vidas” não signifique perder a nossa.

“Não enlouqueça, Pedro  
Teus olhos marejados de fogo  
Precisam se encontrar por aí  
Com almas cheias de dor  
Muito então terás a servir

A loucura, dama dos sonhos  
No véu da noite se faz  
Não vais cair no engano  
Louco, de noite a dia, não serás  
Viva apenas o hoje  
Amanhã já não saberás mais

Afoga teu peito de dor  
 Nos braços de outra pessoa  
 Não tenha receio esta noite  
 O amor a ninguém perdoa”  
 (José Moreira, 2018)

## REFERÊNCIAS

- LALANDE, A. Vocabulário Técnico e Crítico de Filosofia. [tradução de Fátima Sá Correia et al.]. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
- LEGRAND, G. Dicionário de Filosofia. [Trad. de Armindo José Rodrigues e João Gama]. Lisboa, Edições 70, 1986.
- STURBA, C. B. O niilismo e a vacuidade da vida segundo Nietzsche. *Revista Lampejo*, n. 7, semestre 1, 2015.
- NIETZSCHE, F. Assim falou Zarathustra. [Trad. Paulo César de Souza]. Ed. Cia das Letras, São Paulo: 2011.
- MACHADO et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. *Rev. Enferm. UERJ*, vol. 24, n. 5. Rio de Janeiro, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- PACIEVITCH, T. <http://www.infoescola.com/mitologia-grega/labirinto-de-creta/>. Acesso em 04 de setembro de 2018.
- LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. S.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev. Saúde Coletiva*, vol. 40, n. 6, 2006, 1035-41.
- LIMA, R. L. et al. Estresse do estudante de medicina e rendimento acadêmico. *Rev. Bras. Educação Médica*, vol. 40, n. 4, 2016, 678-684.
- MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev. Ass. Med. Brasil*, vol. 44, n. 2, 1998, 135-40.
- BAMPI, L. N. S. et al. Qualidade de vida de estudantes de medicina da Universidade de Brasília. *Rev. Bras. Educação Médica*, vol. 37, n. 2, 2013, 217-225.
- ANDRADE, C. D. Antologia poética: Carlos Drummond de Andrade. 1ª ed. São Paulo: Cia das letras, 2012.
- VILARDI, R.; LOYOLA, R. <https://www.letras.mus.br/mutantes/1526052/>. Acesso em 05/12/2018.

## A VIVÊNCIA INTEGRADA NA COMUNIDADE COMO FORMA DE CONSOLIDAÇÃO DO CONHECIMENTO E DO SER MÉDICO

Mikael de Araújo Silva - Acadêmico do 2º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Profª Msª Aline Patrícia dos Santos Bezerra - Professora da EMCM/UFRN

## INTRODUÇÃO

Inicialmente, é necessário explicar um pouco o módulo de Vivência Integrada na Comunidade (VIC) para que os posteriores assuntos e acontecimentos sejam bem compreendidos. Esse módulo tem o intuito de proporcionar uma experiência de aprendizagem no Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos quatro primeiros anos do curso de Medicina, a fim de promover aprendizados técnico-científicos, humanos e éticos para os estudantes.

O módulo VIC é um componente curricular obrigatório, com 120 horas/aula, oferecido do segundo ao oitavo semestre do curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte (EMCM), totalizando 840 horas (Oliveira et al, 2017). Caicó, Currais Novos e Santa Cruz são municípios do interior do RN nos quais os estudantes desenvolvem atividades em Unidades Básicas de Saúde (UBS) – local prioritário de permanência ao longo da VIC – e em equipamentos de Saúde da Atenção Secundária como centros de especialidades, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Centros de Reabilitação Infantil e Adulta (CRI/CRA). Na Atenção Terciária, os estudantes vivenciam a realidade do serviço hospitalar de cada um dos municípios.

O módulo de VIC permite uma inserção longitudinal do aluno no sistema de saúde e possibilita a criação de vínculo do aluno com a equipe de saúde local e a comunidade, constituindo uma excelente estratégia para a fixação dos médicos na região (OLIVEIRA, 2017). Nas atividades práticas, cada estudante é acompanhado por preceptores de modo interprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e saúde bucal, agentes comunitários de Saúde,



fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais dos diferentes níveis de atenção. O preceptor é entendido como profissional com importante papel na inserção e socialização do estudante nos equipamentos por possibilitar que este vivencie o cotidiano dos serviços, evidenciando o caráter formativo do trabalho.

Adiante farei reflexões, através de portfólios, sobre situações vividas durante esse tempo e as relacionarei à formação médica. Isso será feito com o intuito de explicitar a variedade de momentos e pensamentos a que o aluno de medicina inserido no módulo de vivência está exposto; também para demonstrar um pouco das minhas reações e desenvolvimento pessoal durante o referido módulo e a minha perspectiva da importância dele na formação médica. Todos os nomes citados como sendo de funcionários são fictícios substituídos por nomes de países.

### ANTES BAGUNÇADA QUE INEXISTENTE

Iniciando a nova fase, fui à Unidade Básica de Saúde (UBS) em uma segunda-feira, cheguei às 13h54min e, junto com meu colega de VIC, entrei na unidade. A timidez estava grande, pois ao chegar à calçada, vi uma grande quantidade de pessoas sentadas na sala de espera, entrei meio encabulado, mas ao passar da porta deixei a timidez para trás e quis superar a dificuldade inicial, dei uma boa tarde em bom tom, fui até a recepcionista Argentina, apresentei-me e fui encaminhado para a sala da enfermeira Venezuela, esta me apresentou a unidade e me deu autonomia para decidir o que fazer. Ainda estava meio perdido em meio ao turbilhão de acontecimentos simples (que algo me dizia que ficariam na minha mente) quando um bom senhor me ofereceu um caminho a seguir, era o agente comunitário de saúde (ACS) Peru, ele disse que podíamos acompanhá-lo para conhecer sua microárea, vendo como a oportunidade perfeita, já que precisava criar vínculo com a equipe, territorializar e não sabia como começar, aceitei imediatamente.

A primeira semana foi centrada nos objetivos de territorialização que eu precisava cumprir, tentei ser prestativo com os ACSs, deixando-os cientes de quão grato eu estava pela recepção. Quem me fez mais grato ainda foi o ACS México, ele demonstrou ser um ótimo profissional e, com muita boa vontade, buscou contribuir com meus objetivos. Durante a semana, também tentei prestar atenção nas relações entre os funcionários da equipe de saúde através da fala dos ACSs e da

observação do convívio da equipe na UBS. Percebi a existência de atritos entre os funcionários por meio de “indiretas” e críticas feitas ao companheiro de trabalho. Comecei a pensar até que ponto aquilo poderia afetar a saúde da população, sei que uma boa coesão entre a equipe é essencial para o trabalho efetivo, visto que o funcionamento multiprofissional da unidade também depende de boas relações entre os funcionários.

Em algumas conversas, disseram-me que eu ainda não havia visto nada, aconselharam que esperasse chegar à reunião de equipe, pois haveria conflitos pessoais e os funcionários se exaltariam. Mais uma vez me preocupei com a relação existente entre os integrantes da equipe, pois é fato que, para a manutenção dos padrões de trabalho, o entrosamento entre os membros da equipe e a obtenção de satisfação pessoal, é essencial uma boa comunicação, algo que eu imaginei que pudesse estar comprometido.

Procurei saber quando haveria reunião de equipe, descobri que ela é realizada quinzenalmente e seria na tarde da quarta-feira seguinte. Eu nunca havia participado e fiquei surpreso com aspectos desse encontro. Primeiro, percebi que alguns cuidados que devem ser levados em consideração no momento de preparação da reunião não foram obedecidos. O local deve ser, convenientemente, equipado e de tamanho apropriado (GOMES; ANSELMO; LUNARDI, 2000), porém a sala de reunião estava lotada, muitos funcionários, além de mim, estavam sentados no chão. Analisei a influência que essa deficiência poderia ter sobre a reunião, logo imaginei que devido ao desconforto, estresse, pressa em acabar e a não adesão de todos os funcionários poderiam ser gerados.

Além disso, observei alguns dos problemas mais comuns em reuniões, como: pessoas que deveriam estar presentes acabam por ausentarem-se (o médico da unidade, Dr. Chile, não compareceu); a maioria das pessoas não contribui muito para a discussão e a reunião é utilizada para resolver problemas pessoais. Dentre esses, o primeiro me chamou atenção imediatamente, pois, sendo a reunião um momento indispensável para o adequado planejamento das ações da unidade, como o médico se manteria em consonância com a equipe sem participar? A meu ver, isso é contrário ao decorrer das ações da UBS de forma eficaz, porque o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação, estando intrinsecamente vinculado à ação e aos resultados/impactos dela. Ademais, a falta de organização,

coesão e organização das falas me deixou assustado. Muitos funcionários se exaltavam e tentavam superar a fala do outro aumentando o tom de voz, alguns criticaram outros duramente e faltava respeito à ordem de fala.

Ao fim da reunião, uma das coordenadoras da unidade deu o aviso de que eu e meu colega estávamos na vivência e estaríamos em contato com eles. Logo depois, perguntou se algum de nós dois queria falar algo, mas pressentiu que não ia acontecer com a seguinte frase: “devem estar assustados”. Eu realmente estava um pouco assustado, fui na expectativa de ver uma equipe coesa planejando ações, vi isso sim, em parte, mas fiquei surpreso com os problemas citados e a forma como foram abordados. Apesar de tudo, eu fiquei satisfeito com a reunião, pois ela existiu, diferentemente do que ocorre em outras unidades e mesmo “bagunçada”, a reunião foi benéfica na discussão de temas do interesse de todos, como a cobrança ao Conselho Municipal de Saúde por respostas quanto ao conserto da autoclave.

É relevante destacar que a busca coletiva de soluções para problemas aumenta as chances de êxito na sua implementação, ao incluir no processo de tomada de decisão todas as pessoas envolvidas. Quando as pessoas ajudam a resolver um problema, elas vêem a solução, também, como sua e têm um interesse pessoal em fazer com que ela dê certo. Em outras palavras, é importante que os problemas e soluções sejam compartilhados por todos os membros da equipe (GOMES; ANSELMO; LUNARDI, 2000).

Constatei que, embora eu desejasse que houvesse ocorrido de forma melhor e esteja pensando sobre maneiras de ajudar a equipe a otimizar esse momento, a reunião foi eficaz. Isso foi comprovado no dia seguinte, quinta-feira, pois, ao chegar à reunião do Conselho Municipal de Saúde, encontrei diversos funcionários da UBS presentes, inclusive fiz questão de sentar junto a eles e fiquei orgulhoso ao ver a efetividade da reunião quando eles cobraram de forma que parecia ensaiada seus desejos. Então termino com a minha conclusão sobre a reunião de equipe: antes bagunçada que inexistente.

## UM EXEMPLO A SER SEGUIDO

No dia que se iniciou a segunda semana de vivência, logo ao chegar, fiquei surpreso com a agradável presença de alguns dos meus veteranos, eles foram

para ministrar um curso de capacitação nos cuidados a usuários com transtornos mentais e disseram que eu poderia assistir. Fiquei animado, pois achei o tema interessante e não sabia o que iria fazer durante a manhã, visto que já havia feito a territorialização - um dos principais objetivos da vivência em que eu estava - da maior parte do bairro durante a semana anterior.

