

HISTÓRIAS NÃO REGISTRADAS EM PRONTUÁRIOS:

Sob o olhar
dos usuários



Organização

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo
Mônica Gomes de Andrade
Ramon Reis dos Santos Ferreira

HISTÓRIAS NÃO REGISTRADAS EM PRONTUÁRIOS: SOB OLHAR DOS USUÁRIOS

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 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).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, 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).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Direção de Arte

Izaak Brito

Diagramação

Eric Brito

Capa

Izaak Brito

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes - CRB-8 8846

F475h Figueirêdo, Alessandra Aniceto Ferreira de; **Andrade**, Mônica Gomes de; **Ferreira**, Ramon Reis dos Santos (org.).

História não registradas em prontuários: sob o olhar dos usuários / Organizadores:
Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo, Mônica Gomes de Andrade e Ramon Reis dos Santos Ferreira. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.
196 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 27).
E-Book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-54329-82-2

DOI 10.18310/978-8554329822

1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Medicina Narrativa. 3. Registros Médicos. I.
Título. II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180135

CDD 610

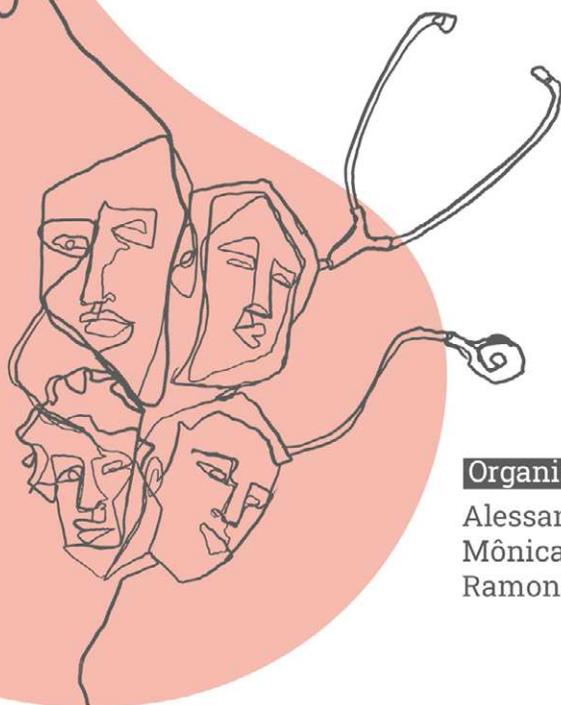
CDU 61

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina; Memórias.
 2. Medicina; Relatos.
-

HISTÓRIAS NÃO REGISTRADAS EM PRONTUÁRIOS:

Sob o olhar
dos usuários



Organização

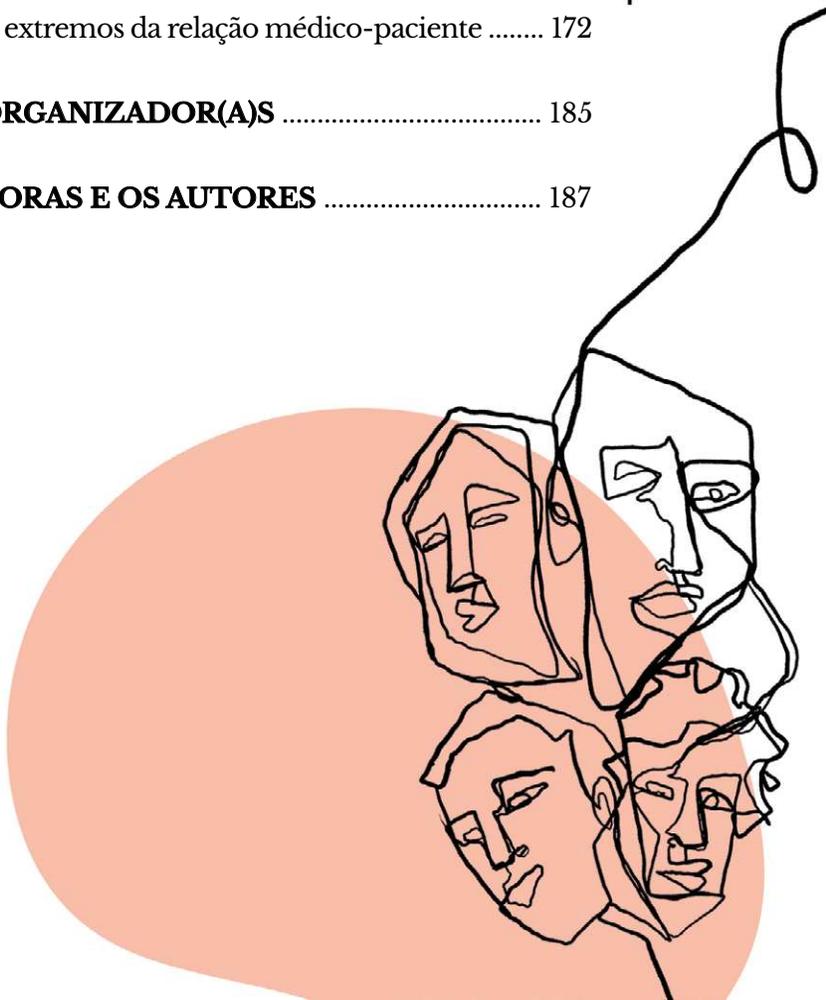
Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo
Mônica Gomes de Andrade
Ramon Reis dos Santos Ferreira

APRESENTAÇÃO

PREFÁCIO

1. A escuta em saúde como dimensão essencial para o ato de cuidar 14
2. O poder do cuidado 21
3. Os detalhes 31
4. A dualidade do cuidado médico: entre a inspiração e o contraexemplo..... 36
5. Destruição da esperança: a hostilidade da (anti)medicina..... 43
6. Quando o ruim me ensinou o que não quero ser e o bom reforçou a minha visão da medicina 52
7. Sobre segurança e ética 60
8. Sobre empatia e competência 67
9. Exaustão de mãe 76
10. Os extremos do atendimento médico e a decisão de cursar medicina 82
11. O médico que trata de doenças e a médica que trata de pessoas 95
12. O médico e o monstro 103

13. Palavras que matam, palavras que curam	110
14. Ação e reação, atos e consequências da prática médica	118
15. Dois extremos	125
16. Arte de cuidar, história de reencontro	133
17. Acolhido?	146
18. Medicina baseada em pessoas: o cuidado além do estetoscópio	153
19. Analisando os extremos da relação médico-paciente	172
SOBRE O(A)S ORGANIZADOR(A)S	185
SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES	187



APRESENTAÇÃO

“É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, até que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”
(FREIRE, 2003, p. 61).¹

Não é novidade que a formação médica no Brasil passa por um debate sobre a necessidade de compromissar a sua raiz biomédica com o campo discursivo das humanidades. Atualmente, diversas faculdades de medicina vêm propondo reformas em suas matrizes curriculares na tentativa de formar profissionais alinhados com uma perspectiva biopsicossocial de sujeito e de saúde. Esse é um dos motivos que estimularam a inclusão de um módulo dedicado à discussão da Relação Médico(a)-Paciente (RMP) na disciplina Propedêutica Médica do curso de medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, onde este livro foi idealizado.

Para nós, não é fato irrelevante que uma disciplina historicamente comprometida com instrução de técnicas de coleta de sinais e sintomas clínicos tenha acolhido a RMP em sua ementa regular. O início do ciclo clínico marca um ponto de virada da formação médica, em que o percurso formativo passará a investir mais em situações vivenciais e relatos de caso, e paulatinamente menos nos referenciais da biologia da saúde. Parece óbvio, então, que ao final desse processo o/a discente deva ser capaz de aferir uma pressão arterial ou uma frequência cardíaca com relativa segurança. Mas será que ele(a) saberá igualmente desenvolver habilidades afetivas e de comunicação imprescindíveis ao estabelecimento de uma relação médico(a)-paciente positiva e calcada no cuidado ético e humanizado?

A partir desta pergunta-problema, a professora Mônica Gomes de Andrade criou uma Metodologia Ativa de Ensino-Aprendizagem (MAEA), batizada pela autora de “O olhar do paciente sobre

1. FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

o(a) médico(a)”². Nós aplicamos essa MAEA na disciplina Propedêutica Médica, que gerou uma coletânea de narrativas, dentre as quais algumas estão organizadas neste livro.

A cada encontro de tutoria, um(a) discente narrava a sua entrevista e o grupo discutia as questões que ali apareciam. Como já inferíamos, a percepção das pessoas sobre ser “bom ou mau médico (a)” passava pela relação médico(a)-paciente. Através das narrativas que foram apresentadas e das discussões que se desdobraram, o(a)s discentes criaram ressonância com suas próprias histórias e os ajudaram a construir a ideia de médicos e médicas que ele(a)s gostariam de ser no futuro e, sobretudo, daquele(a)s que ele(a)s não gostariam de ser. Deste modo, acreditamos que foi possível promover uma aprendizagem significativa acerca da importância de investimento do(a) profissional médico(a) na relação estabelecida com as pessoas sob seu cuidado.

Nesta obra, trazemos algumas dessas narrativas produzidas³ e as reflexões críticas de estudantes de medicina que se depararam com elas. Um trabalho belíssimo que eles e elas produziram e que não poderia deixar de ser conhecido publicamente, dada a importância de trazer à baila o que se passa entre as quatro paredes dos consultórios médicos, pois essas experiências têm repercussões nas vidas dessas pessoas, as quais, na maior parte das vezes, silenciam o ocorrido. A partir do recurso narrativo, este livro procurará, portanto, lançar luz sobre a sempre fundamental temática da relação médico-paciente e seus desdobramentos.

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

Mônica Gomes de Andrade

Ramon Reis dos Santos Ferreira

Organizador(a)s da obra.

2. Essa MAEA emprega uma entrevista, que consiste nas seguintes perguntas abertas:

Quem foi o pior médico(a) que te atendeu na vida, e por quê?

Quem foi o melhor médico(a) que te atendeu na vida, e por quê?

3. As narrativas contadas são histórias reais, ora vividas por pessoas entrevistadas pelo(a)s estudantes, ora vivenciadas por ele(a)s mesmo(a)s. Todavia, os nomes e dados pessoais foram modificados para que se mantivesse o sigilo. A contação e publicação dessas histórias foram autorizadas pelas pessoas entrevistadas.

PREFÁCIO

Ter diante de si narrativas de estudantes de medicina, sobre o que andam experienciando em suas formações e como recolhem isto como experiências para se produzirem como profissionais de saúde, é para mim, de imediato, um privilégio. E de posse deste, nas mãos, me permitir acolhê-las, uma a uma, produzidas de modos muito intensos, com as forças que os afetos fizeram suas bocas falarem e suas mãos escrevirem. Indignação é o mínimo que sobra da maioria destas experiências, mas só isso não basta, há que ir além, há que procurar entender por que a formação médica tem sido tão desvirtuada, por que a prática médica tem se amiudado tanto, por que as escolas têm tanta dificuldade em construir processos formativos mais voltados para a defesa da vida de qualquer um, do que da aposta em uma medicina governada por interesses comerciais e mesquinhos, por que os/as alunos/as de medicina têm pouca vivência de cuidar junto com outros perfis profissionais.

São tantos os porquês, que poderíamos gastar linhas e linhas sobre isso, mas deixo para cada leitor esta possibilidade.

Esta não é a primeira vez que me vejo diante de coletâneas com intuítos semelhantes a esta, inclusive já participei, relatando minha própria experiência como terceiro anista de medicina, de produções semelhantes; e, inevitavelmente, fui agenciado na memória e muito do que escrevi veio à tona ao ler o material produzido nesta coletânea, tão bem cuidada e elaborada pela junção de alunos do curso de medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé e professor(a)s Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo, Mônica Gomes de Andrade e Ramon Reis dos Santos Ferreira.

Tivesse a mesma oportunidade, na minha época, lá pelo ano 1970, a minha aprendizagem teria sido muito mais rica no período e minha saída do estado de indignação teria sido mais coletiva, o que é sempre um grande ganho, na medida que existir e aprender é sempre um fenômeno com outres, na presença de outres e devido a existência de outres, sejam estes outres humanos e não humanos.

E, então, não tenho como me desviar deste agenciamento que as produções desta coletânea me provocaram, por isso, parto também para narrar a minha experiência, naquele momento do meu processo formativo.

Já escrevi sobre isso com muito detalhe, o que não pretendo fazer aqui. Este material chamou: A Fila do Toque. E, 52 anos depois ainda é presente em meu corpo, sendo um dispositivo de aprendizagem permanente, em mim, no encontro com qualquer uma/um no mundo do cuidado, que sempre habito.

De um ponto de sofrimento em mim, e de geração de profunda indignação, o acontecimento se transformou em dispositivo pedagógico e ético para meu posicionamento como médico, nestes longos 48 anos de práticas.

Por que a Fila do Toque? A história é longa, mas resumirei.

Estávamos em dezenas de alunos/alunas, em um consultório do Hospital das Clínicas da FMUSP, com um médico preceptor da área de gineco-obstetrícia. Chega uma senhora, negra, com um pedido de exame ginecológico e o preceptor a recebe, sem muita conversa, mas a encaminha para uma maca ginecológica e pede para ela ficar sem calcinha, com um lençol em cima, e em posição de exame físico. Chama todos nós e pede para fazermos fila, para ir um/a a um/a passando pela senhora e fazendo toque vaginal.