Um aspecto que me chamou atenção foi o papel de tal ação na formação dos profissionais da UBS. Pesquisei e vi que o curso se encaixa como uma medida de educação permanente em saúde, a qual é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2004). Com isso, o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, logo, tentei perceber a relevância da presença de um momento como esse na atuação do profissional. Em alguns momentos do foram repassadas estratégias para lidar com pessoas que sofrem de transtornos mesmo sem uma medicação, como a orientação da ingestão de alguns chás para controle da ansiedade. A única categoria de profissionais que estava presente era a dos ACSs, constatei a mudança que poderia ser adotada no trabalho deles por terem recebido orientações atualizadas às quais provavelmente não teriam acesso sem essa iniciativa dos alunos da EMCM.

No mesmo dia, durante o turno vespertino, veio o ápice (ou o primeiro deles) da semana. Ao chegar à UBS, fiquei sabendo que um novo médico havia acabado de começar a trabalhar e decidi pedir para acompanhar o seu trabalho. Não sabia muito bem como fazer o pedido, mas falei objetivamente e o médico Brasil, com impressionante empatia, disponibilizou-se totalmente em contribuir para minha formação. Então, entrei no consultório e fiquei cada vez mais feliz com a postura adotada pelo médico. Ele tentou passar o máximo de informações possíveis, permitiu que eu examinasse alguns usuários e ainda enviou artigos para meu e-mail para que eu pudesse ler e ter melhor embasamento teórico a respeito de assuntos vistos durante as consultas, como a tosse e a larva migra.

Passsei a admirar muito o médico. Percebi a forma como ele tratava os usuários, ele possuía os pré-requisitos para a construção de uma boa relação

médico-paciente (GUSSO; LOPES, 2012), esbanjando capacidade de escutar, dando confiança e buscando aliviar o sofrimento e usando a racionalidade para explicar a terapia e atingir a adesão do usuário ao tratamento.

Em outros momentos, ouvi e percebi o descontentamento de profissionais em relação ao outro profissional da unidade básica, o médico Chile. Ouvi relatos até de parentes meus de que ele teria tentado se aproveitar de mulheres jovens pela posição de médico, pedindo contato de celular e para a paciente despir-se desnecessariamente, infringindo o artigo número 40 do código de ética médica, o qual diz que é vedado ao médico aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). Envergonha-me e me irrita tomar conhecimento desse tipo. Em momento algum havia sentido vontade de pedir permissão do médico Chile para acompanhá-lo.

A experiência com o médico me deixou esperançoso quanto à existência de mais médicos bons, que buscam realizar seu trabalho de forma correta e também obter um bom vínculo tanto com a população quanto com os colegas de trabalho. Vejo o médico como um exemplo a ser seguido para que eu possa ser também um ator na melhora do sistema de saúde e da qualidade de vida da população.

## UM PROCESSO FACILITADO

Inicia-se a terceira semana de vivência na UBS e acontecimentos peculiares, mas simples, continuam chamando minha atenção. Nessa altura, já acompanhei o trabalho de enfermeiras, da administradora, da técnica de enfermagem, dos ACSs e do médico.

Enquanto assisto as consultas de um dos médicos da UBS, alguns casos me chamaram especial atenção e, inclusive, ajudaram-me a desenvolver um pôster com um relato de experiência sobre a relevância da territorialização no trabalho médico em uma UBS. Primeiro, lembro que na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é fundamental tanto para o examinador quanto para o paciente o atendimento do indivíduo de forma integral, sendo necessária a análise da situação de saúde da comunidade pela equipe, através de processos como a

territorialização, já que esta permite a identificação do aspecto epidemiológico, social e demográfico do bairro, além de detectar possíveis riscos à saúde (CAIRES; DOS SANTOS JÚNIOR, 2017). Esse processo de reconhecimento do território permite que sejam identificados os determinantes sociais em saúde (DSS), que são quaisquer fatores socioculturais e econômicos que influenciam, positiva ou negativamente, a saúde das pessoas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Logo, o atendimento integral do indivíduo requer o entendimento dos DSS pelo examinador. Nesse contexto, a territorialização torna-se um processo de apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde (DE FARIA, 2013). Essa apropriação possibilita um caminho para o raciocínio clínico do médico em diversas situações.

Durante as tardes em que eu acompanhei o médico, percebi que surgiram três casos de larva migrans cutânea, a qual é uma dermatose provocada por parasitas nematódeos, dos quais os mais frequentes são *Ancylostoma brasiliensis* e *Ancylostoma caninus*, endêmica em países tropicais (SOARES et al., 2018). Ao analisar a lesão cutânea com rastro serpenteado e conhecer que grande parte do território do bairro não possui calçamento, tendo grande quantidade de areia, o diagnóstico pode ser rapidamente feito, ao lembrar que as larvas filariformes que penetram a pele do hospedeiro geralmente encontra-se em areia contaminada.

Além de tal caso, uma criança teve uma crise de sinusite bacteriana, ao relacionarmos ao território, pode-se constatar a influência da poeira das ruas do bairro como contribuinte/motivo para essa crise (PEREIRA; HOLANDA, 2013). Não obstante, o conhecimento do bairro também permite uma associação de promoção da saúde adequada, por exemplo, pode-se orientar os usuários a ter cuidado com o contato direto com areia, já que está havendo o surgimento de casos de larva migra cutânea no bairro.

Portanto, após a vivência consigo reconhecer melhor a importância da territorialização e sua necessidade para o fornecimento de um atendimento integral ao usuário. Vejo a territorialização como um processo facilitador para a conduta médica na unidade básica de saúde. Isso é comprovado, por exemplo, com os casos citados acima, nos quais o conhecimento do território pelo médico o auxiliou no diagnóstico de alguns casos e na promoção da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da vivência pude perceber a grandiosidade dessa experiência em minha formação. Participei de situações que me fizeram identificar e refletir acerca dos avanços e desafios do sistema público de saúde, em especial a atenção primária da saúde local. Existem profissionais de saúde capacitados e comprometidos com a melhoria da qualidade das ações ofertadas a população.

Além disso, a necessidade de informações concretas sobre as questões que observei me fizeram desfrutar de boas leituras, as quais somaram um bom conteúdo teórico para minha formação. O mais impressionante deste processo é a possibilidade que o aluno tem de estudar a teoria e perceber o processo acontecendo com as peculiaridades descritas no referencial. Tal fato pode ser exemplificado com o atendimento do médico Brasil, pois, diversas vezes, eu já havia tido contato com a forte relação médico-paciente que teoricamente será criada se o profissional possuir uma conduta ética adequada, seguir os passos da semiologia e for educado, mas, neste módulo, é possível ver acontecer. Durante o acompanhamento das consultas com o médico, vi usuários saírem do consultório extremamente satisfeitos pela forma como ele buscou investigar e resolver os problemas deles. Então, é positivo poder usufruir de um processo de aprendizagem continuamente formado pela parte teórica e prática, mas não sendo esta ensaiada e sim o desdobramento de relações verídicas de indivíduos dentro do sistema de saúde.

A vivência me expôs a momentos nos quais eu precisei tomar a iniciativa para ajudar o próximo sem o auxílio de ninguém, a situações nas quais eu fiquei de mãos atadas vendo que algo estava errado, porém sem formas de mudar o ocorrido, então, considero que essa exposição ajuda a moldar o profissional que eu serei e a hora certa de ainda como estudante entrar ou não em ação. Ademais, sentir a gratidão da população de perto, poder criar um bom vínculo com pessoas através de pequenos atos, é uma sensação indescritível que renova minhas forças para continuar estudando dia e noite, então também vejo o conforto mental e emocional que esse módulo pode propiciar ao estudante como algo relevante à sua formação.

## REFERÊNCIAS

- OLIVEIRA, Ana Luiza de Oliveira e et al. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. **Interface** (Botucatu) [online]. Volume 21, suppl.1, p.1355-1366, jun., 2017.
- GOMES, Elisiane dos Santos; ANSELMO, Maria Elenir de Oliveira e LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. As Reuniões de Equipe como Elemento Fundamental na Organização do Trabalho. **Revista brasileira de enfermagem** [online]. Volume 53, número 3, p. 472-480, jul./set., 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. 1ª. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2012. 124 p. v. 1.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010, capítulo V, pp 39.
- CAIRES, Elon Saúde; DOS SANTOS JÚNIOR, Paulo Jonas. Territorialização em Saúde: uma Reflexão Acerca de sua Importância na Atenção Primária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol. 9, p. 1174-1177, 2017.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro. Vol.17, p. 77-93, mar/2007.
- DE FARIA, Rivaldo Mauro. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a Construção de uma Perspectiva de Adequação dos Serviços aos Perfis do Território. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Volume 16, p. 131 - 147, Jun/2013.
- SOARES, Sara et al. Larva Migrans Cutânea: apresentação típica de dois casos clínicos. **Nascer e Crescer** [online]. Vol.27, n.1, pp.46-49, 2018.
- PEREIRA, Carlos Alberto de Castro; HOLANDA, Marcelo Alcântara (Org.). **Medicina Respiratória**. 1ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. 879-885 p. v. 2.

## O QUE NOS ATRAVESSA DURANTE A TRAVESSIA

Jared Wanderson Moura de Sousa – Acadêmico do 5º período do curso de medicina da EMCM/UFRN  
 Prof<sup>a</sup> Esp. Maria Socorro Dantas Fernandes – Professora e Mestranda na EMCM/UFRN

### INTRODUÇÃO

As linhas que se seguem foram escritas durante minha graduação em medicina, em uma faculdade do interior do estado do Rio Grande do Norte. Cursava à época o 5º período e vi nesse livro que me propus ajudar a compor a oportunidade de externar reflexões sobre algumas questões específicas de minha formação. Na espécie, examino o modo como o módulo de Vivência Integrada na Comunidade (VIC) atravessa pontos críticos da formação médica. Narrarei agora a situação que deflagrou os pensamentos que fundamentam este texto.

Era um dia comum na cidade de Santa Cruz no Rio Grande do Norte. Conforme agendado, reunimo-nos todos os viventes e dirigimo-nos a uma reunião com a gestão da Atenção Primária do município.<sup>20</sup> Discutimos sobre o cronograma de atividades e, já no final da manhã, um representante do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) chegou para compor a roda de conversa. Em determinado momento de sua fala, passou a narrar as dificuldades com que, provavelmente, nos depararíamos. Disse-nos ele: “é o preço que se paga pelo pioneirismo!”. Por alguma razão que até agora não compreendo bem, essas palavras calaram fundo em mim. Me flagrei refletindo sobre isso e me questionando se, de fato, éramos pioneiros e, se assim fosse, em que seríamos diferentes?

Naturalmente, a primeira resposta que vem à mente é que a diferença reside na forma como somos ensinados na Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pautada na utilização de metodologias ativas, distintas daquelas tradicionalmente empregadas. Antes, porém, de abordar a modalidade de ensino adotada, deve-se destacar as razões que levaram à adoção de uma metodologia diferente.

<sup>20</sup> O termo “viventes” é uma terminologia autoreferida pelos estudantes durante o período em que estão cursando o módulo de Vivência Integrada na Comunidade.

Há tempos, a forma de se ensinar é objeto de estudos dos mais diversos matizes, dentre os quais muitos voltam-se ao exame da metodologia posta. Esta, centrada na figura do professor, pela qual o aluno assume os contornos de mero espectador do próprio aprendizado, é hoje alvo de importantes críticas (SIMON, *et al.*, 2014). Isto porque tal metodologia, por sua própria substância, fundamenta-se na unilateralidade do processo de ensino-aprendizagem, furtando àquele que aprende a posição de protagonista. Como resultado, são pensadas e implementadas novas estratégias capazes de favorecer o processo ensino-aprendizagem e de conceder ao estudante maior domínio sobre sua formação (NOGUEIRA, 2009).

Neste ponto do texto, importa fazermos breve incursão na distinção entre *forma* e *conteúdo*. Até aqui, foi dado especial destaque ao exame teórico da *forma* como se ensina, entretanto, igualmente importante é perceber a relevância daquilo o que é ensinado. Apenas quando considerados em conjunto *forma* e *conteúdo* erigem-se como fatores capazes de influir de maneira mais acentuada no produto do processo de ensino-aprendizagem. São, por assim dizer, duas faces de uma mesma moeda, vez que, via de regra, é o *conteúdo* visado que determina a *forma* a ser utilizada em sua aquisição.

Nesse âmbito é que se inserem as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), de 2014, que estabelecem os atributos mínimos esperados do profissional formado. A edição dessas novas diretrizes deve-se à percepção da necessidade de formação de profissionais médicos capazes de lidar adequadamente com as demandas contemporâneas, de modo a impactar, de fato, na saúde da população brasileira (FRANCO, *et al.*, 2014). Constitui, assim, mais um passo em direção a uma mudança de paradigma que tem na Conferência de Alma-Ata seu mais proeminente marco, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no ano de 1978, quando se reafirmou o conceito de saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, ampliando os horizontes do cuidado que, até então, alcançavam apenas a enfermidade (STELLA; PUCCINI, 2008).

Com vistas ao alinhamento entre o atual modelo pedagógico (de caráter marcadamente ativo e centrado no aluno) e as novas DCN, foram concebidos componentes curriculares inovadores em várias escolas médicas. Dentre eles, destaca-se os módulos *Vivência Integrada na Comunidade*, componente curricular

obrigatório do curso de graduação em medicina da EMCM/UFRN e desenvolvido em 3 municípios do estado do Rio Grande do Norte. Trata-se de um módulo com caráter de internato longitudinal, o que confere aos estudantes a possibilidade de, desde o início do curso, imergir no dia-a-dia dos serviços, vivenciando-os em toda a sua crueza e genuinidade (OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

Se, de um lado, esse componente curricular proporciona avaliar, segundo o instrumental teórico, a implementação prática do serviço, por outro lado, possibilita ao estudante, a partir dessa reflexão sobre a realidade, lapidar-se a si mesmo, com vistas a incorporar práticas adequadas e afastar aquelas que, por qualquer razão, sejam impróprias (DEMARZO, *et. at.*, 2010). Tem-se nesse componente, portanto, um potencial dual, isto é, ao mesmo passo em que promove a reflexão sobre o serviço prestado pelo profissional formado, contribui para a formação do novo profissional (DEMARZO, *et. al.*, 2010).

Por óbvio, a adoção de uma determinada metodologia não tem o condão de, por si só, definir uma mudança real no universo prático. Ora, uma metodologia consiste tão somente em um caminho para se atingir a um fim. Da mesma maneira, a simples alteração curricular e conseqüente inclusão de determinado componente não implica, necessariamente, em alcançar os objetivos propostos. Convém, portanto, investigar se a VIC tem o condão de contribuir efetivamente para a aquisição, durante o período de formação acadêmica, dos atributos previstos nas DCN.

Apesar da aparente inocência da questão, as possíveis respostas são bastante complexas. Isto porque, para se avaliar se uma determinada estratégia de ensino-aprendizagem é satisfatória, faz-se necessário que se julgue pelos fins e não pelos meios. Deve-se, portanto, empreender um exame daquilo o que se tem ao final: o profissional formado.

Diante das dificuldades práticas de se empreender um estudo dessa natureza, pus-me a procurar na experiência algo que confirmasse a eficácia da VIC e me aquietasse o espírito. Tentei rememorar ocasiões que mostrassem que minha formação caminha em direção àquilo o que é estabelecido. Para tanto, sabia que precisaria examinar situações reais, as quais, por não serem controladas, representariam com maior grau de segurança a vida profissional de fato. O próprio desenrolar do módulo *Vivência Integrada na Comunidade*, então, surgiu como a fonte de onde essas situações seriam buscadas.

Face a isso, volto-me a seguir ao exame das implicações da VIC sobre a formação do estudante de medicina na EMCM. Nesse sentido e para ilustrar meu pensamento, utilizo-me, conforme dito anteriormente, de situações experienciadas nos serviços de saúde. Sabendo das diversas dimensões a se considerar nesse intento e da impossibilidade de examinar a todas, decidi escolher uma e me debruçar acerca dela. Assim fiz, e o parâmetro que resolvi avaliar foi a *linguagem*.

Tal escolha deveu-se à sua própria essência como elemento constitutivo das relações humanas, o qual, se degenerado, tem potencial para tornar infrutífero o solo mais fértil, o que demonstra a importância de sua compreensão e de sua utilização coerente. Nos tópicos adiante postos, intitulados I) *A Babel dos Novos tempos*; e II) *Como o Calculista Dizia*, discuto situações proporcionadas pela VIC que me impeliram a refletir sobre a *linguagem*, instrumento de trabalho do profissional médico e condição *sine qua non* para o bom desempenho de suas competências. Com isso, busco evidenciar a efetividade da VIC em minha formação médica, desde o aperfeiçoamento das aptidões elementares.

## A BABEL DOS NOVOS TEMPOS

A bíblia nos traz, no capítulo 11 de seu primeiro livro (Gênesis), a história de um povo que, imbuído da vontade de construir a maior de todas as torres, capaz de deixar-lhes à altura de Deus, foi confundido pela divindade, que retirou deles um dos maiores elos que os uniam: a linguagem comum. Não se trata, aqui, da cessação da fala, mas, sim, da cessação do entendimento. A construção, que até então caminhava a largos passos, tornou-se impossível de se concluir. As pessoas já não eram capazes de se comunicar, logo, o trabalho em conjunto, imprescindível para o término da obra, viu-se irremediavelmente obstado.

Essa história ilustra algo que, há muito, Aristóteles, em sua obra *Política* (2006), prelecionava: a linguagem é, por essência, o fator que retira o homem de seu estado animalesco e coloca-o na condição de único ser apto à vida em sociedade. Se a origem da linguagem não é, ainda, ponto pacificado, a sua relevância é deveras aceita. Seja em sua forma oral ou mesmo quando se concretiza através de signos

inaudíveis, a linguagem é o instrumento utilizado para a comunicação, conforme bem ensina Marilena Chauí (1995).

Apesar de trivial, o ato de falar não se resume a um simples componente do estabelecimento de uma relação onde um ator exprime algo e outro o capta. Conforme prelecionava John L. Austin (1990) e posteriormente J.R. Searle (2000), através de sua *teoria dos atos de fala*, quando se *fala*, não se está apenas *falando*. Na verdade, toda fala consubstancia também uma atitude, com um fim geralmente bem determinado, isto é, a linguagem, nessa perspectiva, exerceria funções outras que não a mera transmissão de conteúdo, ou mesmo, uma declaração do tipo “a porta está fechada!”

Nessa esteira de pensamento, a consecução de tarefas e a busca pela concretização de objetivos encontram-se intimamente atreladas ao estabelecimento de uma boa comunicação, com a utilização de uma linguagem apropriada e conhecida por todos os partícipes. Disto se deduz a importância da linguagem como instrumento de ação.

Em seus estudos, Chaim Perelman (2014), estudioso da retórica e da argumentação, percebeu que, para que a comunicação seja efetiva, é preciso que ambas as partes envolvidas estejam num mesmo plano, isto é, que os termos utilizados, assim como as composições frasais, sejam entendidas e tenham os mesmos sentidos para eles. Qualquer atividade que demanda a interação de pessoas traz em seu bojo a necessidade de se comunicar. Naturalmente, a área da saúde não constitui uma exceção a isso. Meu relato, dessa vez, diz respeito a um episódio em que uma das partes não observou aos requisitos acima expostos pelo autor alemão.

Em uma das ocasiões em que estive inserido na rotina da UBS, tive a oportunidade de acompanhar os atendimentos de uma das médicas que lá exercem seu ofício. Pus-me, na sala da “doutora”, a observar a maneira como as consultam se davam, no intuito de poder aprender toda a dinâmica de um atendimento real. Chegou, então, um senhor, de 70 anos de idade, que rapidamente acomodou-se em uma das cadeiras localizadas em frente ao birô e começou a narrar o porquê de ter procurado o serviço de saúde. Depois de analisar o caso e fazer algumas perguntas, a médica formulou sua hipótese diagnóstica e, de pronto, a disse ao paciente: “hiperplasia prostática”.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Hiperplasia prostática é uma expressão usada para identificar a proliferação de células da próstata.

Nitidamente confuso, o senhor aparentava esperar a complementação da médica, com o que poderia entender o que aquela complicada expressão significava. A profissional, a seu turno, não ficou estancada, continuou dizendo-lhe que era necessário que fizesse uma colonoscopia.<sup>22</sup> No momento, fitei por alguns instantes o usuário, que parecia estar tentando, sem sucesso, formular uma pergunta. Mas, ele sequer podia repetir as expressões utilizadas pela médica sem ajuda, e esta, dando por encerrada a consulta, entregou algumas receitas para o senhor e um encaminhamento para que o exame fosse feito. Ele saiu junto de suas dúvidas. As respostas todas, porém, ficaram dentro do consultório.

Essa situação, infelizmente, somente ilustra algo que insistentemente reproduziu-se nos dias em que acompanhei aos atendimentos. Pude enxergar claramente a diferença existente entre o *ser* e o *dever ser* (KELSEN, 2009), isto é, entre aquilo o que acontece no âmbito da prática e o que, à luz da teoria, deveria ocorrer. Para além de atingir as normas da boa comunicação, a conduta executada ia de encontro ao que determina o Código de Ética Médica, revisado em 2009 pelo Conselho Federal de Medicina, que, no art. 2º, do capítulo relativo aos princípios fundamentais, estabelece que:

O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (COFEM, 2009).

Ora, não demanda muito esforço perceber que uma consulta onde o paciente não é esclarecido de seu próprio quadro, das conclusões às quais chegou o médico, dos exames a serem empreendidos e da terapêutica a ser executada consubstancia a prestação de um cuidado prejudicado. Trata-se de conduta que fere o mandamento deontológico acima posto. Não houve zelo no repasse do diagnóstico nem tampouco explicou-se a maneira como o exame solicitado seria feito, mesmo este sendo de natureza invasiva.