Não explica nada para a senhora, que vai entrando em desespero e chega em um certo momento – antes de chegar a minha vez na fila, ainda bem, pois eu estava muito inquieto e incomodado com tudo aquilo –, em que ela começa a pedir desculpa por estar sentindo um gozo depois de tanto toque em sua vagina. Começa a chorar e a continuar pedindo desculpa.

Vários alunos/as da fila continuam a fazer o toque sem escutar aquela senhora falando, chorando e se envergonhando.

Paro e saio da fila, fico inquieto mais ainda, me retiro para um canto da sala sem companhia de nenhum/a colega.

Mas, não sei o que fazer. Só sinto uma profunda indignação com tudo aquilo. Esta cena nunca saiu do meu corpo, dos meus afe-

tos e anda comigo a todo instante conversando com minha postura perante qualquer um/a que tive contato como médico. Sempre esta vivência me puxa para responder: quem é esta vida que está diante de mim, qual o valor desta vida para mim, o que significa me implicar com o cuidado dele, qual minha ética do cuidado ali naquele instante relacional, em ato.

Este processo virou um “protocolo” inconsciente para mim como profissional de saúde, em qualquer situação que me encontrasse no exercício das minhas competências como cuidador, antes de tudo.

Fui aprendendo que o conhecimento que eu tinha como médico era secundário às forças relacionais éticas que tinha que estabelecer com esta outra vida que se apresentava nas minhas práticas cotidianas como médico, em qualquer lugar que estivesse. E assim sou até hoje, mais de 50 anos depois desse acontecimento.

Aprendi também que uma vivência no mundo do cuidado valia muitas aulas em sala de aula para formar meu modo profissional de ser. Era ali no mundo do trabalho do cuidado que de fato estava em formação.

Entendi que a verdadeira escola é estas vivências que íamos tendo durante nossos percursos pelo cotidiano das práticas de saúde e percebi logo que esta era a verdadeira sala de aula.

Infelizmente, não tive uma sala de aula para conversar sobre estas salas de aula vividas nas práticas cotidianas do cuidado, junto com outros/as colegas e vários outros/as profissionais, que não só os médicos/as.

Desde que comecei a ser docente em cursos de medicina, enfermagem, nutrição, etc... batalhei que minha sala de aula deveria ser o território dos serviços de saúde e o território onde as pessoas vivem e trabalham, e não salas de aula descoladas destes contextos, isoladas em um edifício chamado escola.

Décadas fazendo esta aposta e remando contra a maré, mas continuo convicto disso.

Por fim, vale registrar que muitas vezes a sala de aula vivida como lá na Fila do Toque nem sempre nos coloca perante boas

práticas, ao contrário, vai nos formando para sermos maus cuidadores, como era aquele preceptor que estava nos “ensinando” (sic) práticas médicas.

Fica um alerta para pensarmos sobre isso e vale colocarmos sempre uma pergunta chave para nós mesmos: o que estamos fazendo com o que fazem com a gente?

Aprender a descuidar também é uma prática de ensino.

Por isso, coloque-se sempre no lugar do outro/a que você está cuidando e faça outra pergunta: eu seria usuário/a da minha própria prática? Se você chegar à conclusão de que não, pare e coloque-se em análise.

No mínimo, indigne-se com você mesmo/a.

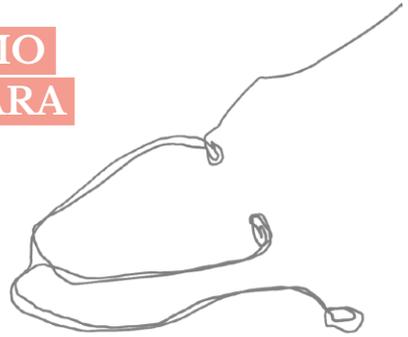
Este livro traz uma quantidade significativa de possibilidades para esta conversa interior tão necessária para todos/as nós que estamos sempre em vivências formativas como profissionais de saúde.

Aproveite, viu leitor (a)!!!

Emerson Elias Merhy
Médico há 48 anos

A ESCUTA EM SAÚDE COMO DIMENSÃO ESSENCIAL PARA O ATO DE CUIDAR

Nathanielle Silva de Andrade
Pedro Victor dos Santos Monteiro



Lá perto de São Paulo, um certo homem matava com as palavras e acabou ganhando o nome de Emicida⁴. Agora, pense em uma certa situação: você é um profissional da saúde e está em atuação. Onde? São Paulo. Na emergência do seu serviço, chega alguém em estado grave e a queixa principal é um ferimento por palavras. O que você faria? Ou melhor, o que você falaria?

Se não houver um cuidado com o que for dito, você pode piorar o estado dessa pessoa que chegou buscando ajuda. Se você estiver curioso e questionar quais palavras a feriram, ela também pode piorar por lembrar. Se você não fizer nada, será negligente. E então?

O ideal nesse cenário não existe. Para piorar, a conduta perfeita muito menos. Só que há algo a ser tentado: o cuidado em saúde. Um ponto de partida para essa prática é a escuta. Infelizmente, ouvir com atenção não está na grade da faculdade. Mesmo assim, aqueles que aprendem têm legitimidade.

Retomando o certo perigo inicial, Emicida conta e canta:

Os moleque frio no asfalto quente, igual eu/
Tossindo e comentando sobre os amigos da gente que morreu/
Foi, virou passado, por não tá mais presente/
Igual os valor esquecido por não ter cifrão na frente (EMICIDA, 2009)⁵.

4. Leandro Roque de Oliveira, mais conhecido pelo nome artístico Emicida, é um rapper, cantor, letrista e compositor brasileiro.

5. Composição: Leandro Roque De Oliveira (Emicida)/ Leo Cunha.

Ao pedir para um desatento contar um problema de saúde presente nesse trecho, no geral, deparar-se com um destaque dado à tosse não seria uma surpresa. Por outro lado, ao pedir àqueles que buscam aplicar uma sensibilidade em seu ponto de vista, os apontamentos diriam que absolutamente tudo ali é patológico: desde se tornar alguém frio por se acostumar a perder amigos até a atribuição de uma falta de importância sobre certos valores por uma falta de capital financeiro.

Portanto, em práticas cotidianas, é necessário valorizar o que for dito. Destacando, sempre, que essa não é uma prática excludente. As queixas voltadas aos pontos mais biologicistas do indivíduo não precisam deixar de existir para que toda a sua subjetividade seja valorizada.

O surpreendente é compreender que essa noção é uma raridade. São diversos casos que relatam experiências desagradáveis em locais da saúde. Tão desagradáveis que a tal ação mortal do Emicida precisa ser colocada em prática, ao dizer – em nome de todos aqueles que já foram pacientes algum dia:

Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes/
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nós?/
Alvos passeando por aí (EMICIDA, 2019)6.

A fim de deixar bem evidente o que foi dito, a descrição de uma experiência negativa é necessária, pois, com isso, damos a chance de alguém compartilhar um trauma com muitos outros. Sobretudo, carregando uma esperança de que essa situação vivenciada não se repita por aí.

Hoje eu acordei com dor, mas não era uma dor comum como a que venho sentindo há dias na barriga. Era uma dor estupidamente forte. Eu chorava, gritava e mal conseguia me vestir sozinha. Eu gritei até que me deram o primeiro socorro. Minha família veio, me vestiu e estava prestes a me levar ao hospital, quando aquilo que estava ruim se tornou pior.

6. Composição: Felipe Vassão / DJ Duh / Leandro Roque De Oliveira (Emicida) / Belchior.

Não havia formas de chegar até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do meu bairro. Ela ficava a uns 2km e não havia como chegar, pois não tinha condução, muito menos uma ambulância disponível. A sorte da situação foi que, por coincidência – depois de uns 15 minutos de dor e desespero – uma ambulância passou na frente da nossa casa. Daí, conseguiram parar o veículo e pediram socorro por mim.

Logo que cheguei na UPA, a técnica que estava presente me conduziu – em meio a gritos de dor – até a sala do médico. Médico esse que nunca irei esquecer o rosto e o nome, ele estava apressado e isso não me incomodou. Ele tinha pressa e eu também tinha. Urgência. Eu tinha urgência, pois queria que a dor cessasse. Um novo problema surgiu, já que esse médico nem perguntou o meu nome.

Enquanto eu pedia para que Deus me ajudasse, o médico se referia à minha neta, perguntando as queixas. Pude ouvir, de longe, ela dizer: “Dor abdominal? Nessa intensidade, começou hoje... Se sente dor a alguns dias e se automedicou com remédio para gases e chá? Sei que não tem dificuldade de ir ao banheiro”.

Veza ou outra, ela me perguntava algo e eu, com muita dificuldade, respondia um pouco confusa. Por fim, em um momento do exame físico e durante a pandemia de um vírus respiratório, ele disse: “Senhora, por favor suba a máscara!”. Eu morria de dor, mas ele estava preocupado com a máscara. Não o julgo por isso. Então, ele me perguntou: “Onde a senhora sente dor?”.

Me remexi de dor e apontei, um pouco confusa sobre o local exato da dor, para a barriga. Novamente, ele me indagou como se quisesse que eu mesma fizesse o dito exame físico. Não bastava isso, ainda esperava que eu dissesse a ele qual era o local da minha dor com termos médicos. Evidentemente, não soube responder com certeza. Apenas apertei o local onde eu achei que era e ele se deu por satisfeito. Me pediu uma ultrassom, e exames de sangue e urina. Além disso, prescreveu medicação para dor, sem tocar em mim.

A UPA estava lotada. Assim, em meio àquela multidão de pessoas com dor, eu recebi medicamento para dor por um longo período. Apesar disso, a dor não cessava. Doía e doía muito. Chegou o momento de ir

fazer o exame, e o exame era feito do outro lado da cidade. Fui levada de ambulância. Ao chegar, e entrar para realização do exame, o médico daquele local me perguntou, de forma ríspida: “É Maria, né? Preciso que a senhora fique deitada e muito parada” – questionei, dizendo que não conseguiria ficar muito parada pois doía muito. Mesmo assim, de forma ríspida, ele insistiu: “É, mas a senhora tem que ficar parada”.

Retornei ao médico anterior, que disse que nada foi encontrado. Ele olhou outros exames e disse que também não indicavam nada. Neste retorno – enquanto eu implorava ao médico por qualquer medicamento que parasse a minha dor em um momento de desespero – ele me dizia que fazia apenas o trabalho dele, e que a medicação que eu iria tomar era decisão dele. Lembrando, a todo instante, que ele era o médico e sabia o que estava fazendo. Este foi o pior momento que já vivi com médicos. A arrogância daquele profissional foi algo totalmente contra qualquer princípio médico. Não parou por aí.

O médico solicitou uma tomografia do abdômen⁷, que foi feita com muita dificuldade em virtude das minhas dores. Novamente, precisei ir até o outro lado da cidade. Já era 22:00 horas da noite e eu tinha chegado às 9:00 horas da manhã.

Ao retorno, o médico – que permaneceu sem olhar na minha cara – disse que não havia nada ali. Mostrou a tomografia para um outro médico que estava lá, mas também nada sabia do meu caso. Esse outro profissional da saúde confirmou que estava tudo certo. Então, meu médico foi ao computador para consultar o laudo. O problema é que o laudo não havia sido enviado do outro hospital.

Então, ele passou a afirmar que eu, mesmo com muita dor, não poderia ser internada. Por isso, ao seu ver, deveria ficar ali, na sala de espera – sentada em uma cadeira de plástico, enquanto mal conseguia ficar parada de tanta dor – aguardando até o dia seguinte. Somente às 16:00 horas, ele disse que conseguiria realizar uma nova tomografia.

7. A tomografia computadorizada (TC) abdominal é um exame diagnóstico utilizado na avaliação de diversas patologias (ou doenças) do fígado, vesícula biliar, pâncreas, rins, glândulas suprarrenais, baço, retroperitônio, intestino delgado, cólon, entre outros órgãos (ALVES; CALDAS, 2020).

Naquela noite, de fato, lidei com um médico que foi indiferente a mim. Não apenas como pessoa, mas como paciente. Sua conduta foi desumana. Ali, pude ver um exemplo de médico que nunca deve ser seguido.

Ainda que um relato tenha a força de nos paralisar, é necessário observar mais perspectivas. A partir da imersão em vivências é que se constrói opiniões. Por essa razão, trazer uma nova descrição – só que dessa vez – sobre uma experiência médica positiva, pode fornecer o vigor necessário para seguir acreditando que é possível ser diferente.

A minha ginecologista é a melhor médica que me atendeu. Ela é quem me acompanha a alguns anos. O curioso é que ela trata as pacientes como se fossem amigas. Não somente recebendo o paciente com aquela formalidade, vendo a queixa pontual e liberando. Ela se interessa pela nossa história, analisa tudo e faz uma conversa completa. Só depois, passa a trabalhar em cima do que você está sentindo. Não só medicando, mas também oferecendo ajuda, e tentando entender o real motivo da nossa queixa, antes de receitar um medicamento.