Na espécie, também outro dispositivo normativo do mesmo código foi maculado. Em seu texto, o art. 12, do Capítulo I, exorta os médicos a, com vistas à eliminação e ao controle dos riscos à saúde, adequarem seu trabalho ao ser humano,

<sup>22</sup> Colonoscopia é um exame em que se insere uma haste com uma pequena câmera através do ânus do paciente para avaliar intestinos grosso e delgado.

o que implica no dever de se levar em conta todas as características particulares de cada um que se coloca sob seus cuidados. Para além dessas normas, vale mencionar que condutas como a presenciada vão de encontro a outras prescrições editadas pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, pode-se citar a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, que, em seu art. 3º, inciso II, determina que os médicos devem prestar aos pacientes “informações sobre o seu estado de saúde de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível” (Brasil, 2009).

Do exposto, desponta a necessidade de que o profissional se atente para não executar condutas viciadas, tal como se todos os usuários fossem detentores de uma mesma linguagem. Isto porque, sem isso, a qualidade do tratamento é prejudicada, o que deprecia o serviço oferecido e dificulta a distribuição efetiva de saúde, na medida em que, não conhecendo sequer as características da doença que se tem, ou mesmo, suas implicações, a adesão ao tratamento é lesada.

## COMO O CALCULISTA DIZIA

Neste último relato, trago à baila um caso bastante inusitado. Narro a seguir os fatos que me inclinaram a escrever o presente texto. Era uma manhã qualquer de atendimento na UBS. Eu, tal como fazia rotineiramente, havia pedido permissão ao médico para entrar em sua sala e acompanhá-lo, sendo prontamente aceito. Estava bem acomodado e esperava que tudo transcorresse como nas demais ocasiões. Todavia, não foi exatamente esse o caso. Um rapaz, meio franzino e que aparentava ter seus vinte anos, chegou para uma consulta e, após sentar-se, explicou ao médico o porquê de sua visita: queria ser internado para que não viesse a atentar contra a própria vida.

O médico, que já conhecia a situação, fez uma breve avaliação da medicação que estava sendo utilizada pelo jovem e decidiu propor que, ao invés de proceder com o pedido de internação, o rapaz tentasse usar um outro medicamento que lhe seria receitado naquela consulta. Foi levantada, ainda, a possibilidade de que o jovem, que até então residia sozinho, voltasse à casa de sua mãe, que morava na mesma cidade. Após refletir sobre a possibilidade de voltar a residir junto de sua mãe, o jovem respondeu que não daria certo, pois ele era usuário de maconha e

sua mãe reprovava tal conduta. O médico, agora ciente de um fato novo, pôs-se a dizer que a mãe do rapaz estava correta e que a maconha, por fazer mal à saúde, deveria ser abandonada<sup>23</sup>.

Sem que pudesse imaginar, o médico deu azo para que o atendimento assumisse vestes totalmente distintas. Aliás, é provável que a partir daqui a linha de pensamento esperada pelo leitor sofra uma ruptura, posto que não é sobre a conduta do médico frente à condição depressiva do rapaz, ou mesmo sobre a própria condição em si, que se volta este relato. Antes disso, o que se objetiva nestas linhas seja talvez mais ameno, mas, aos olhos deste autor, igualmente interessante. Passemos.

Durante minha formação, venho tendo a oportunidade de participar de algumas dezenas de consultas, o que me conferiu alguma previsibilidade, porém, jamais imaginei que aquele jovem fosse responder o que respondeu. Disse ele: “o senhor está errado!”. Na hora, o médico, que estava segurando o prontuário, logo deixou-lhe sobre a mesa e, aparentemente surpreso, questionou o rapaz sobre sua afirmação, buscando saber por qual razão estaria errado. O rapaz, sem pestanejar, disse-lhe que era acadêmico e que já havia empreendido pesquisas sobre o tema e que, de acordo com artigos que havia lido, a utilização recreativa da maconha não seria nociva.

Eu, estudante que sou, confesso ter ficado um tanto entusiasmado com a situação, esperava saber como o médico reagiria. Ao contrário do que se poderia imaginar, o médico, apesar do nítido constrangimento, não quis defender sua ideia rigidamente e colocar-se numa posição de superioridade em relação àquele rapaz. Preferiu, ao invés disso, dizer que havia se expressado mal e que, na verdade, realmente não há estudos que determinem com indiscutível grau de certeza os malefícios do uso da maconha como mecanismo recreativo, entretanto, igualmente frágeis, do ponto de vista metodológico, seriam aqueles estudos que afastavam a existência de danos. O jovem assentiu com a argumentação do médico e este, percebendo isso, perguntou-lhe se, diante de

<sup>23</sup> Neste ponto, importa mencionar os resultados dos estudos atuais sobre a utilização da Cannabis no âmbito das estratégias de redução de danos. Merece especial destaque seu papel no tratamento de dependentes químicos de crack, situação em que a utilização da Cannabis poderia diminuir, dentre outras coisas, a “fissura” pelo crack, droga sabidamente danosa e com elevado potencial para causar dependência. Disto desponta a necessidade de um olhar mais acurado sobre o tema, que mostra-se demasiado promissor e demanda a realização de exame desprendido das amarras do estigma e do senso comum (WURFEL & PEREIRA, 2011; MACHADO & BOARINI, 2013).



tais incertezas, não seria mais arrazoado que optasse por repensar a utilização da maconha. Mais uma vez, o jovem assentiu.

Ao final, o rapaz disse que o médico não era tão “quadrado” como havia suposto e que tentaria seguir conforme o acordado. Àquele ponto, a consulta já estava inteiramente descontraída. Todos sorriamos juntos. O clima de tensão com que o atendimento havia se iniciado cedeu espaço para que um ar de leveza tomasse o ambiente. Ele saiu e eu, que geralmente estaria refletindo sobre seu diagnóstico ou sobre os medicamentos utilizados, somente meditava acerca de algumas coisas sobre as quais havia lido anos antes de ingressar na faculdade. O calculista Beremiz Samir, personagem de Malba Tahan, ensinava quanto à importância de se encarar as dúvidas com serenidade e mansidão, visto que a precipitação conduz ao erro e à discórdia (TAHAN, 2001); e, de fato, fosse outra a reação do médico, talvez o resultado da consulta tivesse sido inteiramente diferente.

Existe, na teoria da argumentação, um consenso mesmo entre os mais díspares pensadores: um discurso sempre se volta a um determinado público e, assim, deve ser adequado a esse público (PERELMAN, 2014). Inobstante à obviedade da afirmação, isso é hodiernamente ensinado nas mais diversas instituições de ensino e fora delas, nas ruas, nas praças. A situação narrada aqui reflete a aplicação prática (e provavelmente inconsciente) desse princípio. Ora, o médico, percorrendo um caminho diferente do inicial, foi capaz de chegar ao mesmo resultado: a possibilidade de o paciente rever o uso da cannabis em sua vida cotidiana. As ideias iniciais do médico sobre os malefícios da maconha não se alteraram, mas o modo como dispôs as palavras e a forma como as inseriu no diálogo sim. A utilização da linguagem como instrumento objetivo sempre me fascinou e entendo cada vez mais sua importância nas inúmeras dimensões da vida.

Espero que futuramente, quando for eu a estar sozinho nos atendimentos médicos que o destino me reserva, possa saber como utilizar a linguagem a favor do paciente. Para tanto, torço para que, em alguma medida, seja capaz de captar e entender seus valores e ideologias, visto que, se não puder conhecer um pouco do interior desses sujeitos, jamais terei êxito em estabelecer um diálogo realmente profícuo, onde, mais do que a adesão do paciente à terapia proposta, se assegure a formação de uma relação de confiança e se faça, também, nascer no paciente o sentimento de que, mais do que uma doença, ele é detentor de um universo de caracteres especiais que o identificam

e o tornam singular, e que esses aspectos são postos em linha de conta pelo médico quando este se dispõe a atendê-lo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do exposto, tem-se que a Vivência Integrada na Comunidade constitui um instrumento formativo apto ao desenvolvimento de habilidades das mais basilares para o profissional médico, sem as quais o desempenho adequado das funções estabelecidas vê-se irremediavelmente obstado. Em específico, resta claro que a VIC se apresenta, em relação à linguagem, como um campo de treinamento dos mais profícuos. Isto porque possibilita aos estudantes refletir sobre acontecimentos reais e examiná-los ainda durante o período da graduação, já desde o início do curso.

Espera-se que, a partir das situações utilizadas para ilustrar o presente trabalho, possa ter se afirmado quanto à pertinência da implementação de estratégias de ensino mais alinhadas ao paradigma educacional atual, centrado não mais na figura do professor, o que confere ao estudante um maior domínio sobre sua formação. Há, ainda, grande espaço para a realização de estudos acerca do tema e não se buscou aqui esgotá-lo, todavia, espera-se ter colaborado com seu enriquecimento, auxiliando o leitor na compreensão do papel da VIC nesse âmbito de inovação pedagógica e mostrando parcela de seu valor formativo.

## REFERÊNCIAS

- ARISTÓTELES. *Política*. ed. 1. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- AUSTIN, J.L. *Quando dizer é fazer: palavras e ação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014** - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (COFEM). *Código de Ética Médica*. 2009.
- CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. ed. 5. São Paulo: Ática, 1995.
- DEMARZO, MMP; *et al.* **Internato longitudinal**. Rev. Bras. Educ. Méd. 2010. 34 (3).
- FRANCO, CAGS; *et al.* **Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares**. Rev. Bras. de Educ. Méd. 2014. 38 (2).
- KELSEN, H. **Teoria Pura do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- Manual do Módulo de Vivência Integrada na Comunidade II**. 2017.

- OLIVEIRA, ALO; *et al.* Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. *Interface (Botucatu)*. 2017. (21) suppl.1 pp.1355-1366.
- NOGUEIRA, MI. **As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva:** reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2009.
- PERELMAN, C; OLBRECHTS-TYTECA, L. **Tratado da Argumentação:** a nova retórica. ed. 3. São Paulo: Martins Fontes, 2014.
- SIMON, E; *et al.* **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular:** encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Rev. Interface: comunicação, saúde e educação.* 2014.
- STELLA, RCR; PUCCINI, RF. **A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina.** In PUCCINI, RF, SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 53-69. ISBN 978-85-61673-66-6.
- SEARLE, J. R. *Mente, linguagem e sociedade: filosofia no mundo real.* Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- MACHADO, L.V; BOARINI, M.L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Revista Psicologia: ciência e profissão.* v. 33. n. 3. Brasília, 2013.
- WURFEL, R.F; PEREIRA, A.S. O uso da maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack. *Revista Aletheia.* n. 34. Canoas, 2011.

## O MÉDICO SÓ SE FAZ NA COMUNIDADE: EXPERIÊNCIAS DE UM INTERNATO LONGITUDINAL

Jeremias Araújo de Medeiros - Acadêmica do 5º período do curso de medicina da EMCM/UFRN

Profª Drª Ana Luiza de Oliveira e Oliveira - Professora da EMCM/UFRN

Prof Dr Diego Bonfada - Professor da EMCM/UFRN

### INTRODUÇÃO

O presente texto são os portfólios de um estudante de medicina do 5º período da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN). São documentos produzidos através do módulo Vivência Integrada na Comunidade (VIC). Cada VIC, caracterizada como um internato longitudinal, está conectada com a pregressa e a futura. Em minha formação terei a oportunidade de viver 7 módulos VIC. Nesse capítulo busco fazer conexões das VICs e suas contribuições para minha formação em medicina.