Na minha primeira consulta, foi muito atenciosa e já foi logo dizendo para mim que não passaria o remédio de imediato, porque gostaria de entender o ocorrido antes. Daquela vez, fui à ginecologista por estar apresentando muita dor ao ter relações sexuais. Nenhum médico, até aquele dia, havia conseguido identificar a dor. Mesmo fazendo vários exames, nada era constatado. Até quando essa médica me solicitou novos exames e nada se revelava a partir destes. Até quando ela mesma fez o endovaginal⁸.

Naquele dia, a doutora foi muito respeitosa e – em nenhum momento – julgou a situação. Pelo contrário, ela até me informou que, provavelmente, iria doer e eu precisava aguentar, o que não é uma postura comum dos médicos que já me consultei. Daí, depois de muitos esforços, ela descobriu que estava com água em uma região do sistema reprodutor feminino, que não sei informar, em decorrência do parto que vivenciei.

O diferencial, para mim, foi ver que ela esteve ali procurando o que eu vivia, até descobrir a razão. Ela não se preocupou comigo somente enquanto médica, mas também como mulher.

8. O ultrassom transvaginal, também chamado de endovaginal, é um exame diagnóstico que consiste na inserção de um aparelho chamado transdutor na vagina, que vai gerar imagens dos órgãos internos daquela região: útero, trompas e ovários (ROSA et al., 2015).

A partir dessas experiências/vivências contadas nos casos acima (que falam por si), concluímos esta narrativa com o seguinte poema:

Diante do caos no dia a dia,
deixar alguém confortável para falar de si virou meritocracia.
Não deveria.
Nem o mérito é justo, quem dirá o poder.
Quantos pacientes chorando fazem um médico vencer?
(Monteiro, 2021)⁹

9. Poema autoral de Pedro Victor dos Santos Monteiro.

REFERÊNCIAS

ALVES, Fabricio Maia Torres; CALDAS, Linda Viola Ehlin. Determinação da dose em pacientes submetidos a exames de tomografia computadorizada de abdome em um serviço de radiologia e diagnóstico por imagem. **Brazilian Journal of Radiation Sciences**, [S. l.], v. 8, n. 3, 2020. DOI: 10.15392/bjrs.v8i3.1204. Disponível em: <https://www.sbpr.org.br/revista/index.php/REVISTA/article/view/1204>. Acesso em: 5 mar. 2022.

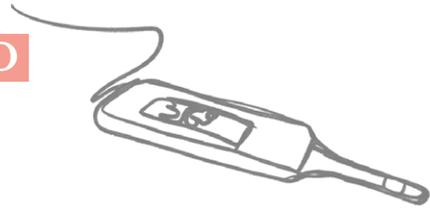
CIDADÃO. Composição: Emicida. São Paulo: Maria Fumaça, 2009. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Y4Ydbep6I44&list=OLAK5uy_mYAsDerLPQZ2SeyZfJPup6leIdylwKIMk&index=15. Acesso em: 08 jan. 2022.

AMARELO. Composição: Emicida. (Sample: Belchior - Sujeito de Sorte). Part. Majur e Pablló Vittar. Direção: Evandro Fióti. Produção: Raissa Fumagalli. Intérprete: Emicida, Pablló Vittar e Majur. Roteiro: Emicida. Fotografia de Sandiego Fernandes. Gravação de Sandiego Fernandes e Brenald Carvalho. São Paulo: Nave, 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PTDgP3B-DPIU>. Acesso em: 4 mar. 2022.

ROSA, Thiago de Paula et al. Prevalência de doenças ginecológicas em mulheres acima de 40 anos diagnosticadas através de ultrassonografia transvaginal. **RBUS: revista brasileira de ultra-sonografia**, São Paulo, v. 18, p. 21-26, 2015.

O PODER DO CUIDADO

Ellen dos Santos Brito
Cecília Santos de Brito



Nota das autoras: as histórias que vêm a seguir são crônicas baseadas em relatos reais, contadas por uma mulher forte, que serviu de musa para a criação do eu lírico desta obra. As reflexões são ficcionais, e as falas são tão exatas quanto é possível para o resgate de memórias antigas, mas os acontecimentos são precisamente verossímeis e tratam de encontros vividos por uma mãe e um pai, anos atrás.

1. 5 minutos ao homem sabido

00:00:00

Com uma mão na maçaneta gelada e a outra segurando meu bebê, entro no ambiente branco do consultório.

“Pode sentar, Dona Maria.”

Obedeço e me ponho em marcha com destino ao assento, rodeada por um silêncio que só é interrompido pelo tilintar da sola de meus sapatos no piso branco, e durante o pequeno trajeto percebo que, quando meus pés traçarem o caminho de volta, desejo estar livre do peso em meu coração, a fim de que esteja dominado por gratidão ao homem à minha frente, e pela convicção de que minha filha estará melhor em pouco tempo. Com essa prece em mente, me acomodo em frente ao doutor, que se mantém atento ao papel em suas mãos. Seus dedos seguram uma caneta que outrora descansava a poucos centímetros de si, e a conduzem agilmente pela folha de papel. Um homem sabido, certamente, por já saber o que escrever antes mesmo de me perguntar o motivo de minha vinda.

“O que a traz aqui, Dona Maria?”

00:01:00

Meus olhos caem sobre o pequeno ser em meus braços, e me ponho a refletir. Minha filha de 2 anos tem urticária em suas coxas, com área e vermelhidão tamanhas que me fazem perder o sono à noite. Ela coça o tempo todo, e suas unhas arranham a pele macia deixando riscos avermelhados que se misturam às bolinhas rosadas. Quando a coceira se torna demasiado incômodo, suas unhas não poupam esforços para ferir ainda mais a pele já irritada, e placas ressecadas de cor vermelho rubro e roxo surgem algumas horas depois.

Foi olhando para esse mosaico de tons de vermelho na coxa esquerda de minha filha, ainda dormindo em meus braços, que descrevi em palavras ditas a imagem que, por semanas, dominava a minha mente.

“Deixa eu ver.”

Diante dessa déspota, me preparei para entregar o motivo de minhas noites mal dormidas ao homem sabido que devolveria o bem estar de minha filha e, como consequência, me concederia o maior presente que uma mãe poderia receber. No entanto, para minha surpresa, ele se ergue de seu trono, magnífico, e se projeta sobre a mesa, em direção à criança em meu colo.

00:02:00

Na posição em que se encontrava minha filha, com o ventre em meu ventre, e as pernas flexionadas, parte da urticária que dominava sua coxa esquerda estava visível, escapando de seu macaquinho de algodão. Uma pequena parte, digo. Uma ínfima parte que não representava 20% do caos por trás do tecido de suas roupas. O homem sabido a observa por alguns segundos e retorna a sua posição inicial, se acomodando em sua cadeira que imagino ser tão irresistivelmente confortável, ao ponto de fazê-lo querer retornar a ela rapidamente.

“Ela sente mais alguma coisa? Não né?”

Acho que não... Mas digo a ele que minha filha chora bastante, só não sei se o motivo tem relação com as urticárias.

“Chorar é normal nessa idade, mãe.”

Normal.

00:03:00

“Bem, sua filha tem dermatite de contato. Vou te passar a receita dos medicamentos.”

Ainda sem olhar em meus olhos, o homem sabido posiciona adequadamente entre os dedos seu cetro, que desde o início da consulta descansava em suas mãos, e se põe novamente a escrever, mas desta vez, com um diagnóstico determinado. Mas será só isso?

Minha filha permanecia afundada em seus sonhos, com a tranquilidade de uma criança que não precisou ser tocada por um estranho. *Precisar.* Será que é a palavra mais adequada? Pois bem, reconheço minha total ignorância nos assuntos médicos, mas, como mãe, domino a arte do cuidar e sei que, diante desse cenário, minha filha precisava ser tocada por um estranho. Ao menos um estranho que fosse realmente sábio.

00:04:00

“Passei para a sua filha um fármaco de uso tópico. Deve ser aplicado...”

Nem me dou ao trabalho de perguntar o que é “tópico”, pois já não o ouço mais. Não por negligência às suas orientações, mas por angústia diante do atendimento frio e raso que acabei de presenciar. Já não o ouço mais, não por escolha, mas pela desolação ensurdecidora que me domina e transforma em um som abafado as palavras mecânicas jogadas pelo homem que, a meu ver, já não é mais sabido. Meus olhos caem sobre o papel em suas mãos, com desconfiança. Não posso destinar à minha filha, meu bem mais precioso, remédios prescritos por um homem em quem não confio, indicados para o tratamento de uma doença diagnosticada em 5 minutos, baseada em uma investigação feita por um par de olhos que não encontraram os meus até agora.

00:05:00

“Aqui está. Quando sair, pode pedir que entre o Seu Jorge, por favor?”

Me levanto com a receita em mãos, retorno pelo caminho outrora feito por meus sapatos, e ao girar a maçaneta e me despedir do homem em minhas costas com uma frieza mal mascarada, percebo que, apesar de permanecer com um peso em meu coração, sinto gratidão e convicção, como eu desejava há cinco minutos. Gratidão por saber que minha filha nunca saberá que sua dor foi tão desvalorizada, e convicção de que, assim que eu soltar essa maçaneta, a receita em minhas mãos virará uma bolinha de papel e será atirada na lata de lixo ao final do corredor.

2. O nascer do sol aos que sofrem

Eu amo o nascer do sol. É magnífico quando, após horas corridas de pura escuridão, os primeiros feixes de luz emergem gloriosos, dominando o medo com raios de esperança. Admito que parece um pouco exagerado, e um tanto quanto injusto com a escuridão, associá-la tão rigorosamente ao medo, que ousou dizer ser o sentimento mais temido da humanidade. Mas havemos de convir que há uma correlação entre ambas, a ponto de se fazer presente, inclusive, em alguns momentos da nossa história.

Na Idade Média, a noite era considerada o período em que os seres monstruosos despertavam. Mito que se faz presente até hoje, mesmo que em menor intensidade, em forma de cinematografias e literaturas que a utilizam como pano de fundo para as cenas mais horripilantes. Na alegoria da Antiguidade “O Mito da Caverna”, a escuridão rodeava os ignorantes, que se mantinham acorrentados ao medo (PLATÃO, 2000). E hoje, me ponho a refletir sobre tudo isso, criando correlações para as dores da vida.

Quando me encontro no escuro absoluto, sem ter ciência do que se põe ao meu redor, uma sensação de impotência me domina, que é acompanhada de um desespero por não poder me preparar

para o que quer que esteja acontecendo à minha frente. Decerto, se tratando de nível de agonia, só consigo imaginar um sentimento que supere o medo do desconhecido: a dor.

Pois bem, associá-los é tão catastrófico quanto recorrente, afinal, o que menos sabemos é a causa de nossos sofrimentos e como tratá-los. Mas, felizmente, o sol nasce todos os dias, e temos profissionais da saúde que emitem luz sobre os nossos pesares, nos tirando das amarras da escuridão e da dor.

Minha filha completou 2 anos, e posso dizer que já tive experiências decepcionantes com profissionais que pouco cuidam e muito (pr)escrevem. Mas como disse, o sol nasce todos os dias, e hoje ele veio em forma de uma jovem médica com uma mente brilhante e um coração quente.

Quando entrei no consultório de reumatologia da Dra. Clarice, com minha filha em meus braços e meu esposo ao meu lado, fui recepcionada por um olhar caloroso e pude sentir os primeiros raios de sol. Nos sentamos à sua frente e, após sermos estimulados a explicar o motivo de nossa vinda, iniciamos nosso relato. Minha pequena guerreira tem batalhado contra urticárias que avançam por suas coxas há mais de 6 meses. Elas podem se acalmar, mas nunca somem por completo, e com o menor dos motivos, seja um momento de estresse que a faz chorar ou um dia quente que a faz suar, elas retornam potentes, rubras e incômodas. Ao explicar o cenário que nos tirava o sono há meses, a Dra. Clarice levantou os olhos de suas anotações e, com uma voz tão firme quanto atenciosa, nos fez uma indagação.

Já imaginava que seria uma pergunta a respeito das urticárias, ou ao menos de algum outro sintoma de minha filha. Qualquer coisa que a direcionasse à conclusão diagnóstica. Mas ao invés disso, a pergunta que nos fez foi algo como: “Sua filha se alimenta bem?”. E a partir daí outras inúmeras perguntas vieram, uma após a outra e todas sem relação aparente com a queixa principal. A anamnese durou quarenta minutos, o equivalente ao dobro do tempo de minha consulta mais longa. Talvez o tempo equivalente à primeira

consulta de minha filha após seu nascimento. Nos foi questionado a história patológica da família, aspectos da minha gestação e parto, história do desenvolvimento de minha pequena, o estado de nossa habitação... e a cada pergunta feita por ela, eu me sentia a um passo mais próximo da resolução do caso.

O tempo estava passando e o sol estava emergindo por entre as montanhas de desamparo, que foram erguidas por mim e por meu marido ao longo dos últimos meses. Dra. Clarice se levantou de seu assento e, durante o movimento, abandonou a caneta outra em suas mãos. Esse movimento de desapego tão desprezioso me fez questionar o que a faz diferente dos demais profissionais da saúde. Me fez questionar como para ela deixar a caneta de lado é tão natural, enquanto para outros é um ato impensável. Pois com esse simples gesto, suas mãos estavam livres para tocar, assim ela o fez.

Com a nossa permissão, Dra. Clarice ergueu nossa filha de meu colo, deixou que ela escolhesse um dos vários bonequinhos de plástico que enfeitavam sua estante e se pôs a conversar entusiasmadamente com a criatura de 2 anos em seus braços. Recostou-a sobre a maca e, sob o pano de fundo de suas palavras risonhas, começou a tocá-la, apalpá-la, auscultá-la e muitos outros “a-las” dos pés à cabeça. Durante todo o exame físico minha filha se mantinha atenta, com um ar de graça em sua face e com as mãozinhas agarradas a seu novo amigo de plástico. Acredito que 15 minutos se passaram, e certamente, esse foi o tempo em que o sol atingiu seu ápice, radiante à minha frente.

Após o exame, Dra. Clarice devolveu cuidadosamente o bebê a meus braços que, já tão acostumados a niná-lo, após sustentar o peso já conhecido, iniciaram mecanicamente um movimento de vai e vem tranquilo; e foi entre um “vai” e outro “vem” que a Dra. Clarice se pôs a caminhar em direção à sua estante repleta de livros. Após alguns segundos de contemplação reflexiva das obras à sua frente, retornou a seu assento com um exemplar enorme e espesso em seus braços. Folheando as páginas agilmente, a jovem radiante mulher virou o livro para nós e iniciou uma didática explicação so-

bre sua hipótese diagnóstica e o motivo que a conduziu a essa conclusão. Seus dedos deslizavam pelas ilustrações da literatura com familiaridade, e sua face se mantinha gentil e firme, como no início do atendimento, nos transmitindo acalento e segurança.

Enquanto a Dra. Clarice explicava a causa das urticárias e nos orientava quanto aos passos que teríamos que seguir, minha mente foi clareando diante da compreensão e da esperança que me dominavam. A dor ainda se fazia presente, posto que minha filha ainda não se livrara de sua angústia, mas, ao menos agora, por um breve instante, eu estava em paz.

Esse pequeno tempo em que estive tomada pela luz do sol aqueceu meu coração dolorido, e norteou minha mente até então sem rumo. E por um bom tempo me mantereí aquecida e consciente, pronta para guiar a mim e a minha filha pela escuridão, e lutar por seu bem estar, pois hoje vi o sol nascer em minha frente, e, ao menos por ora, sei para onde ir.

3. Impressões das autoras

Como uma aprendiz da medicina, me deparar com relatos direto da fonte, de pessoas que um dia foram marcadas – negativamente ou positivamente – pelo contato com um profissional da saúde, é uma experiência de grande aprendizado. A partir dela, pude prospectar meu futuro profissional, por meio de referências reais de profissionais que certamente não me conhecem e que talvez não lembrem dos momentos aqui relatados, mas cujas impressões nos entrevistados impactaram diretamente na minha percepção da médica que quero ser, e do que quero transmitir aos pacientes/usuários dentro da rede de atendimento à saúde. Pude notar durante as entrevistas que, estando eu na posição de estudante, os entrevistados se demonstraram confortáveis em expor suas críticas positivas e negativas advindas de suas lembranças daquele encontro, e resalto que, em ambas, com o mesmo grau de sinceridade. Deduzo que um diálogo franco e passional entre um pacien-

te e um profissional da saúde formado não teria tal desinibição/tranquilidade, talvez graças às barreiras da hierarquia construída socialmente que tanto reduzem as vivências e opiniões do paciente quanto imaculam a imagem do doutor perfeito e sabedor. E, diga-se de passagem, refiro-me nesse momento ao sabedor do grupo dos sabidos, e não dos sábios – considero esses dois adjetivos muito diferentes entre si – já que a dúvida, e não a certeza, é o princípio da sabedoria (HOURDAKIS, 2001).

Diante disso, aqueles que se põem ou são postos sem resistência no pedestal de detentores da sabedoria – e quando digo que “são postos” me refiro ao ainda vigente modelo de atenção à saúde centrado na figura do médico como “portador” de um conhecimento tornado legítimo e predominante (RIBEIRO; FERLA, 2016) – tendem a temer a dúvida, a reafirmar sua posição imposta de superioridade perante o paciente e, por muitas vezes, a abandonar a empatia e a alteridade; e a esses eu nomeio de “sabidos”. Araújo Galvão (2000) justifica essa postura – referida por ele como uma onipotência que os médicos se acham investidos quando no exercício da profissão médica – ao trazer o cenário do doente que não melhora. Segundo o autor, para o médico, essa “teimosia” em não melhorar é um desafio a seus conhecimentos e, ao mesmo tempo, o remete às suas limitações e impotência, ferindo o seu ego. Nesse sentido, a onisciência do médico associada ao ensino médico – dentro de um currículo oculto –, baseado no não envolvimento emocional com a dor e o sofrimento do paciente na grande maioria das faculdades médicas do país (ARAÚJO GALVÃO, 2000), lapidam a figura do “doutor sabido”.

Sobre o prisma dessa discussão – coprotagonizada pelos perfeitos e sabedores – gostaria de resgatar as memórias do leitor sobre a narrativa “5 minutos ao homem sabido”, que possui, como fio guia de toda a trama, a personificação de um homem sabido; e faço questão de usar “sabido” e não “sábio”, não por mero jogo de palavras, mas como forma de reforçar a conclusão de minhas reflexões acerca dos sabedores e seus subgrupos – inclusive, na narrativa “O

nascer do sol aos que sofrem”, a absoluta ausência desta primeira palavra e a presença da segunda foi uma decisão cuidadosamente intencionada.

Por fim, concluo minhas impressões com um desfecho nada conclusivo, pois o que aprendi com essa experiência de ovinite médica em formação ainda está em processo de consolidação. A cada nova experiência na prática médica, resgato essas lições e as reanaliso sob uma perspectiva diferente. Neste caminho de (re) construções de ideias, e já saindo um pouco do campo das subjetividades, se me fosse indagado o que penso a respeito do assunto nesse momento – cuja duração é uma incógnita guardada ao futuro – diria que me imbuo na perspectiva de Merhy (1998, p.10):

[...] de que todo profissional de Saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de Saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado para produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos.

Mas o que posso afirmar sem ressalvas é que o saber médico não se restringe ao que encontramos nos livros; ele adentra no campo das relações humanas e, a partir delas, é que o cuidado se torna possível.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO GALVÃO, Paulo Bezerra de. Tecnologia e medicina: imagens médicas e a relação médico-paciente. **Revista Bioética**, [Brasília], v. 8, n. 1, p. 127-136, 2009.

HOURLAKIS, Antonie. **Aristóteles e a educação**. São Paulo: Loyola, 2001.

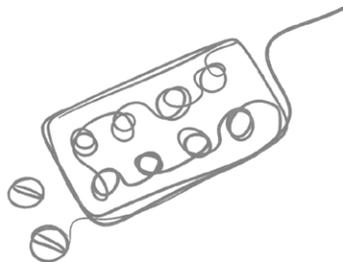
MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: CAMPOS, Cezar Rodrigues; MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Alfonso Teixeira. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. p. 1-13.

PLATÃO. **A República**. Tradução de Carlos Alberto Nunes. 3. ed. Belém: EDUFPA, 2000.

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovato; FERLA, Alcindo Antônio. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 292-312, ago. 2016.

OS DETALHES

Giulia Amorelli Maia de Almeida



Neste capítulo, relatarei um momento vivido por outra pessoa no ano de 2020. Com o intuito de evitar a exposição da paciente, será utilizado um pseudônimo. Clarice é uma mulher de 26 anos, advogada, recém-formada que, no momento dessa narrativa, enfrentava problemas relacionados à ansiedade. Este capítulo se trata de um relato pessoal que expressa a opinião e as vivências de Clarice relacionadas ao atendimento médico durante a pandemia de COVID-19. Conheceremos agora a sua história¹⁰.

Diante do cenário pandêmico que estamos vivendo, é de se imaginar que a saúde mental de muitas pessoas está sendo afetada pelas medidas de isolamento e pelo medo de contágio. Estamos passando por um momento que jamais poderíamos prever ou imaginar numa sociedade em que a ciência avança a galopes avassaladores e nos dá a sensação de segurança e controle.

No entanto, diante dessa pausa forçada, fomos obrigados a realmente parar. Fomos obrigados a parar para pensar, refletir, analisar ações e atitudes próprias e alheias, observar e, acima de tudo, questionar situações que não éramos capazes sequer de perceber ou com as quais estávamos “acostumados”.

Tendo isso em vista, posso dizer que não foi diferente comigo. Passei por um turbilhão de emoções e sentimentos que não compreendi e que transformaram totalmente a minha vida e a minha maneira de enxergar o mundo. Vivi um momento de incertezas e desespero. Senti-me perdida em meio às crises de ansiedade com as quais tinha que lidar praticamente todos os dias. Meu mundo virou caos até que, junto com a população mundial, eu desacelerei. Passei a fazer acompanhamento psicológico, na esperança de saber lidar melhor com tudo o que estava acontecendo.

10. A partir desse momento, a narrativa em primeira pessoa conta a história de Clarice.

Comecei a realmente observar e detalhar algumas situações pelas quais precisei passar durante esse período da pandemia de COVID-19. A primeira delas foi justamente após dar início ao meu tratamento psicológico. Depois de algumas sessões, a psicóloga que estava me acompanhando sugeriu que eu procurasse um médico que pudesse me passar medicamentos para tratar a ansiedade. É claro que o ideal nessa situação seria procurar um psiquiatra, mas não conhecia nenhum de confiança e não tinha referências. A psicóloga sugeriu, então, que eu procurasse um clínico geral devido ao caráter emergencial em que eu me encontrava.

Consegui marcar uma consulta com um clínico geral conhecido do meu pai. Cheguei ao consultório extremamente aflita e apreensiva, sem saber o que esperar. Falei com a recepcionista que me mostrou onde eu poderia me sentar para que eu pudesse aguardar meu atendimento. Esperei por duas horas. Duas longas, estressantes e angustiantes horas. Por fim, ouvi meu nome sendo chamado pelo clínico.

Ao entrar no consultório, o médico sequer me tocou ou realizou qualquer tipo de exame físico. Ele sabia meu nome pela ficha que preenchi na recepção, então pulou as partes que julgava “desnecessárias” e começou a perguntar: “Por que você está aqui?”, “O que você está sentindo?”, “Quando começou a perceber esses sintomas?”. Expliquei, com dificuldade, tudo o que estava acontecendo. Relatei meu sofrimento com as crises de ansiedade, as crises de choro repentinas e aparentemente sem motivos, a dificuldade para dormir todos os dias, a falta de concentração para realizar as atividades mais simples do cotidiano e o desânimo constante que me acompanhava. Expliquei, ainda, que fui a sua procura por recomendação da psicóloga que, com seus anos de experiência e competência, detectou necessidade de urgência do meu tratamento.

Enquanto eu contava percebi que sua feição era indiferente, como se tudo o que eu estivesse falando não fosse relevante. Quando finalmente terminei esse processo sofrido de relato, o médico se manifestou. Superando todas as minhas expectativas, (negativa-

mente falando), o médico se mostrou incrédulo, afirmando que a psicóloga estava equivocada e que, em hipótese alguma, poderia ter sugerido a ida a um clínico geral. E, sobre a minha psicóloga, perguntou: “O que ela queria? Que eu te passasse um remédio?”.

Nesse momento, o clínico me olhou da cabeça aos pés. Senti os olhares de julgamento e desconfiança analisando cada centímetro do meu corpo e chegando à conclusão de que o meu real objetivo naquele consultório era emagrecer. A partir daí tudo se resumiu ao número que indicava o meu peso, como se todo o resto, toda a minha experiência, todo o meu sofrimento fosse, na verdade, uma desculpa superficial. Me senti extremamente hostilizada, desamparada e à beira das lágrimas ali mesmo no consultório daquele que se dizia médico. Passei por uma sensação de vergonha e inadequação, afinal, quem era eu para desperdiçar o tempo daquele clínico geral com meus sintomas nada sérios, marcando uma consulta desnecessariamente?

Somente ao final da consulta, o clínico olhou o meu nome completo na ficha que preenchi. Ao perceber meu sobrenome perguntou de quem eu era filha. Eu respondi e, como mágica, a situação mudou completamente. Eu passei de “uma paciente inconveniente tomando seu precioso tempo” para “a filha de um grande amigo meu” em questão de segundos, e ele estava disposto a me passar o que eu precisasse. Percebi nessa hora que ali na minha frente não era um médico ou profissional, mas sim um ser humano que agia em prol de seus próprios benefícios e relações. Posso dizer, mesmo não sendo da área, que aquilo não era, nem de longe, o exercício da medicina.

Essa experiência me marcou de tal maneira que toda vez que eu cogitava ir ao médico um sentimento ruim tomava conta de mim. Era como se meu subconsciente tentasse evitar a todo custo uma nova ida a qualquer consultório. No entanto, chegou o momento em que eu não conseguia mais ignorar os sinais que meu corpo me dava de que algo estava errado. Dessa forma, precisei enfrentar o trauma e buscar tratamento.