Assim, não é tempo para voltar atrás e sim de continuar. Nesse movimento de reflexão me ancoro não somente nas minhas ações técnicas desenvolvidas na Vivência, mas também em aspectos que me tocaram enquanto sujeito. Essas são as ferramentas mais eficiente que encontrei para passar um pouco do que sinto e aprendo ao escrever e temperar o texto que se segue. Construo o relato buscando reavaliar continuamente as minhas práticas. Vale pontuar que escrevo estas reflexões, em um momento em que o internato longitudinal está em sua quinta versão (VIC 5) amplia meus cenários para a Atenção Secundária e Terciária além da Atenção Primária. Nestes cenários que constituem a Rede de Saúde de Caicó, município onde realizo a VIC, a autonomia e o desenvolvimento clínico ganham sedimentação.

Para um conhecimento mais estruturado e significativo, escrever se mostra uma ferramenta excelente tanto por permitir a reflexão como o aprofundamento teórico de questões práticas vividas durante este módulo. De início, é sempre difícil achar o tema quando seu objetivo é refletir sobre algo que considere realmente relevante, o que chamamos de nó crítico na realidade vivida. Às vezes, parece que

a ideia não vem. Outras vezes, ela chega subitamente, praticamente pronta. Outras vezes podemos nos render à tentação de refletir sobre algo que para nós não faz sentido apenas para conseguirmos realizar a atividade necessária para a nota.

No meu caso, quase sempre, apesar de ser muito sensível aos acontecimentos não consigo ao certo sintetizar tantas experiências e apontar que uma apenas é relevante, mas é bom que assim seja. Isso não só aumenta o tempo de reflexão pré-criação, como também evita a “automatização reflexiva”. Mas para que o objetivo de refletir e a ideia central ser passada prontamente é preciso ter síntese para coordenar o conjunto de ideias fruto de experiências bordadas em minha vida e que se correlacionam enraizadas não só na Vivência, mas nos outros módulos desenvolvidos na EMCM (no tutorial ou na comunidade), na minha história, no meu passado e permanecendo comigo.

Para isso é necessário o comprometimento de diversos atores além de mim, o estudante. Há uma enorme carga de esforço do município, tutores, articuladoras, coordenadores e a própria EMCM que sempre propiciam crescimento, mas podem trazer algumas frustrações, que também se constituem como elementos formativos, na medida que refletimos sobre elas.

Dentre as oportunidades de crescimento estão a possibilidade do aprimoramento clínico, desde o raciocínio ao exame físico, o aprendizado de habilidades comunicativas, a compreensão do funcionamento real do sistema de saúde contrastado com as normativas do Ministério da Saúde (MS), assim como o incentivo ao trabalho interprofissional. Dentre as dificuldades, a falta de estrutura de alguns setores.

Nós como estudantes podemos aliar nosso aprendizado ao fortalecimento das realidades encontradas, sempre que possível reavaliando diversos discursos punitivos ao Estado que nos desresponsabilizam dos nossos deveres como reivindicadores cientificamente embasados. Devemos ser aliados dos professores, profissionais de saúde, da gestão e buscar a cooperação sempre debatida ao longo das minhas Vivências.

Para deixar estas reflexões mais “visíveis”, o presente documento se organiza em quatro nós, que compõe meu portfólio na seguinte sequência: desafios do manejo com o paciente terminal; o prejuízo de um diagnóstico infantil dado precocemente e o sofrimento familiar provindo desse rótulo; necessidade de

critérios científicos para a indicação de exames complementares e; as experiências com as preceptorias na Vivência com base nas minhas experiências nos serviços e nas falas dos meus colegas.

### **NEM TUDO QUE É PARA A VIDA É PARA A PROVA...**

“Morte, você é valente, O seu poder é profundo, Quando eu cheguei neste mundo, Você já matava gente. Eu guardei na minha mente, Este seu grande rigor, Porém lhe peço um favor, Para ir ao campo santo, Não me faça sofrer tanto, Morte, me mate sem dor!” (Patativa do Assaré, 2001).

É interessante que no último módulo tutorial do curso da EMCM, um módulo análogo a disciplina de oncologia nos currículos tradicionais, seja sobre terminalidade. Sempre que enveredávamos discussões excessivamente aprofundadas para a graduação ou para tópicos não muito bem relacionados com a ementa, costumávamos dizer que aquele assunto não era para a prova, e sim para a vida e eu sempre coroava as discussões com a frase - *nem tudo que é para a vida é para a prova, mas tudo que é para a prova, é para a vida.*

É incontestável a veracidade dessa ideia. São tão múltiplos e complexos os desafios que os médicos e demais profissionais de saúde enfrentam em sua profissão, que a resolubilidade dos quadros nunca é totalmente abarcado pelos conteúdos vistos na graduação. Precisamos sempre de um conhecimento de mundo extra, desde aquela sensibilidade de saber quando e como falar sobre quadros clínicos que vão desde como saber dizer com sensibilidade a uma primípara de idade avançada que seu filho tão sonhado é portador de uma síndrome crônica a comunicar a um cônjuge que seu parceiro se encontra em cuidados paliativos.

Essa semana estava com receio de não achar um caso que realmente me motivasse para relatar e refletir, até que o dia de clínica médica no Hospital Regional do Seridó (HRS) chegou. Gostei muito da dinâmica de aprendizado com os internos da EMCM. Cada acadêmico acompanhou um interno na evolução dos pacientes internados no Hospital Regional. Depois, os casos foram discutidos com o preceptor de modo dinâmico e estimulante.

Um dos pacientes que me chamou a atenção foi Honório<sup>24</sup>. Seu Honório chegou ao HRS já em estado caquético com uma acompanhante que não era de sua família e nem sabia muito sobre sua história além de um vago diagnóstico de câncer de Trato Gastrointestinal, sendo no entanto, úlceras nos membros inferiores o motivo da internação.

Era claro que, nem de longe, o pior problema dele eram aquelas úlceras, pois o paciente estava em estado metastático de um câncer. O quadro estava tão avançado que este não conseguia mais responder verbalmente de forma satisfatória a nossas perguntas, mas suas fáceis de dor eram nítidas. Foi difícil não sentir a dor daquele paciente, ao ver seu estado diante daquele veredito que mesmo não comprovado ainda por um exame complementar, já nos parecia irrefutável.

—*Ele sabe do seu quadro?* – perguntou o médico.

Após exame físico onde se constatou a presença de linfonodos palpáveis suspeitos em diversos pontos, o médico pediu exames complementares e comunicou a acompanhante que ele provavelmente estava em cuidados paliativos sendo os próximos passos, tratamentos sintomáticos, dentre eles, o controle da dor.

Sobre os pacientes terminais, parte do público alvo dos cuidados paliativos, Melo Filho (2010) esclarece que eles são “portadores de alguma condição letal que os levar definitivamente à morte. Sua tratabilidade com intenção de cura foi esgotada. Não existem tratamentos disponíveis que permitam mudar, reverter ou parar o curso da terminalidade” (Melo Filho, 2010, pg 390).

Os em cuidados paliativos eram deixados ao leu até recentemente na história. Eram casos de grande interesse científico e quando casos complexos em estado inicial, apresentados em discussões médicas para avanço do conhecimento sobre a fisiopatologia pela comunidade científica, mas, uma vez que não havia mais nada a fazer em perspectiva de cura, se tornavam desinteressantes, delegados a outras categorias de cuidado. Hoje busca-se, no entanto, o cuidado por um especialista médico próprio para esses casos (Melo Filho, 2010).

Diante desse caso, esgotada a condução clínica da cura à doença, o paciente passa a focar exclusivamente em seu bem estar, a não utilização de métodos desnecessários ou iatrogênicos que causem sofrimento. O direcionamento é, agora o de promoção da qualidade de morte que deve ter a

24 Nome fictício.

mesma dedicação que qualquer procedimento. Para isso, há de se libertar das amarras do paradigma do trabalho médico curativista. Sem essa libertação, podemos nos sentir impotentes. A impotência é um peso e aumenta quando se é apenas um espectador. Não saber se ele compreendia o que se passava ali, sua condição, sua impossibilidade de responder se compreendia que uma sonda nasogástrica tinha de ser colocada para que ele pudesse se nutrir melhor foram muito aflitivos. A inserção da sonda, apesar de ter sido fácil para nós, estudantes, foi nitidamente desconfortável para o paciente que nem conseguia mexer os braços para lutar contra aquele corpo estranho. Diante disso, é difícil saber o que é preciso fazer de fato ao paciente, quais os procedimentos que valem a pena e como conseguir obedecer a vontade do paciente sem que eu, como estudante, acabe por “usar” sua condição para exercitar a técnica e habilidade.

Em 2006, ainda por falta de determinação legislativa, o Conselho Federal de Medicina (CFM) normatizou sobre a opção do não prolongamento artificial da vida para pacientes terminais. Garantindo-lhe o direito a atuação médica que lhe dê conforto respeitando-se sua vontade ou, na incapacidade de expressão desta, de seu representante legal diante de uma enfermidade incurável (RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006). Neste sentido, o médico tem o papel de esclarecedor desse processo terapêutico, inclusive, é direito do paciente ou representante a solicitação de uma segunda opinião médica. O usuário tem nesse processo de alívio sintomático o direito a assistência integral, desde médica, a social e espiritual bem como o direito de alta hospitalar (RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006).

Tal ferramenta não só resguarda o médico como protege o paciente e o assegura o mais próximo de uma boa morte. Melo Filho (2010) cita que uma boa morte se dá pela junção de diferentes quesitos, sendo eles tanto o tempo apropriado para que ocorra, um processo que seja controlado de certa forma pelo paciente, e a observação por aqueles que acompanham o processo dos preceitos morais básicos.

A partir deste contexto notamos que a vida requer muito mais de nós que as ementas podem exigir ou até o que aquele tipo de professor tido, erroneamente, como chato e rigoroso pode cobrar além da conta. Chegar

naquele senhor com ternura e paciência para estabelecer uma comunicação não verbal, vai muito além do que podemos aprender de nossos professores e buscar conciliar manejo médico e autonomia em diversos casos. O ser humano não é uma patologia, mas sim, um indivíduo tal como o médico que vive e que precisa de suporte social que transcende a graduação e só pode ser encontrado no exercício reflexivo da profissão.

Não só por fomentar esta reflexão que a VIC se mostra relevante. Ela permite nos depararmos, ainda como acadêmicos, com uma realidade de face limpa, sem as maquiagens do ambiente universitário. Somos tantos estudantes, em diferentes municípios e serviços que aquele ambiente bordado da clínica escola<sup>25</sup> passa a ser um dentre muitos cenários. Poder moldar a construção do meu conhecimento com base no real é um privilégio.