A segunda situação que pude detalhar e observar foi a ida ao consultório de uma médica alergologista. Sempre sofri com crises de rinite alérgica, mas percebi que esses episódios estavam cada vez mais frequentes. Recebi a indicação de uma conhecida sobre essa médica, elogiando bastante o atendimento. Porém, depois de ter passado pelo episódio anterior, me encontrava totalmente sem esperanças de um atendimento digno.

Apesar de ter chegado alguns minutos antes do meu horário, precisei aguardar algum tempo e já comecei a pensar que essa consulta não seria diferente da outra. Ouvi meu nome, entrei no consultório e, para a minha surpresa, dessa vez positivamente, fui recebida com extrema simpatia. Me senti acolhida e uma pequena sensação de esperança atingiu meu coração já aflito. A médica me fez diversas perguntas sobre minha história pregressa além das clássicas, como: “O que eu estava sentindo? Quando os sintomas começaram? Qual a frequência? E faz uso de alguma medicação?”. Ela me ouviu, não me interrompeu e não julgou nada do que eu disse como irrelevante.

Para a minha surpresa, positivamente mais uma vez, a alergologista pediu para que eu me sentasse na maca para que ela pudesse realizar o exame físico. Incrédula, concordei. Ela aferiu minha pressão, auscultou meus batimentos, examinou ouvidos, boca, garganta, nariz... Senti que ali estava alguém realmente disposto a cuidar de mim, a saber o que estava acontecendo comigo e a me ajudar a resolver o problema que me incomodava. Começamos, então, o teste de alergia. Ela me explicou pacientemente todas as etapas do processo, com uma linguagem acessível e se preocupando sempre em sanar minhas dúvidas. Ao final, os resultados foram explicados com a mesma boa vontade e paciência.

Com os resultados em mãos, a médica prescreveu a medicação que eu precisava tomar, tendo o cuidado de diferenciar aquelas que eu tomava continuamente daquelas exclusivas para as crises alérgicas. Achei que era isso, que a consulta tinha chegado ao seu fim. No entanto, a alergologista começou a falar uma série de recomen-

dações e orientações: me orientou sobre como deveria realizar a limpeza da casa, esclareceu a importância do uso de produtos hipoalergênicos como travesseiro e colchão, me explicou sobre a convivência com animais domésticos, atentando-se ao fato de eu ter um cachorro em casa, e aconselhou o uso de medicamentos dermatológicos para tratar algumas lesões de pele decorrentes da alergia.

Quando a consulta realmente terminou, ao sentir a porta se fechando atrás de mim, me deparei com uma sensação de acolhimento e de que eu tinha recebido a atenção que eu precisava. O exame físico, o teste de alergia, as explicações e a oportunidade de tirar dúvidas abertamente foram pontos essenciais para que eu me sentisse segura. As recomendações e orientações fizeram eu me sentir amparada e preparada para lidar melhor com as crises alérgicas. Foi então que eu percebi que aquilo era, com toda certeza, o exercício da medicina.

Depois de algum tempo, já em casa, comecei a pensar sobre essas duas experiências que vivi e o abismo que as separa. Conforme me lembrava dos detalhes, percebi que, com o primeiro médico, a sensibilidade, a confiança no paciente, o olhar livre de julgamentos e preconceitos e o pensamento no bem-estar de quem era atendido eram aspectos que não estavam presentes. Em comparação, no segundo momento, a médica trouxe todo o acolhimento e escuta ativa que havia faltado. Os atos de não julgar e ter paciência para explicar os conceitos, especificidades do meu caso e resultados numa linguagem em que eu pudesse entender e tirar minhas dúvidas foi fundamental para que eu me sentisse confiante e cuidada. Cheguei à conclusão de que o exercício da medicina se encontra nos detalhes, e são exatamente esses detalhes que separam o bom médico e o médico ruim.

A DUALIDADE DO CUIDADO MÉDICO: ENTRE A INSPIRAÇÃO E O CONTRAEXEMPLO

Sara Cangussu Braga
Gabriel Marcelino Barbosa



I. Relato “Bom Médico”

Minha primeira percepção da presença de um médico veio aos 4 anos de idade. Antes, sei que consultei diversos outros, com os quais também tive experiências positivamente marcantes. Porém, foi com essa tenra idade que tive o meu momento mais impactante com a figura de um médico e, por meio desse profissional, minha visão sobre a medicina.

Após a realização da minha cirurgia para tratamento de hidronefrose bilateral¹¹, em uma cidade próxima à minha, fui encaminhada à capital, Belo Horizonte, para acompanhamento das minhas funções renais. Após cerca de 8 horas de viagem e abrigo em uma “Casa de Apoio”, minha mãe e eu éramos encaminhadas ao Hospital das Clínicas, para enfrentar uma clássica fila do Sistema Público de Saúde brasileiro e, após escutar nomes de colegas pacientes dos quais ainda hoje me lembro, chegávamos à consulta. Tudo se apresentava como uma preparação para o momento da consulta. Afinal, havíamos nos transladado por quilômetros, deixado compromissos, viajado horas em cadeiras desconfortáveis e esperado em ambientes sem nenhum entretenimento durante toda uma noite, para realizar esse procedimento. Toda uma jornada para encontrar o “meu médico”.

Antes de qualquer coisa, recordo-me de como eu e minha mãe éramos apresentadas aos residentes de forma humanizada. Naquele ambiente nunca me percebi como um “objeto” de treinamento deles, afinal era introduzida com nome, idade, o local onde

11. Dilatação do sistema coletor renal que pode ocorrer na criança devido a processos obstrutivos do trato urinário (PIÇARRO; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

morava e o curso que pretendia cursar: Medicina. Meu médico fazia questão de contar esse detalhe com o claro orgulho de saber que havia influenciado essa escolha, e era nesse momento que recebia conselhos sobre o foco, parabenizações pela escolha, perguntas sobre como havia chegado a essa opção, e também as boas-vindas por ser uma futura colega de profissão.

Cerca de 15 anos depois, encontro-me no caminho próximo ao daqueles residentes que tanto admirei, e me vi estudando sobre as linhas éticas da prática médica, entendendo sobre as normas de cuidado e atendimento que a medicina propõe, concomitantemente ao atendimento clínico e aprendendo a transpor a realidade do paciente ao mais próximo possível do uso da profissão. Diante dessa perspectiva, o entendimento de que a hipótese de um diagnóstico e o exame de uma possível patologia – administrados por nós, futuros profissionais de saúde – perpassa pela vida de uma pessoa e daqueles que pertencem ao seu círculo de convívio, torna-se uma intersecção daqueles momentos vividos entre minha mãe e eu, em minha infância, com o meu curso atual. Todas as condutas da medicina que venho aprendendo até esse momento são teorias que foram exemplificadas pela prática desse “bom médico” em minha história de vida, e que juntas (teoria e prática) formaram uma base de conduta na qual a ética e as normas de cuidado se tornaram a referência primordial de atuação: sempre levando em consideração a individualidade de cada paciente.

Dessa maneira, o relato do bom médico se trata, na realidade, de um médico que me mostrou, antes mesmo que eu tivesse contato com as bases de ensino, a ética e o cuidado que a profissão propõe. Ao se importar com nível de cansaço da paciente e da acompanhante, lembrar-se de nossas realidades, dispor-se a explicar os resultados de meus exames, o porquê da mudança na medicação, ou até mesmo como funcionava um rim e como minha patologia havia afetado esse órgão, o médico ingressou em minha vida sem instalação de uma hierarquia, na qual o paciente é inferiorizado diante da figura do médico. Formou-se, nessa experiência, a minha

visão particular de uma relação médico-paciente de cunho bilateral e igualitária, com trocas e sem fixação de posições “menos importantes que a outra”, visão esta que trago até os dias hodiernos, onde já me encaminho para estar do outro lado da relação.

2. Relato “mau médico”

O pior médico que me atendeu, infelizmente, possui especialidade que desconheço. Tudo ocorreu a partir de uma crise psicológica que tive há quase seis anos atrás. Essa exacerbação teve como fundamento pesos e aflições psicossomáticas que sempre me acompanharam durante a vida, contudo, à época, como já é de se esperar de um adolescente em fase de vestibulares, existia uma pressão externa e própria colocada sobre meus ombros. Fator esse que tornou tudo extremamente mais difícil.

Em primeiro lugar, as coisas começaram a “sair do lugar” quando iniciei meu terceiro ano do ensino médio. Tinha uma mentalidade que, hoje, reconheço como motivo de uma grande fadiga psicológica e relacional vivida por mim. Só pensava em tirar o máximo do momento que tinha para estudar, sendo que esse “momento” eram dias inteiros, semanas inteiras, meses. Ao mesmo tempo em que ia me esquecendo de que também existia uma parte viva em mim, a qual necessitava de muitas outras facetas relacionadas ao convívio e desenvolvimento humano, como sair, ver amigos, aproveitar a vida.

Assim, fui vivendo dia após dia durante meu ano de formatura do ensino médio (formatura que nem sequer participei das comemorações). Contudo, como estava fechado para muitas coisas, acreditava ser a única maneira viável para conseguir manter meus estudos e entrar no curso superior que pretendia. Além disso, também estava em conflito com essa escolha que deveria tomar, especialmente a do curso que iria pleitear no vestibular. Enfim, uma bolha social havia surgido e crescido ao meu redor, sendo eu o motivo para ela existir.

As coisas começaram a ficar desagradáveis a partir do meio desse ano. Entrei numa fase em que tudo estava me saturando, inclusive o próprio estudo. Ao passo que a pressão sobre os vestibulares começou a tornar-se mais forte e evidente.

A partir dos meses de setembro e outubro, as coisas estavam praticamente insuportáveis para mim, tudo tinha muito peso e complicações. Apesar disso, “segurei a barra” e segui para as provas que começaram em novembro. A essa altura, havia optado por prestar Direito, já que Medicina poderia ser algo além da minha capacidade.

Dessa forma, ocorreram as provas e toda a passagem do ano de 2013 para 2014. E, no início do novo ano, o princípio da crise psicológica começou a ficar mais nítido. Acabei tendo resultados abaixo dos esperados por mim, mesmo passando em mais de uma universidade. Isso quebrou meus últimos e fracos pilares mentais. Foi quando minha ansiedade virou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo)¹², além de haver o desencadeamento de crises de pânico¹³.

Foi em uma dessas crises, na verdade a mais forte, que procurei ajuda médica. Era sábado, dentro de um final de semana comum, e eu, apesar de ter passado o dia com coisas fora do mundo dos livros, me sentia angustiado. No final da tarde, fui caminhar no meu bairro e voltei para jantar, iria sair com os amigos pela primeira vez nesse ano, já que havia ficado em casa quase todos os finais de semana do ano anterior. Tomei banho e me sentei à mesa para jantar. Mas, no momento em que levei a primeira garfada de comida à boca, meu coração disparou muito forte. Fiquei desesperado.

Nesse momento, saí da cozinha, lugar onde ficava a mesa de jantar, e fui correndo para a sala, onde se encontravam meus pais.

12. O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente (ROSARIO-CAMPOS; MERCADANTE, 2000).

13. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Avisei minha mãe aos gritos de que estava me sentindo mal e quase imediatamente ela se levantou e veio na minha direção. Me lembro como se fosse ontem a cara de susto que ela fez ao colocar a mão no meu peito e dizer para irmos rápido ao pronto-socorro.

Ao chegarmos no pronto-socorro, sentei em uma das cadeiras da sala de espera e aguardei meus pais comunicarem à atendente sobre o que estava acontecendo. Assim feito, logo fui encaminhado para a triagem, ainda sentindo meu coração bater muito rápido e extremo mal-estar. Após aferir minha pressão e frequência cardíaca, a enfermeira me enviou direto para a sala de emergência. Estava com ambos indicadores muito elevados.

Fiquei durante algum tempo deitado sozinho na maca. Logo após, chegaram enfermeiras dizendo que iriam realizar um eletrocardiograma e que era para eu manter a calma. O procedimento foi feito e novamente aguardei.

Após a espera, ainda nervoso e mal, chegou o médico. Não houve apresentações, ele foi direto ao que “interessava”, a leitura do registro do eletrocardiograma. Depois disso, me disse um “oi”, além de falar que estava tudo certo e me perguntar se eu havia usado drogas. Neguei o uso de qualquer substância que poderia ter sido a causa daquilo, a qual, inclusive eu, desconhecia no período. Assim, ele resolveu que me daria um “calmante” e que era “para tomar um soro e ir embora”. E foi isso, só isso. Por esse motivo desconheço sua especialidade, como mencionei no início, inclusive desconheço seu nome.

Ao retornar para casa, já passada a crise, tudo começou a ficar extremamente pesado para mim, inclusive, tarefas pequenas do dia a dia, como amarrar um tênis, não eram mais simples. Entrei em severa síndrome do pânico. Fiquei voltando ao pronto atendimento com queixas de alteração dos batimentos e mal-estar praticamente 6 ou 7 vezes no período de duas semanas, até meus pais notarem que algo estava errado e não era físico, mas mental.

Com isso, fui encaminhado a um psiquiatra. Tive uma consulta esclarecedora e condutora em diversos sentidos e, a partir dela,

pude notar o quão necessário seria um atendimento minimamente humano no dia da minha primeira crise, para que outras pudessem ser evitadas. Da mesma maneira, consegui iniciar o processo de reconhecimento da real causa das alterações que vivia sofrendo.

Por fim, acredito que exista a necessidade de apelo humano para qualquer profissional da área da saúde, a fim de que não somente seja exercida uma técnica formal para a cura, uma vez que o ser humano é multifatorial e complexo, exigindo, assim, um tratamento que cerque diversos aspectos de sua existência para a condução a essa resolução de suas aflições. Portanto, desejo que esse relato também possa me inspirar, hoje, como estudante de medicina, e inspirar quem esteja responsável por cuidar do sofrimento de outro alguém.

REFERÊNCIAS

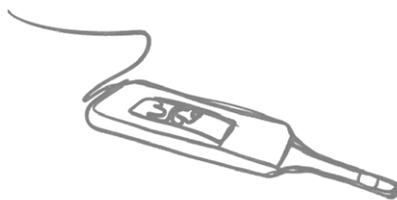
PIÇARRO, Clécio; SILVA, José Maria Penido; OLIVEIRA, Eduardo Araújo. Hidronefrose na criança. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 61-65, fev. 2014. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/624>. Acesso em: 14 fev. 2022.

ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição do; MERCADANTE, Marcos T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**, v. 22, (suppl 2), p. 16-19, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600005>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SALUM, Giovanni Abrahão; BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. Transtorno do pânico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]**, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000200002>. Acesso em: 14 fev. 2022.

DESTRUIÇÃO DA ESPERANÇA: A HOSTILIDADE DA (ANTI)MEDICINA

Cecília Santos de Brito
Ellen dos Santos Brito



“O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito...”, disse outrora a grande médica e ativista pela liberdade, Nise da Silveira (PRADO, 2016, p. 482). A partir dessa frase, entende-se que, na clínica, é necessário não só estar presente fisicamente, mas sim por completo – a única maneira de acessar o mais intrínseco no universo do outro, o “paciente”, com todas as suas subjetividades. Assim se gera o cuidado, no ato de se encontrar, na reversão das relações de poder instituídas pela sociedade, na ruptura com o modelo biomédico (CASTANEDA, 2019). Pois saúde é sinônimo de vida, e a única forma de fazer brotar a vida é regando os laços interpessoais com aceitação, escuta, acolhimento.

Infelizmente, poucos são os médicos que tomam como premissa o verdadeiro sentido da palavra “cuidado”, que é próprio da existência humana em todas as suas dimensões (HEIDEGGER, 2002) e mais do que um ato, seria uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999). Seja por um estilo de vida contemporâneo no qual o tempo líquido (BAUMAN, 2007) regula os atendimentos, seja por uma formação médica compartimentalista (RIEHELMANN, 2000), em que se é direcionado a enxergar apenas o que “está quebrado” (sem considerar como isso afeta a totalidade), ou mesmo pela necessidade de expor suas opiniões pessoais, o ato do trabalho em saúde (MERHY, 2002) muitas vezes é deteriorado a ponto de não trazer benefícios para nenhum dos dois lados.

E, por mais que o médico possa seguir atendendo centenas de outros pacientes após aquele encontro tão desastroso no sentido de humanidade e talvez até esquecê-lo, é um acontecimento que pode ter marcado permanentemente a história do indivíduo, o qual, no lugar de ajuda, recebeu críticas, desprezo, comentários inapropriados que reverberam séculos de uma prática médica falha, cruel e intolerável. É o caso da narrativa da jovem ficticiamente apelidada de Lauren Bastos, que descreve um médico que falhou miseravelmente ao exercer uma “Medicina” preconceituosa e hostil.

Lauren é uma menina que sempre foi muito inteligente, dedicada em suas atividades, próxima de seus amigos e de sua família. No último ano do ensino médio, aos 17 anos de idade, começou a sentir dificuldade para se concentrar nas aulas, dormia na escola, afastou-se de seus amigos e se sentia angustiada, sempre com uma sensação ruim, alimentando pensamentos autodestrutivos, sem saber ao certo o porquê. Além disso, começou a sentir uma raiva muito grande e a ficar estressada com aqueles que mais a amavam, seus pais, que não sabiam o que estava acontecendo e nem como ajudá-la.

Diante dessa situação, o desespero de Lauren crescia ainda mais. Como fazer para voltar a ser quem era antes, se mal podia compreender o que se passava com sua cabeça e seu corpo naquele momento? Não tinha motivação para estudar, para ligar para suas amigas e pedir ajuda... não tinha motivação para viver. Depois de muitos e muitos dias na grande solidão que sentia, Lauren tirou forças de onde nem ela sabia que acharia e foi com seus pais a um neurologista. Ao passar por algumas consultas e exames, foi diagnosticada com hipersonia¹⁴. Ela ficou aliviada por descobrir que parte do que drenava a sua energia tinha sido descoberto. Agora, e o outro lado da história? Toda a angústia, a apatia, o medo? Após uma longa conversa com seu neurologista, Lauren foi encaminhada-

14. Hipersonia: refere-se a uma propensão aumentada ao sono com uma compulsão subjetiva para dormir, tirar cochilos involuntários e ataques de sono, quando o sono é inapropriado (BITTENCOURT et al., 2005).

da a um psiquiatra altamente elogiado e renomado em sua cidade. Nesse momento, sentiu algo que por muito tempo achou não ser mais capaz de vivenciar. Lauren sentiu esperança.

No dia da consulta, a jovem menina sentia que finalmente seria ouvida por alguém que entendia o que ela estava passando e que poderia ajudá-la a sair daquela situação de languidez aparentemente infinita. Ao entrar no consultório, nada de incomum: muitos pacientes aguardavam na sala de espera e ela imaginou estar no lugar certo. Infelizmente, aquele definitivamente não era o espaço adequado às necessidades de Lauren. Assim que foi chamada à sala, ainda crédula em um bom atendimento, ela deu bom dia e se sentou na cadeira que o médico indicou. Percebeu que foi observada da cabeça aos pés e se sentiu um pouco desconfortável, mas preferiu ignorar.

A conversa começou com perguntas acerca do seu dia a dia, da escola, da família e dos seus sentimentos. Lauren contou abertamente sobre o que estava passando: a questão de dormir muito nas aulas devido à hipersonia, a dificuldade de se concentrar, a recente instabilidade de seu humor, a angústia e raiva com que lidava diariamente. Além disso, abordou o fato de ter se afastado um pouco de seus amigos e a grande impaciência ao lidar com os pais. Mencionou que não sabia o motivo de estar se sentindo desse jeito, e do medo relativo a nunca mais voltar a ser como antes e ao sentimento desconcertante de que precisava encerrar sua vida para aliviar o sofrimento. Ou seja, Lauren verdadeiramente confiou naquele profissional – que imaginava ser o único a poder ajudá-la – e abriu seu coração para ele, contando as inseguranças e temores mais profundos que a perseguiram dia e noite, sem cessar.

O psiquiatra observou-a e escutou enquanto fazia algumas anotações sobre o que lhe era dito, mas Lauren percebia um olhar cada vez mais crítico, que a fazia se sentir progressivamente desconfortável. Ao fim de sua fala, começou o protagonismo do “profissional” da saúde, e com ele o motivo de se escrever esta narrativa. Pensa-se que pessoas que se especializam em Psiquiatria, uma área

que envolve diretamente a mente e o inconsciente do ser (SILVEIRA, 1982) – algo que muitas vezes não é entendido nem mesmo pelo indivíduo em questão – tenham maneiras mais humanas e acolhedoras de se aproximar do paciente, que eles realmente buscam um vínculo, são mais cuidadosos com suas palavras e atitudes. Pois bem, neste caso ocorreu o contrário. De uma maneira sutilmente perversa, o médico perguntou se Lauren havia tentado contatar seus amigos e controlar seu humor: “Mas você não tem vontade de estar com eles? Se você não entrar em contato, eles não vão te procurar, pois você afastou todos! Talvez eles estejam com medo de sua atitude...”.

A jovem não conseguia crer no que havia acabado de escutar. Sentiu-se subitamente deslocada, e o pior, culpada, como se tudo pelo que ela estivesse passando fosse de uma resolução tão simples quanto ligar para um amigo. “Não” – disse Lauren –, “não tenho vontade de ligar para meus amigos, por mais que no fundo eu queira muito. Faltam-me forças e motivação. Quanto ao meu humor, já tentei várias vezes respirar fundo antes de ‘explodir’, mas nunca consigo me controlar. Sinto que está fora do meu alcance. Por isso vim buscar ajuda”. Ao que o médico rebateu: “Mas a principal ajuda tem que partir de você, que é a vontade de mudar. Se você não manifestar isso, eu serei inútil se acreditar que posso interferir em algo”.

Estupefata e com um sentimento de desamparo, Lauren não sabia mais o que fazer e só queria voltar para casa. Sentia-se muito impotente e ingênua por ter depositado suas esperanças naquela pessoa a sua frente. Achava que já tinha escutado o suficiente, mas ele continuou com os comentários. Criticou o seu desempenho escolar, dizendo que deveria se esforçar um pouco mais para não dormir na aula, ou não passaria no vestibular (Lauren hoje estuda em uma das universidades mais renomadas do país), sendo que ela era diagnosticada com um distúrbio do sono que impedia a sua concentração e que já estava sendo abordado farmacologicamente. Como se tudo isso não bastasse, foi perguntado, por fim, se a meni-

na já havia iniciado sua vida sexual, com uma negativa da paciente, à qual o médico respondeu, muito assustado: “Que estranho! Geralmente pessoas da sua idade já têm experiências sexuais”. Lauren não conseguia entender o porquê daquelas opiniões tão invasivas e cruéis, e se sentiu completamente desamparada, culpada e solitária. Depois disso, a consulta já não mais poderia ser benéfica para ela, que percebeu que não poderia confiar em uma pessoa tão preconceituosa e insensível. Ao fim, sentiu-se ainda pior do que quando entrou na sala, decidida a nunca mais voltar naquele local que tão amargamente a recebeu.

Essa situação traumática dificultou muito o diagnóstico de depressão de Lauren, assim como sua abordagem terapêutica, uma vez que a menina ficou com medo de se consultar novamente com um psiquiatra e ir a psicólogos devido à terrível experiência. Ou seja, o acontecimento foi o mais cruel possível: devido a uma prática inadequada e violenta (com posturas, atos e falas do médico), Lauren passou a desacreditar na possibilidade de cura. A esperança foi praticamente esvaçada. Imprimir a opinião pessoal como neste caso não só dificulta a criação de vínculo, mas também menospreza os sentimentos e vivências da paciente e pode bloquear a criação de vínculos futuros com outros profissionais, impedindo o encontro autopoiético (CECCIM; MERHY, 2009), que é o verdadeiro gerador de vida e de cuidado em saúde.

Após o ocorrido, Lauren encontrou um médico que realmente conseguiu ajudá-la. Entretanto, demorou muito para que sentisse novamente que poderia confiar seus sentimentos de tal maneira a outra pessoa, a um profissional da saúde, justamente pelo medo de ser julgada como anteriormente. O seu tratamento poderia ter ocorrido antes, caso o primeiro médico acessado houvesse abordado a história de Lauren de forma ética e respeitosa.

Por outro lado, ao ser inquirida sobre sua melhor consulta em um serviço de saúde, Lauren afirmou ter ocorrido com sua pediatra e com sua dermatologista. Relatou que ambas foram extremamente atenciosas, respeitaram sua fala e opiniões. Ademais, as duas

realizaram uma anamnese completa e fizeram perguntas sobre inúmeros tópicos que a jovem acreditava serem muito importantes para a abordagem clínica. Por fim, outro ponto chave foi relativo à abordagem: elas explicavam muito bem o que estava se passando, transmitindo confiança, sabedoria e compreensão, devidamente respeitando a autonomia da paciente.

A partir desses relatos, pode-se compreender que, para um verdadeiro trabalho em saúde, vivo em ato (MERHY, 2002), conhecimentos acumulados pelo profissional – tecnologia leve-dura (MERHY, 1997) – são insuficientes (FEUERWEKER, 2014). Além deles, é impreterível o papel das tecnologias leves, baseadas em um caráter relacional, de vínculo e aproximação, em que a forma de agir do sujeito médico e do sujeito paciente são mutuamente consideradas e afetadas. Nessa interseção se forma o cuidado (MERHY; FRANCO, 2003). Ou seja, apenas quando o médico adota uma postura de equidade, receptividade, reconhecimento, respeito, alteridade, interesse e disposição (as verdadeiras definições de “profissionalismo”) (ALMEIDA; RIBEIRO-JUNIOR, 2010), o acolhimento nos serviços de saúde é de fato produtor de encontros e, por conseguinte, proporcionador de saúde.