Esse constante relacionamento entre passado e futuro moldam o desenvolvimento do estudante. Quanto mais maduro se está no curso, mais me confronto com crenças, medos que se transformam em amadurecimento. Acredito que um curso que não transforma o graduando enquanto pessoa não é uma graduação reflexiva. Muitas vezes desconsideram que uma profissão vai muito além da técnica manual e do teórico. A medicina requer de nós um conhecimento fisiológico denso e uma habilidade manual impecável, mas o nosso jeito de se comunicar, de demonstrar empatia, é, sem dúvida, muito importante. Um médico sem empatia ou tato comunicativo torna-se um médico propenso a potencializar o sofrimento do paciente.

Como dito anteriormente, o trabalho interprofissional é importante para resolutividade do serviço. Neste relato, a interprofissionalidade seria uma solução para o manejo do paciente terminal. Sabemos que a medicina é uma profissão que necessita ser prontamente colaborativa com as outras e, por isso, me parece difícil que a ideia de que a experiência com os outros profissionais não se mostre válida. Aquele paciente tem muitas outras necessidades além das de cuidado patológicos. Ele não se limita a sua doença.

Precisamos, portanto, identificar a relação com outros profissionais de saúde pelo estudante de medicina como importante e formadora. Uma verdadeira

<sup>25</sup> A EMCM possui um ambiente de atendimento clínico próprio. A Clínica Escola oferece atendimento ambulatorial de especialidades médicas e as consultas são reguladas pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

solução para a realidade comum de profissionais que diante das barreiras naturais da medicina, não sabem trabalhar em conjunto. E isso também não é uma questão teórica para prova, mas sim, um conhecimento e competências para a vida. Dessa forma é notório que diante desta afirmativa, as decisões diante da terminalidade só estão ganhando força pois o rápido desenvolvimento tecnológico tem tornado possível prolongar a vida, muitas vezes à custa da perda progressiva da qualidade desta o que deve ser combatido. Afinal, prolongar a vida não significa cuidado. Para os pacientes não é só a qualidade de vida que é importante, mas a dignidade da morte (BATISTA et al, 2011).

E nesse contexto, por termos uma formação voltada para o cuidado e o bem estar, muitas vezes se torna difícil para o profissional de saúde aceitar a inevitabilidade da morte e prestar o cuidado adequado na fase de terminalidade. Ainda, a ideia da frieza com que se encara esse processo, mas muitas vezes é para negar os sentimentos de tristeza e emoções mais intensas causadas pela Vivência do morrer (Avanci et al apud Menin et al, 2015). Dentre essas emoções, constatar através da finitude do paciente sua própria finitude (HADDAD apud Menina et al).

Geralmente as pessoas falam que a prática endurece e por muito tempo eu concordei com uma interpretação falsa dessa afirmação. Para mim, endurecer era criar uma barreira entre si e o paciente e hoje eu percebo que quanto mais “viro médico”, mais ligado, mais responsabilizado eu me sinto com o que me cerca. Isso não quer dizer que eu me sinta fraco. Eu endureci em força, não em capacidade de me alienar. Desenvolvo força para encarar o sofrimento do outro, senti-lo e permanecer lá fazendo o possível. Hoje, eu vejo que sensibilidade não quer dizer fraqueza, pois pensei que a prática me endureceria, mas ela só me torna mais sensível e na sensibilidade eu me vi forte.

E esse conjunto de necessidades cobradas pela Vivência, necessidade de trabalho multiprofissional e tato comunicativo e empático, se mostram importantes e carentes de serem trabalhados mesmo que não me sejam cobrados imediatamente nas avaliações médicas. O que só reforça minha frase pós fechamento de tutorial: nem tudo que é para a vida é para a prova, mas tudo que é para a prova, é para a vida.

## O peso de um rótulo



A tirinha introdutória foi inspirada e criada por mim a partir do caso relatado a seguir, ocorrido no Centro de Reabilitação Infantil (CRI), no município de Caicó durante a VIC 5. Vale salientar que esta charge não transcreve uma situação literal, mas problematiza com humor um contexto muito comum na psiquiatria e em outras especialidades ligadas a saúde mental: as repercussões de um diagnóstico de transtorno mental em crianças e em sua família.

Enquanto a mãe mescla em si um possível diagnóstico com a ideia que tinha até então do bebê ideal, o médico deveria, munido por uma formação clínica que aconselha a prudência e maior coleta de dados antes de qualquer afirmação, detecta primeiro o humano em desenvolvimento, carente de olhares para diversos outros setores de sua existência, inclusive as repercussões psicossociais que algum problema de saúde desta nos pais, sem negligenciar a investigação cognitiva da criança, que naquele momento não carece de um diagnóstico imediato. Obviamente, o caso que motivou o portfólio dessa semana não foi capturado em cena tão caricata, no mundo real existem mães e profissionais de saúde que reagiriam de formas diferentes, mas o potencial danoso de um diagnóstico afirmado precocemente repercutindo na vida de uma criança tão nova e a culpa e desgaste que ele pode formar na família.

A sala onde estava, um ambiente relativamente amplo, repleto de brinquedos, jogos infantis, mesinhas com lápis de colorir e folhas para escrever

e desenhar eram o bastante para ganhar a atenção daquelas crianças e nós, aconselhados pelos profissionais, deixávamos que as crianças escolhessem por si só as brincadeiras interagindo com estas e observando em cada uma o conteúdo e o modo de se expressar. A cada quarenta minutos, o grupo de crianças mudavam, as brincadeiras começavam a sua vontade com apenas três regras: não se machucar, não machucar outra criança e não danificar os brinquedos. O maior desafio nosso era acompanhar tanta energia. Ali eram crianças de origens e educações diversas, comportamentos e necessidades individuais e cada caso certamente digno de um olhar especial e especializado.

Dentre tantos casos, um me chamou a atenção. Uma criança, Ítalo, de cinco anos que participava do grupo de ludoterapia e sua mãe Rita<sup>26</sup>. Dentre as hipóteses diagnósticas para o seu caso estavam Déficit de Atenção e Autismo. Logo que entrou na sala, Ítalo se mostrava cheio de energia como qualquer outras criança de cinco anos. Corria para todos os lados, empolgado com os brinquedos. O psicólogo que acompanhávamos logo nos chamou a atenção e pediu que nos aproximássemos dele, buscando interagir, pois, segundo ele, era um caso digno de mais atenção. Segundo o profissional, Ítalo era uma criança que não interagia bem com as outras crianças e muito pouco com os adultos. Sua fala ainda era, como pude verificar, muito monossilábica e quando tentava comunicar-se eram fonemas os quais eu não conseguia atribuir significado.

Ítalo não falava o próprio nome, nem mesmo conseguia falar outra palavra de forma audível, restando-me o relato de Rita e dos profissionais que ele conseguia se comunicar de forma razoável, apesar das limitações. Depois da rodada de brincadeiras, o psicólogo responsável pela terapia lúdica nos chamou para sua sala de atendimento individual e nos apresentou Dona Rita, mãe de Ítalo. Era uma mulher jovem a nos sorrir, mas com certa angústia no olhar. Rita sentia necessidade de compartilhar seus problemas e nos contou a história de sua criança desde o início. Nos contou que teve gestação tranquila, mas com um desfecho, infelizmente, prematuro. Contou-nos, então, que percebeu que seu filho tinha um desenvolvimento diferente comparando-o com outras crianças e através das pedagogas de sua escola. Seu amor pelo filho e dedicação eram notáveis, mas sua fala e fisionomia mostravam nos uma mulher cansada e insegura em como gerir a criação do menino.

26 Nomes fictícios.

Mais que aquele itinerário de cuidados, pareceu-me que a maior fonte de seu sofrimento era o não fechamento do caso que inclui diagnósticos diferenciais que necessitam de tempo para serem descartados. Afinal, porque após tanto tempo ninguém conseguia lhe dizer se o seu filho tinha autismo ou déficit de atenção? Para um diagnóstico confiável necessita-se confrontar o comportamento da criança com uma série de critérios. Segundo o DSM 5, Deficit de Atenção/Transtorno de Hiperatividade envolve um persistente padrão de intenção e/ou hiperatividade que interfere nas atividades ou no desenvolvimento. Os sintomas de intenção ou hiperatividade devem cada um ter, pelo menos, 6 sintomas reconhecidos para a criança e devem persistir por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com a etapa do desenvolvimento. Tal transtorno tem diversos graus que necessitam de acompanhamento periódico durante tempo considerável. Sua prevalência em muitas culturas chega a 5% das crianças (DSM 5, 2013).

O autismo por sua vez, segundo o DSM 5, envolve déficits na comunicação e interação social em vários cenários, que vão desde deficiências em reciprocidade emocional e falhas em responder ou iniciar interações sociais, comunicação verbal e não verbal pobre, padrões de comportamento e interesses repetitivos chegando a movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados (DSM 5, 2013).

Independente das principais hipóteses, em seu relato, Rita tinha a angustiada ideia de ser uma má mãe, que podia ter piorado ou até sido a causa do quadro do filho. Além das suas angústias próprias da maternidade, aquela mulher tinha seu sofrimento potencializado por vezes que se uniam contra ela. Vizinhos, familiares, amigos e o próprio companheiro e pai da criança, muitas vezes, a viam em posições antagônicas, paradoxais e pesadas: ser a pessoa que causou e/ou potencializou o atraso no desenvolvimento do próprio filho e também aquela que era a única responsável por seu tratamento. Em minha análise, ela estava enganada, mas eu compreendi como legítimo o seu sentimento.

No início dos estudos sobre autismo, os pesquisadores reforçaram essa culpa natural dos pais, houveram publicações que atribuíam aos pais de crianças autistas dificuldade no estabelecimento de contato afetivo e até frieza. Estudos recentes, no entanto, contestam essas afirmações iniciais de que os pais predispoem os filhos ao autismo, atribuindo a eles uma relação normal com as

crianças (FAVERO et al, 2005). Há hipóteses para o autismo, ambiental, genética, dentre outras (DSM 5, 2013). A Revista Brasileira de Pediatria também encontra em seus estudos correlação entre autismo e prematuridade (FEZER et al, 2017). Esse dado brasileiro chama a atenção pois está presente na história de Ítalo.

Sem ciência dessas informações atualizadas e científicas, a mãe demonstrava culpa ao relatar que seus conviveres se diziam preocupados com o desenvolvimento da criança, e, na inocência, ou mesmo no disfarçado comentário maldoso perguntavam-na por que não estimulava o próprio filho. Dona Rita, em consequência disso, estava cheia de dúvidas, e inundou nosso momento de conversa até então desprentensiva com relatos do dia a dia da criança, revelando seus sentimentos de culpa, clamando por respostas. Cientes de que não éramos os mais qualificados tanto pelo estado de graduandos como pelo tempo ínfimo passados com a criança e com ela, nós lhe comunicamos nossa condição de acadêmicos em um equipamento de saúde e a incentivamos a conversar com o psicólogo que acompanhava a criança.

Posteriormente, também passamos ao profissional essa demanda da paciente. Este recebeu a proposta com prontidão, mas também nos explicou sua abordagem. Segundo ele, o que podia ser visto como um simples momento de brincadeira para um leigo era para ele uma ferramenta muito rica de trabalho. Em um único momento, ele podia avaliar a relação de seus pacientes com adultos, outras crianças, desenvolvimento motor, cognitivo e outros aspectos como maturidade emocional, fala, dentre vários. Disse-nos também que seu principal objetivo era acompanhar aquela família e o desenvolvimento da criança, sendo para ele mais importante o processo que percorria e os objetivos terapêuticos, sendo um diagnóstico naquele momento se firmado, além de imprudente, pela prematuridade deste, um rótulo que, para uma criança, uma mãe, seria, de veras, pesado.