Como estudante de Medicina, esse relato me atravessou de diversas maneiras, proporcionando reflexões bastante profundas. Fico impressionada (negativamente) quando ouço tais histórias, pois não são poucas, e as pessoas que realizam essa prática médica desumana passaram por onde eu atualmente passo – o ambiente acadêmico –, o que me traz uma certa angústia de possivelmente conviver com pessoas que futuramente venham a propagar tais violências. Por isso, penso que tenho a responsabilidade – atualmente como estudante, futuramente como profissional e sempre como ser humano – de acolher as vítimas de violências médicas (sejam psicológicas ou mesmo físicas) e de lutar contra a repetição desses acontecimentos nos meus ambientes de estudo e trabalho. Felizmente, em nossa faculdade e especialmente entre meus colegas de turma, muito se discute acerca da relação médico-paciente. Além

disso, nossa formação é bastante humanizada, o que acredito ser o primeiro passo para evitar que casos como o relatado aconteçam no futuro. Muito disso se dá graças à disciplina de Saúde da Comunidade, que nos introduz em uma ótica de equidade, vínculo, escuta, cuidado, integridade e autonomia do paciente. Uma disciplina eletiva que não posso deixar de citar é a de “Marcadores Sociais da Diferença em Saúde”, que nos faz refletir sobre a interseccionalidade entre raça, gênero, sexualidade, idade e condições socioeconômicas do indivíduo e as repercussões em sua vida e na abordagem pelos serviços de saúde.

Ao escrever este capítulo, tive a oportunidade de pesquisar muito sobre a medicina biopsicossocial (ENGEL, 1977) e os conceitos e ações que a permeiam, o que me faz ter a certeza de que estou no caminho certo e de que sempre buscarei uma prática médica baseada na comunicação, no encontro, na escuta e na liberdade. Segundo Nise da Silveira, citada por Marques (2019, p. 6), “é necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”, e textos como este, ainda que nos assustem e nos angustiem, são ferramentas essenciais para essa mudança de paradigmas e, conseqüentemente, do cenário do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Débora Vieira de; RIBEIRO-JUNIOR, Nilo. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. **Bioethikos**, [São Paulo], v. 4, n. 3, p. 337-342, 2010.

BAUMAN, Zygmunt. **Liquid Times: Living in an Age of Uncertainty**. Cambridge: Polity Press, 2007.

BITTENCOURT, Lia Rita Azeredo *et al.* Sonolência excessiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 27, suppl 1, p. 16-21, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000500004>. Acesso em: 21 jan. 2022.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

CASTANEDA, Luciana. O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsiossocial: aprender para agir. **CoDAS**, [S. l.], v. 31, n. 5, p. 1-2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018312>. Acesso em: 21 jan. 2022.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Intense micro-political and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, [S. l.], v.13, supl.1, p. 531-42, 2009.

ENGEL, George Libman. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, [Washington, DC], n. 196, p. 129–136, 1977.

FEUERWEKER, Laura Camargo. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Parte 1.

MARQUES, Thatiana Ayres. **Nise da Silveira: aproximações entre direitos humanos e saúde mental dos pacientes.** 2019. 120 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2019.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

PRADO, Lídia Reis de Almeida. Nise da Silveira e o Mundo das Imagens. **Passages de Paris**, [S. l.] v.13, p. 482-492, 2016.

RIECHELMANN, José Carlos. Medicina psicossomática e psicologia da saúde: veredas interdisciplinares em busca do “elo perdido”. *In*: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). **Psicologia da saúde.** São Paulo: Pioneira; 2000. p. 171-99.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do Inconsciente.** Rio de Janeiro: Alhambra Editora, 1982.

QUANDO O RUIM ME ENSINOU O QUE NÃO QUERO SER E O BOM REFORÇOU A MINHA VISÃO DA MEDICINA



Lara Satler Cosmo de Resende

Neste capítulo, vamos apresentar a história de Maria, em primeira pessoa, para que haja uma proximidade maior com você, leitor dessa narrativa.

Maria é uma jovem que vai a um exame de rotina, que seria rápido e simples, mas que dura até hoje, em forma de angústia e revolta, devido à violência sofrida. Contudo, além da violência sofrida, também houve aprendizado. Como Maria sempre soube que queria fazer Medicina no futuro, tomou a médica que realizou o procedimento como exemplo. Do que não queria, de maneira alguma, ser enquanto profissional.

1.1 Quando o ruim me ensinou o que não quero ser...

Era uma sexta-feira. Eu tinha 16 anos. Meus pais tinham ido viajar. Fazia umas 2 semanas que tinha marcado um ultrassom transabdominal¹⁵ que a ginecologista havia pedido para fazer. Era a segunda vez que eu fazia esse tipo de ultrassonografia. Tinha que estar com a bexiga cheia para o exame, então tinha que beber muita água. Para isso, devia beber meio litro de água, uma hora antes.

A consulta era às 16h30min, minha aula acabava às 13h30min. Minha casa era longe da escola. Peguei um ônibus, cheguei em casa às 14h30min. Tinha um recado do consultório falando que a médica tinha remarcado a consulta para às 15h30min. Adiantaram uma

15. Ultrassom transabdominal: técnica de imagem feita através da parede abdominal, não utilizando radiação, que permite a visualização de órgãos contidos no abdome e avaliação de possíveis doenças na região (KURZWEIL; MARTIN, 2021).

hora, não perguntaram se eu podia. Só deu tempo de trocar de roupa e tomar 2 copos de água, dando aproximadamente 500 mL.

O ônibus foi sacolejando e cada quebra-molas que passava era uma tortura. “Devia ter colocado absorvente para um eventual contratempo?” (Eu pensava).

Cheguei no consultório às 15h30min em ponto. Enquanto a secretária passava o cartão do plano de saúde, tomei mais 6 copos de água, daqueles de plástico que tem 200 mL. Então, $6 \times 200 = 1,2$ L. 1 litro, considerando que nem todos os copos estavam totalmente cheios. Hoje eu sei que era necessário apenas a quantidade que já havia ingerido em casa, mas na época não fui orientada sobre a quantidade de água que deveria beber, então tomei o máximo que consegui.

A secretária falou que agora era esperar. “Mas não tinham adiantado 1 hora?” (Eu pensava).

Passaram 10 minutos, nada.

20 minutos, toda hora chamava alguém, menos eu.

30 minutos, tenho certeza que tem 100 litros de urina na minha bexiga.

40 minutos, meu Deus, eu preciso de uma fralda.

50 minutos, se eu respirar, já era.

1 hora depois, às 16h30min, que era o horário que eu tinha marcado inicialmente e que me comunicaram que era para chegar 1 hora mais cedo (afinal, era uma sexta-feira à tarde), eu ouvi: “Maria, pode entrar”.

Cada passo era um teste de resistência diferente.

Sozinha, entrei e cumprimentei a médica. Deitei e ela passou o ultrassom na minha barriga. Passou mais forte.

Médica: Você bebeu água?

Maria: Sim, mais de 1L! Tô morrendo de vontade de fazer xixi.

Médica: Não tem nada nessa bexiga.

Maria: Ué???

Médica: Vamos fazer assim, você vai lá pra fora, bebe mais água e fica em pé, daqui a pouco eu te chamo de novo. Se não der certo, a gente vai ter que remarcar para outro dia
Maria: Ok! Tudo bem.

Tomei mais 6 copos de 200 mL de água com muito esforço. Com muita vontade de ir ao banheiro. Sem aguentar tomar nem uma gota a mais. Em pé, do lado do filtro de água.

Pelas minhas contas, foram mais de 2,5L de água em 2 horas. Não aguentei, corri para o banheiro prendendo a urina, mas acabei vomitando água. Muita água. Só água, até porque não deu tempo de comer nada.

Meia hora depois, a médica me chama de novo. Nem lembro direito o que ela falou, porque estava muito concentrada em prender a urina, afinal, tinha que voltar para casa de ônibus, sozinha, e se deixasse “escapar” (a urina), ia ter que voltar toda molhada para casa. Ela me avisou que eu era a última, que não tinha mais ninguém esperando para ser atendida por ela além de mim.

Deitei, ela começou a passar o aparelho na região do hipogástrio¹⁶ e falou novamente que não tinha líquido na bexiga, bastante irritada. Muito timidamente, falei de novo que eu não sabia o que estava acontecendo, porque eu estava com muita vontade de ir ao banheiro e havia tomado tanta água que cheguei a vomitar. E que se ela achava que não tinha como realizar o exame naquele dia, a gente poderia fazer o que ela havia sugerido e remarcar para a próxima semana.

Ela simplesmente não me respondeu e passou o aparelho com mais força, não só me machucando como aumentando ainda mais a minha vontade de urinar. Não falei mais nada, pois tive que me concentrar muito para segurar a urina e a vontade de chorar. Senti-me agredida e humilhada.

Não sei exatamente o porquê dessa médica (ou mulher com diploma de medicina) ter feito aquilo. Era simples. Ela mesma havia

16. Hipogástrio ou região púbica: um dos nove planos em que a região do abdome é dividido por conveniência, sendo a parte inferior abdominal, abaixo do umbigo (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

sugerido que, se não surtisse efeito tomar mais água, havia a possibilidade de remarcar a consulta. Entendo que era uma sexta-feira à tarde, que ela estava provavelmente ansiosa para ir para casa, ou viajar, mas não era minha culpa que ela tinha aberto a agenda dela nessa data e nesse horário.

Fiquei pensando também que se minha mãe estivesse comigo, ela teria tido uma postura diferente. E, principalmente, desse encontro, tive um belo exemplo do tipo de profissional que não queria ser.

Fiquei por um bom tempo analisando a possibilidade de denunciá-la para o plano de saúde, mas achei que eles também não iam levar em consideração o que uma jovem tinha para falar e acabei me calando – do que eu me arrependo, pois talvez teria poupado outras meninas e mulheres de passarem por situações semelhantes.

Nessa consulta, que era para ser algo simples e rotineiro, devido a falta de comunicação, falta de empatia, desrespeito, pressa, e até certo grau de violência física por parte da profissional, virou um verdadeiro pesadelo.

Assim que ela acabou o exame, corri para o banheiro e despejei um volume enorme de urina. E passei o resto dessa sexta-feira indo ao banheiro de 5 em 5 minutos, em casa. Mas no exame está lá, na primeira linha: “bexiga pouco repleta”.

Sempre dei preferência por marcar médicas mulheres, especialmente para esse tipo de consulta, mas depois desse episódio, qualquer ultrassonografia que agendo, faço com um médico homem, pois tenho medo de talvez confundir ou esquecer o nome dessa mulher e acabar marcando com ela novamente e passar por situações igualmente desagradáveis.

Nesse “quebra-cabeças” de pessoas e situações que formam a vida de cada indivíduo, as experiências negativas ficam marcadas, mas não são os únicos exemplos que ressoam. E nem devem ser. Referências positivas são igualmente importantes para a construção da ética profissional. Tornam-se metas, objetivos e alvos a serem alcançados.

1.2 E o bom reforçou a minha visão da Medicina

Por ter um fluxo menstrual muito intenso e cólicas menstruais muito fortes, acabei tendo que começar o uso de anticoncepcional oral aos 15 anos. De fato, melhorou muito a situação das cólicas (que eram bastante incapacitantes), mas acabei desenvolvendo um quadro de enxaqueca associado ao uso contínuo da medicação.

No início, eu nem conseguia perceber essa enxaqueca, achava que estava apenas tendo dores de cabeça mais frequentes. A intensidade era baixa, e o uso de qualquer analgésico cessava essa dor.

Até que um dia, tive uma dor de cabeça muito súbita, com intensidade alta, associada com parestesia¹⁷ e hipoestesia¹⁸ e um pouco de confusão mental, em que eu achei que estava tendo um acidente vascular cerebral¹⁹ e passei mais de cinco horas no hospital, fazendo uso de medicação intravenosa, sem melhora.

Minha mãe também tinha enxaqueca (que também só apareceu após o início do uso de anticoncepcional oral), então deduzimos que esse fosse o problema. E como não conseguia ficar sem o anticoncepcional oral (ACO) por conta das cólicas menstruais, me vi condenada a ter que viver com enxaquecas esporádicas.

Essas enxaquecas, com o passar dos anos, foram aumentando de intensidade e frequência, já não cessando com o uso de qualquer analgésico. Já ficava ansiosa por não ter nenhum remédio por perto, na expectativa de ter um episódio e não ter nada para aliviar a dor.

Após um segundo episódio, no qual foi preciso ir à emergência de um hospital, procurei um neurologista, mas sem muitas esperanças de mudança do quadro e sem muitas expectativas.

Cheguei ao consultório, o médico me atendeu no horário (que é o básico, mas levando em conta as minhas próprias experiências, é raro). Passei quase uma hora dentro do consultório. Uma

17. Parestesia: perturbação da sensibilidade, como queimação, formiguelo, picada ou dormência, geralmente causada por lesões no sistema nervoso central ou periférico (MOON et al., 2012).

18. Hipoestesia: diminuição da sensibilidade (MOON et al., 2012).

19. Acidente Vascular Cerebral: déficit focal neurológico com desenvolvimento rápido de sintomas, de causa vascular. Sigla: AVC (WARLOW, 1998).

anamnese completa, escuta atenta, levou em conta vários aspectos da minha vida. Fez questão de me explicar como aconteceria o tratamento, possíveis efeitos adversos do remédio e que, se não funcionasse como esperado, haveria alternativas possíveis e me explicou essas também.

Com a pandemia, no ano passado, minha vida e rotina mudaram totalmente e passei a ter crises mais intensas e mais frequentes ainda. Aliada com a ansiedade, eu passei a pensar que talvez tivesse um problema mais sério do que uma enxaqueca e fiquei desesperada.