Não pude deixar de concordar com sua fala ao ver o sofrimento daquela mãe. Diante daquela transferência a mim passada, fruto de tanto sofrimento, não conseguia deixar de pensar o quanto um diagnóstico, apesar de até funcionar como um tranquilizador a tantas incertezas a ela, poderia ser para o menino um peso extra além de suas dificuldades cognitivas. Ou ainda, podia pensar por outra perspectiva: talvez o diagnóstico de autismo fosse uma forma de mostrar a família

que Ítalo tinha de lidar com um transtorno mental que, em sua etiologia, não incluía a influência unicamente materna para seu aparecimento.

Segundo Grisci (1995), a dimensão negativa do ser mãe, o que a prejudica, o que a faz sofrer e atrapalha sua vida não é visto, ao contrário da dimensão positiva da maternidade que é automaticamente afirmada e aceita numa perspectiva histórico crítica. Ao lado disso, está a maior responsabilização da mulher pelo que acontece com seu filho, desde a definição do sexo até a sua “perfeição” numa sociedade em que ser mulher e mãe são quase sinônimos.

Por outro lado, no que diz respeito a aceitação do diagnóstico por parte dos pais, o desconhecimento do autismo, aliado a expectativa frustrada do filho ideal, dificulta o reconhecimento da condição. Nota-se ainda que a forma com que os profissionais de saúde comunicam, bem como o ambiente do diagnóstico tem potencial para potencializar o sofrimento familiar (PINTO et al, 2016).

Ainda vemos também que a forma com que o paciente e sua família vão lidar com um diagnóstico, de fato, é algo muito variante e relacionado ao contexto social e pessoal de cada um. Mas saber é um direito da família e comunicá-lo é dever do médico respeitando a autonomia do paciente. Cabe a nós, diante de uma hipótese diagnóstica ou um diagnóstico, ter a prudência dos meios com os quais chegamos a ela e como apoiar pacientes e familiares durante o percurso de enfrentamento e reestruturação familiar do peso do rótulo, enfim, tudo que cerca o convívio do indivíduo com um diagnóstico-rótulo.

É inegável que esse convívio tem um peso. O profissional médico não pode proteger a família e o paciente da carga social e emocional que isso pode acarretar, mas a categoria profissional deve usar seu prestígio e caráter de formadora de opinião na busca pela desmistificação dos problemas, aliviando a carga de culpa da família, orientando-a abandonar comportamentos pouco resolutivos e a perseguição de atos cooperativos e de enfrentamento.

Para isso, os médicos não estão sós. Não devemos ver, nem enquanto estudantes, o tratamento como responsabilidade única da medicina. A solidão é um fardo e devemos entender que a profissão que escolhemos é apenas uma ação de um conjunto de esforços profissionais para o cuidado de um único paciente com diversas necessidades de abordagens. Aprender tanto com esse caso contribuiu para minha formação médica muito além das categorizações que o

DSM 5 ou o CID 10 pode me propor. A educação social e o trabalho em equipe mostram-se aliados a uma clínica ampliada, coerente e mais resolutiva.

## VER PARA CRER?

Na formação de médico generalista, missão da graduação em medicina, devemos adquirir uma série de competências que nos possibilitem um direcionamento a um diagnóstico a partir do qual estabeleceremos uma terapêutica e um modo de agir humanista e crítico. Nessa função, apesar da importância primordial de uma boa clínica, um exame pedido com coerência é, em muitos casos, um marco decisivo na exclusão de patologias.

Dentre os exames à disposição, a utilização de métodos de imagem está em destaque e, apesar da existência do radiologista e da imprescindibilidade do seu laudo, um médico que não sabe o básico da interpretação de imagens, está à mercê de erros evitáveis, nem sempre provindos da competência de quem dá o laudo como um curto espaço de tempo num momento de falta do médico especialista dentre outros.

Tendo em vista esse cenário, vi com bons olhos a proposta de passar uma tarde com um médico radiologista. A aula ocorreu na clínica do profissional juntamente com mais três colegas. Foi um momento em que acompanhamos o seu processo de trabalho, ferramentas, métodos e outros aspectos da função apreendendo não só as competências básicas para se interpretar uma imagem, mas também as dificuldades referentes a esta competência.

O trabalho é todo informatizado. As imagens são enviadas pelas instituições as quais ele presta serviço e, assim, pode analisar em qualquer lugar com seu computador pessoal. Me impressionou a praticidade do trabalho e a qualidade das imagens mandadas: radiografias de mãos, crânio, tórax; ressonância magnética e tomografia computadorizada. O preceptor, médico radiologista, nos explicava os achados de cada imagem que estava analisando. Nossa participação foi mais passiva, mas sempre éramos instigados pelo preceptor quanto ao que podíamos achar naquela estrutura, o que estava errado, pontos de referência anatômicos, comparação entre o normal e o patológico através da comparação das estruturas homólogas direitas e esquerdas.



A experiência foi importante para instigar o estudo que me dê certa independência dos laudos médicos. A experiência me modifica no momento em que me instiga a estudar, ou melhor, me possibilita analisar as lacunas do meu conhecimento. A partir dessa experiência, é necessária pró-atividade na construção da minha bagagem acadêmica.

Esse conhecimento também possibilita que o médico tenha mais confiança na indicação do exame, como na charge, e não se torne passivo no processo clínico, quando aceita os pedidos do paciente por exames específicos sem um embasamento para o mesmo, principalmente em um cenário de múltiplas necessidades e recursos mal alocados como no atual cenário do SUS na região onde vivo, o que torna mais alarmante diante de um processo de desmonte e tentativas de erosão de sua legitimação.



Não pretendo aqui desvalorizar o usuário experto/expert. Toda informação pode ser acessada e discutida com qualquer profissional de saúde. Esta é uma das belezas do encontro médico-paciente. A problemática que trago é a demasiada mercantilização da prescrição e solicitação de exames complementares orientada, apenas, pela necessidade que o usuário tem de consumir a mercadoria saúde. A população e os profissionais de saúde precisam compreender que um atendimento de excelência pode ser realizado, dependendo dos casos, sem exames complementares e sem medicamentos, que anamnese e o exame físico não são apenas costumes desvinculados de sentido, que não delegamos, ainda, às máquinas a capacidade humana de decisão. No

caso da medicina, a decisão deve ser ancorada na concepção ampliada de saúde, na percepção do paciente de forma integral, saber correlacionar seu estado emocional ao patológico e contextualizar o SUS como cenário onde a prática médica é exercida.

Boa parte dos exames pedidos são desnecessários, isso provoca nos gestores a preocupação em reduzir custos, aumentar a eficiência dos recursos utilizados nos serviços de saúde através do foco nas necessidades dos pacientes, numa tentativa de realocação dos recursos e da busca pela promoção a saúde. Um ponto fundamental nesse processo é a alocação inteligente dos recursos em saúde (ARENA et al, 2014). Estudos também evidenciam a má empregabilidade de recursos em UTIs, independente de faixa etária do paciente e tempo de internação. Dentre uma das possíveis soluções apontadas, estão a implementação de protocolos e diretrizes próprias dos hospitais a fim de uniformizar a dispensação de recursos (OLIVEIRA et al, 2014).

Por mais que falar em economia de recursos desnecessários em saúde pareça conter certo conteúdo de frieza, tem em mente a escassez de recursos do estado frente a uma maior demanda que estes recursos, a utilização inteligente destes através de um critério de escolha do exame com base científica não só permite que as pessoas que realmente precisam de um diagnóstico possam ter acesso a este de forma mais rápida, como também se evita que pacientes se submetam a procedimentos com certo risco desnecessariamente .



## IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES NAS ESCOLAS MÉDICAS

Os preceptores, em sua maioria não são docentes. Eles são profissionais que são trabalhadores da saúde inseridos, cada qual em seu campo de atuação, em equipamentos de saúde. Assim, grande parcela dos trabalhadores tiveram seu principal contato com a academia na condição de discente por meio de uma formação voltada para o mercado de trabalho e para as necessidades práticas do dia a dia dos serviços de saúde. Acredito que muitos deles, ora pela precarização do trabalho a que são expostos, ora pela falta de interesse, não têm o hábito de se atualizar, a não ser por pressões maiores ou influência das novas gerações de profissionais inseridos no sistema. Isso não quer dizer que sejam maus profissionais ou pouco resolutivos.

A questão principal para a formação dos profissionais de saúde na atualidade é o forte direcionamento para a formação pelo trabalho. Neste sentido, a importância de um preceptor é fundamental. No entanto, seu papel contrasta com uma realidade que acredito ser um nó importante para se refletir: uma realidade que causa conflitos e ansiedades entre as partes envolvidas na VIC. Estudantes em Vivência; Universidade seguindo, em certa medida, apenas o tempo curricular; e preceptores pouco valorizados pela gestão municipal, pela Universidade e pelos estudantes.

Neste sentido um dos grandes problemas encontrados na preceptoría diz respeito à disposição do profissional médico em trabalhar de forma colaborativa e voltado para o ensino pelo trabalho. Há de se pontuar que na VIC, a preceptoría é multiprofissional e interprofissional. A disposição dos preceptores das diferentes categorias profissionais e ocupacionais em nos receber é bastante relevante. No entanto, a luta pela adesão de profissionais médicos ao acompanhamento dos estudantes é fundamental para obtenção de habilidades médicas e vai além da capacidade de vínculo e empatia. Penso que a baixa adesão destes profissionais pode ser associada ao desinteresse pelo ensino, a falta de remuneração e até, a possibilidade de, pela presença de estudantes no trabalho, fazer emergir práticas deturpadas por práticas errôneas e viciantes que vem desde a incompetência técnica e perpassam por questões morais.

Mas como encarar a realidade quando muitas vezes ela pode induzir o estudante a reproduzir erros? Estímulo ao exercício do senso crítico por parte do discente? Auxílio dos professores e das articuladoras<sup>27</sup> na mediação da relação

<sup>27</sup> Representantes das gestões municipais, dentre eles coordenadores da atenção básica ou outro profissional da gestão que conjuntamente com a universidade planejam a disposição dos estudantes nos aparelhos do

inicial entre profissional e estudante? Pedidos de saída de determinados aparelhos aos coordenadores do Módulo/Internato? Esse é um ponto crítico que precisa ser muito bem avaliado.

Talvez a chave para a calma seja a criticidade, a reflexão por parte do estudante diante de uma realidade que em nenhuma universidade é perfeita. E essa criticidade e capacidade reflexiva são um dos objetivos da Vivência. O portfólio é um facilitador se não for encarado apenas como um obstáculo para alcançar uma nota. Outro ponto fundamental que justifica a discussão é a falta de preceptores em alguns serviços. Em muitas UBSs, a falta de médicos, de enfermeiros e outros profissionais é um muro às práticas. A partir da saída dos profissionais médicos do Programa Mais Médicos, tal lacuna fica ainda mais evidente. Pontuo, sem fugir da temática, que considerável parcela de UBSs em Caicó possuía nas equipes de saúde da família, médicos(as) oriundos de Cuba. Alguns territórios tiveram a oportunidade de contar com este profissional, o médico, a primeira vez em suas vidas o que torna o Programa necessário para alcançar os princípios e diretrizes do SUS.

Então, o que fazer? Há coisas que fogem de nossa capacidade: o salário médico, para a realidade desta profissão no mercado de trabalho<sup>28</sup>, é pouco atrativo no interior, a falta de recursos nos hospitais, UBS e a inexistência de Atenção Secundária<sup>29</sup> em Caicó assustam os recém formados. Enfim, faltam profissionais e isso carece de uma maior análise tanto para investigação de causas como para investigar repercussões.

Mas quais principais causas de deficiência na preceptoría médica durante a Vivência? Não pretendo, invalidar a importância das experiências obtidas até aqui, meu crescimento clínico é notório, mas, com base nas queixas dos estudantes e da minha própria experiência, detalhar e refletir sobre uma situação que é de interesse de discentes e docentes.

Primeiramente, ao se observar a realidade, se nota que a maioria dos preceptores não tem conhecimentos plenos que os permitam entender a proposta da Vivência Integrada na Comunidade desde a missão da EMCM no cenário rural

SUS durante a VIC.

<sup>28</sup> Vale pontuar que tenho clareza da falta de isonomia salarial entre os profissionais de saúde e que considero este, um dos grandes problemas da efetivação do Sistema Único de Saúde. A assimetria de poder materializada no valor do salário é visível no campo da saúde.

<sup>29</sup> Toda a Atenção Secundária em Caicó é organizada enquanto prestação de serviço ao SUS. O que é preocupante, por exemplo, para o trabalho em redes de atenção e estruturação das linhas de cuidado.

do Seridó e de carência de médicos nos interiores do país até o que este, enquanto ator do SUS, pode contribuir para a formação de um estudante de medicina<sup>30</sup>.

Em segundo lugar, essa realidade pode estar sendo alimentada pela falta de disciplinas pedagógicas nos bacharelados em saúde. O enfermeiro, técnico, agente comunitário de saúde, não se sentem qualificados metodologicamente para facilitar a apreensão do conhecimento de um estudante apesar de ser um expert em sua função. Esse contraste entre expertise do profissional associada a inabilidade pedagógica pode passar ao estudante a falsa ideia de má vontade do profissional em ensiná-lo e gerar frustração deste. Como consequência, tanto o estudante pode se fechar às próximas oportunidades de estar em campo, como a própria equipe pode isolá-lo.

Em terceiro lugar, o papel do SUS como espaço de formação ainda é muito pouco difundido entre aqueles que estão à frente do serviço na região do Seridó. Devemos ter no horizonte o papel formativo no SUS e para o SUS. Entretanto, o que percebo é que para os trabalhadores da saúde, a presença de estudantes/Universidade, pode ser um ente a comprometer o fluxo de trabalho levando ao comprometimento da resolutividade e eficiência. Para a gestão, por sua vez, a universidade pode ser mais um ente a pressionar, o que a torna em diversos lugares pouco cooperativa com as instituições de ensino. Para a Universidade, a falta de práticas mais democráticas na construção de sua relação com a rede, pode atrapalhar o andamento das atividades propostas. Para os estudantes, a necessidade de seguir o senso comum da super especialidade e que o serviço serve ao ensino, pode ser o que atrapalha a construção efetiva de vínculos.

Há ainda aqueles profissionais que associam o ambiente acadêmico as disputas de poder com base no saber. O profissional se sente angustiado com a possibilidade de ter seus limites de conhecimento sondados pelos estudantes e que este o classifique. No entanto, este também não é um empecilho para a sua contribuição com o conhecimento do estudante. Na verdade, a preceptoria pode

<sup>30</sup> Algumas iniciativas da EMCM buscam fomentar a qualificação destes profissionais de saúde da Rede de Saúde dos municípios de Caicó, Currais Novos e Santa Cruz. Exemplos como o Programa de Mestrado Profissional Trabalho, Educação e Inovação em Medicina (PPGETIM) que seleciona os candidatos a partir do critério de ser o mesmo, preceptor de atividades desenvolvidas pela EMCM e o oferecimento, a partir de 2018, em parceria com a OPAS e com a Secretaria de Educação a Distância (SEDIS) da UFRN, do curso de especialização em preceptoria que destinou vagas específicas para os trabalhadores da saúde vinculados à qualquer atividade dentro da integração ensino-serviço-comunidade na região que compõe o eixo multicampi.

ser um momento para autorreflexão e busca pela atualização e entende que o exercício docente também é palco para o aprendizado.

Mais há ainda o peso das habilidades sociais do graduando. O mau estabelecimento de vínculo dos discentes com os profissionais e comunidade pode criar desentendimentos que não são trabalhados somente com a convivência. O caráter do discente também é fator fundamental para a aceitabilidade deste em determinado espaço, sendo muito difícil para ele criar o vínculo enfraquecido ou que talvez nunca tenha tido com aqueles profissionais.

Por fim, o fato de ser de outra categoria que não é a médica e a relação médico/outros profissionais de saúde ser, ainda, muito marcada pelas relações de poder e preposição de maior conhecimento de uma determinada categoria, faz muitos candidatos a preceptores não se verem implicados com o aprendizado de um estudante de medicina. Isso, muitas vezes, não isola o estudante de apenas uma categoria, mas de todas. É difícil para mim, muitas vezes esbarrar com essas concepções. Não há nada pior para mim, enquanto estudante de medicina, perceber que outras categorias de estudante são vistos como parte da equipe enquanto eu sou um futuro candidato ao “líder do processo de trabalho” ou alguém alheio a este.

Eu não estou aqui para ser o “manda chuva”. Eu quero ser reconhecido como parte de um grupo resolutivo, eu quero me sentir uma engrenagem conectada a outras. Eu quero ser reconhecido com parte, sentir que a importância do trabalho interprofissional é sentida por todos, pois minhas terapêuticas não atingirão toda sua potencialidade isoladas. Reconheço que o prestígio do médico mais ajuda que atrapalha nesse quesito se este estiver disposto a construí-lo de forma colaborativa. Isso pode provir do que que conclui Autonomo et al (2015): Apesar da frequência da utilização dos termos preceptor e preceptoria, estes ainda carecem de uma maior definição, pois suas práticas são deveras heterogêneas. Eles também determinam que as incumbências e atividades de preceptor e momento de preceptoria devem ser bem definidos e pactuados nos próprios programas dos cursos, tendo em vista que poucas são as matérias pedagógicas dadas nos cursos em saúde.

Para Barreto et al (2018), a preceptoria também tem de estar em consonância com a realidade e solidificada enquanto processo de trabalho:

Desenvolver um ensino em serviço compatível com as necessidades de saúde apresentadas pela população na APS. Uma educação emergente só será possível quando a equipe assumir como parte do seu processo de trabalho o ensino na saúde por meio de uma compreensão de educação permanente de si mesma e dos educandos que atravessarem sua história (Barreto et al, 2018, p.582).

Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica. Portanto, a presença do estudante no SUS é legítima e este tem que ser envolvido da melhor forma possível. No entanto, como vemos, o maior problema é acolhê-lo de forma eficiente e conscientiza-lo do seu papel no SUS. Infelizmente, a pouca oferta e adesão a formação de preceptores é um obstáculo que obrigatoriamente temos que superar.

## CONCLUSÃO

Esse texto termina com o sentimento de que preciso crescer. Foi bom sentir o quanto meu sentimento de humanidade cresce perto das pessoas e para as pessoas, o quanto já estou forte e que minha capacidade de saber onde preciso me desenvolver está aumentado. Os vínculos que criei com pacientes e profissionais foram muito importantes e é para isso, como isso e por isso serei médico. Pretendo continuar assim por toda a minha formação e carreira.

A habilidade clínica vem crescendo e já consigo chegar a alguns diagnósticos. Quando não chego a estes, consigo colher uma boa história, consigo direcionar o exame físico. Durante a Vivência houve muitos pontos positivos como falados acima, mas também vale refletir sobre pontos negativos como a não compreensão dos profissionais do que é ser preceptor, a intensa carga de atividades e práticas.

Por fim, todo esse caminho me leva a crer que serei médico para que as pessoas possam viver seus vínculos com melhor qualidade de vida, porque a medicina é apenas um meio para um fim que é o homem. Este é o porquê de a medicina existir, apesar de não raro, sem perceber, invertermos essa lógica. A medicina deve servir à sociedade e não esta à medicina.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- ARENA, Thiago Roberto Castellane et al. **Gastos com exames complementares desnecessários para hipertensos e diabéticos nos serviços de saúde**. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 86-93, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000400086&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400086&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Set. 2018.
- AUTONOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura et al. **A Preceptoría na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária - Análise das Publicações Brasileiras**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, June 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022015000200316&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200316&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Set. 2018.
- BARRETO, Vitor Hugo Lima et al. **Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, Dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400019&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 29 Set. 2018.
- BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (sus). Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 29 set. 2018.
- CFM. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006**
- CFM. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012**
- FAVERO, Maria Ângela Bravo; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura**. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 358-369, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722005000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Set. 2018.
- FEZER, Gabriela Foresti et al. **Características perinatais de crianças com transtorno do espectro autista**. Rev. paul. pediatr., São Paulo, v. 35, n. 2, p. 130-135, June 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822017000200130&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000200130&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Set. 2018.
- Gisele Elise Menin 1, Marinez Koller Pettenon. **Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros**. Rev. bioét. (Impr.), 2015; 23 (3): 608-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0608.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2018.
- GRISCI, Carmem Lígia Iochins. **Mulher - mãe**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 12-17, 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931995000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Set. 2018.
- Kátia Torres Batista1 Eliane Maria Fleury Seidl2. **Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva**. Com. Ciências Saúde. 2011; 22(1):51-60. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_ESCS\\_v22\\_n1\\_a08\\_estudo\\_acerca\\_decisoes\\_eticas.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v22_n1_a08_estudo_acerca_decisoes_eticas.pdf)>. Acesso em: 08 Set. 2018.
- Mello-Filho, Julio de. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- OLIVEIRA, Anderson Magalhães; OLIVEIRA, Marcio Vasconcelos; SOUZA, Claudio Lima. **Prevalence of unnecessary laboratory tests and related avoidable costs in intensive care unit**. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 410-416, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-24442014000600410&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442014000600410&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Set. 2018.
- PINTO, Rayssa Naftaly Muniz et al. **Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, n. 3, e61572, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000300413&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300413&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Set. 2018.

SANT'ANA, Elisete Regina Rubin de Bortoli; PEREIRA, Edna Regina Silva. **Preceptoría Médica em Serviço de Emergência e Urgência Hospitalar na Perspectiva de Médicos**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 204-215, June 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000200204&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200204&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Set. 2018.

## Publicações da Editora Rede UNIDA

### Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Vivências em Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Clássicos da Saúde Coletiva

Saúde & Amazônia

Arte Popular, Cultura e Poesia

Branco Vivo

Saúde em imagens

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Outros

### Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