Agendei uma nova consulta, e relatei tudo que estava acontecendo. Ele alterou a dose dos remédios, além de levar em consideração a ansiedade intensa que estava vivendo também. Explicou-me o porquê de não ser nada mais grave, mas passou uma ressonância magnética de crânio para fazer, somente se eu sentisse a necessidade, para me tranquilizar.

Ao contrário da médica do outro relato, esse profissional me inspirou e se tornou uma meta da medicina que eu quero praticar no futuro. Sua atenção, com sua escuta qualificada, a empatia que teve comigo em todas as consultas, o tempo despendido em cada uma dessas, a paciência que teve em me explicar tanto os tratamentos como os exames e a calma como ele lida com toda a prática são grandes qualidades que eu almejo para mim, enquanto futura médica e estudante de medicina.

Desde o primeiro período da faculdade, ouvimos e estudamos muito sobre as tecnologias leves, leve-duras e duras na medicina, e o quanto todas elas são de extrema importância para uma prática médica eficiente (MERHY, 2002). Quando me deparo com casos de médicos que são considerados ruins pelos pacientes, normalmente vejo que os erros se concentram, em grande parte, na falta das tecnologias leves, na postura do profissional para com o paciente, que muitas vezes já está numa situação delicada, seja pelo desconforto do exame, pela sintomatologia que está tendo ou pelo prognóstico que já possui.

A base teórica, o conhecimento adquirido sobre a fisiopatologia das doenças e os recursos materiais são essenciais para uma prática eficiente e satisfatória, mas não se deve deixar de lado, em momento algum, a empatia, a escuta e o diálogo com os pacientes, pois são esses “detalhes” que, por diversas vezes, fazem a diferença na vida da pessoa.

REFERÊNCIAS

DRAKE, Richard; VOGL, Wayne; MITCHELL, Adam. **Gray's Anatomia para Estudantes**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

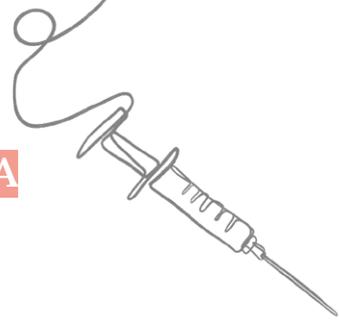
KURZWEIL, Ami; MARTIN, Jennifer. **Transabdominal Ultrasound**. Treasure Island, FL: StatPearls, 2021.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec: 2002.

MOON, Sungjoo et al. Hypoesthesia after IAN block anesthesia with lidocaine: management of mild to moderate nerve injury. **Restorative Dentistry & Endodontics**, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 232-235, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5395/rde.2012.37.4.232>. Acesso em: 16 fev. 2022.

WARLOW, C. P. Epidemiology of stroke. **The Lancet**, [S. l.], v. 352, Special issue, s1-s4, 1998. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)90086-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)90086-1). Acesso em: 16 fev. 2022.

SOBRE SEGURANÇA E ÉTICA



Thaís Maria Paim Oliveira
Ana Carolina de Matos Machado Cunha

O meu primeiro contato com atendimento ao paciente foi através da universidade, na disciplina de Saúde da Comunidade. Com ela, tive a oportunidade de entender sobre a educação médica e como ela se alterou ao longo dos anos, indo de uma ideologia focada na doença para uma voltada ao ser humano, como um ser completo, influenciado por aspectos físicos, econômicos, sociais e ambientais. Outra matéria marcante pela qual passei foi a de Pro-pedêutica Médica, na qual pude estreitar ainda mais a relação com pacientes através da coleta e produção de anamneses. Mesmo em um período realizado de forma online e com as entrevistas ocorrendo a distância, em função da pandemia de COVID-19, foi possível observar como o processo de saúde e doença é influenciado por diversos aspectos.

É extremamente interessante observar que certas coisas consideradas “sem importância” fazem diferença. Aspectos como religiosidade, rede de apoio familiar e não familiar, etnia, gênero, entre outros, estão estritamente ligados a como a doença se estabelece e evolui, e como o tratamento é escolhido e se desenvolve. Nesse sentido, percebemos como o cuidado é algo tão individual, pois cada pequeno detalhe sobre a vida de cada paciente é capaz de guiar, mudar e evoluir absolutamente todos aspectos de sua saúde, alterando nossa forma de abordagem e possibilidades de tratamento.

Nesse contexto, realizei diversas entrevistas e tive a oportunidade de ver e entender esse processo de perto. Cada pessoa que pude entrevistar permitiu uma grande evolução no meu modo de pensar e entender o mundo. Cada um deles me trouxe seu pequeno universo, seu olhar sobre as coisas, ampliando minha visão de forma avassaladora, como nunca pensei que conseguiria alcançar. Dentro desse cenário, conheci a Cláudia – uma mulher forte, traba-

lhadora, que ama a sua família. Ao longo de nossas conversas, tive a oportunidade de conhecê-la cada vez melhor e estreitar meus laços ainda mais com ela. Assim, me veio a ideia de entrevistá-la sobre experiências de atendimento médico, visto que ela frequentemente acompanha seu marido e filhos em consultas, além de se preocupar bastante com a própria saúde, fazendo-me ver nela, alguém com experiência muito valiosa e vasta nesse assunto.

O pior médico que atendeu a Cláudia foi um ginecologista. Era uma consulta sobre dificuldades para conseguir engravidar. A paciente estava aflita, pois teria consulta com um médico homem e estava sozinha. Quando realizou a consulta, o médico constatou, depois de pouquíssimas palavras da paciente, que ela tinha o “útero virado” e, por esse motivo, não podia engravidar. Com isso, ele decidiu realizar um procedimento de inserir os dedos em seu ânus, realizando movimentos brutos, com o objetivo de colocar o útero “de volta no lugar”.

No momento em que esse procedimento estava sendo realizado, a paciente olhou com horror para a enfermeira que acompanhava a consulta, em busca de ajuda e respostas (“Seria isso realmente um procedimento médico?”), mas tudo que recebeu foi um olhar de medo, confusão e preocupação por parte da profissional.

Ao final da consulta, a paciente se retirou o mais rápido possível do local, sem conseguir andar direito, se sentindo violada, com um misto de dor, vergonha e medo. Voltou para a sua casa chorando, preocupada em como contar ao marido sobre o que tinha acabado de acontecer, enquanto permanecia com a única certeza de que jamais voltaria para aquele lugar. Meses depois, a paciente foi a uma consulta com uma ginecologista e comentou sobre a experiência anterior. Para sua surpresa, a médica, com bastante preocupação, explicou-lhe que esse procedimento não existia e que, na condição de um diagnóstico de útero retrovertido, é realizado um procedimento cirúrgico para correção.

Com essa explicação da médica, a paciente constatou o pior dos cenários – o que ela sofreu foi um abuso sexual. O relato aci-

ma foi abordado em meio a muitas lágrimas por parte da paciente que, mesmo depois de 20 anos do ocorrido, ainda sofre com as consequências desse crime. Ela é incapaz de realizar consultas com profissionais do sexo masculino e reduziu bruscamente as consultas de rotina à ginecologia.

Para muitas mulheres, a consulta ginecológica não é uma coisa muito agradável. Falar sobre sua intimidade e a vergonha de expor seu corpo pode causar esse desconforto. Existem muitas pacientes inseguras devido a traumas anteriores, ou por não saberem distinguir entre uma consulta e procedimentos que vão além da ética médica. Tendo em vista essa problemática, a médica Regina Marquezine Chammes, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), elaborou uma explicação simples e direta sobre o exame físico ginecológico e as condutas adequadas relacionadas a ele em uma entrevista ao site *Catraca Livre*. Com isso, a médica relatou que, ao se sentir desconfortável ou suspeitar que a consulta esteja fugindo do normal, a paciente deve pedir para que o ginecologista interrompa imediatamente o procedimento. “Se o médico está encostando alguma parte do corpo dele na paciente ou fazendo algum movimento, está errado”, explicou a médica (CATRACA LIVRE, 2019, s/n).

Segundo a profissional da saúde, a consulta é iniciada com a realização de uma anamnese, que é uma entrevista que o profissional faz com a paciente para saber como ela está, se está apresentando algum sintoma, se está fazendo uso de alguma medicação. Depois disso, ele deve explicar todos os procedimentos aos quais ela será submetida. Deve acontecer uma conversa franca, antes de seguir para o exame físico.

O exame físico ginecológico é realizado posteriormente e engloba o exame das mamas, da genitália externa e da genitália interna. Lembramos que o exame pélvico deve ser realizado após ser explicado à paciente, pois apesar de existirem fatores que justifiquem a sua realização, como alterações menstruais, dismenorrea, corrimentos e dor abdominal inexplicada, a paciente pode se sentir desconfor-

tável, caso não entenda o que está acontecendo durante o procedimento, o que pode ser evitado através do cuidado em explicar como cada “toque” procede (DRUSZCZ; BOTOGOSKI; PIRES, 2014).

Na palpação das mamas, o médico utiliza as mãos para analisar as mamas e identificar possíveis nódulos. Normalmente, a paciente fica vestida com uma camisola ou avental e só na hora do exame é que o médico expõe as mamas. Esse tipo de análise tem fundamental importância para a detecção precoce do câncer de mama (DRUSZCZ; BOTOGOSKI; PIRES, 2014).

Na inspeção da genitália externa, a mulher fica deitada em posição ginecológica, com as pernas apoiadas em um suporte, enquanto o médico faz a observação da parte externa da vagina, a chamada vulva, a fim de identificar possíveis lesões nos grandes lábios. É uma inspeção rápida e não há necessidade da paciente estar totalmente despida; ela deve estar com a parte de cima coberta pela camisola ou avental (DRUSZCZ; BOTOGOSKI; PIRES, 2014).

Na colposcopia, com a paciente em posição ginecológica, o médico utiliza um espéculo vaginal, para fazer a abertura do canal vaginal e visualizar seu interior e o colo do útero. Tudo isso deve ser feito com a higiene adequada e a utilização de luvas. Não deve existir nenhuma manipulação extra por parte do médico (DRUSZCZ; BOTOGOSKI; PIRES, 2014).

O exame Papanicolau é feito no mesmo momento da colposcopia e serve para realizar a coleta de uma amostra de células do colo do útero para análise em laboratório. Para isso, é utilizada uma espátula e uma cerda. A duração desses exames é muito variável, de acordo com a médica Regina Marquezine: “Tem ginecologistas que demoram mais e outros que são mais rápidos, então, não dá para instituir um tempo”, afirmou. “Há ainda alguns médicos que gostam de fazer a escuta cardíaca, medir a pressão e palpar o abdômen, principalmente, se a paciente tiver sentindo alguma dor pélvica”, explicou a médica (CATRACA LIVRE, 2019, s/n).

No toque vaginal e na palpação abdominal, o médico pode introduzir dois dedos na vagina para empurrar o colo do útero para

cima e, com a outra mão no abdômen da paciente, consegue palpar os anexos até o útero. O exame pode ser desconfortável, mas é importante para ajudar no diagnóstico de miomas, cistos, endometriose, alteração no volume dos ovários e forma irregular do útero (DRUSZCZ; BOTOGOSKI; PIRES, 2014).

Esse relato deixa claro a importância do conhecimento básico sobre procedimentos pela paciente. Esse tipo de conhecimento permitiria que a Claudia pudesse ter sido preservada, sem carregar tantos medos, desconfiças e cicatrizes emocionais que perduram até os dias de hoje. Como ela, existem outras mulheres que passaram por situações semelhantes, devido a um médico que foi contra as diretrizes e os ensinamentos sobre Ética, Medicina e Relação Médico-Paciente e usou de seu conhecimento e posição de poder dentro do consultório para cometer esse grave crime, afetando a vida dessa pessoa.

Por outro lado, quando Claudia foi questionada sobre a melhor consulta, ela afirmou que foi a consulta com o pediatra de seus filhos. A paciente relatou que este era extremamente atencioso, compreensivo e direto. A cada consulta, o médico fazia questão de realizar uma anamnese completa e tinha como um excelente diferencial perguntar a Claudia sua hipótese diagnóstica. Quando ela fazia uma observação sobre o diagnóstico, o médico a explicava se sua hipótese estava errada, a partir das informações científicas e, se sua hipótese estivesse certa, ele confirmava e indicava quais os sinais clínicos que confirmavam sua suspeita. Além disso, sempre explicava com muita atenção e cuidado cada tratamento, sendo ele farmacológico ou não. Com isso, a paciente sentia que sua opinião e observação sobre a situação e comportamento dos próprios filhos era valorizada, ela se sentia ouvida.

Segundo o médico sanitarista Emerson Elias Merhy,

[...] quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre

existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém na sua constitutividade, a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro (MERHY, 2002, p. 2).

A partir desses relatos, compreendemos que o ambiente clínico e hospitalar deve ser composto por diversos aspectos e agentes. Criar um ambiente seguro e acolhedor para o paciente é de extrema importância para que o atendimento e o cuidado sejam efetivos (GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004).

Além disso, é preciso entender o valor do conhecimento e da experiência de cada paciente, e como estes podem impactar toda a experiência de uma consulta. Apenas quando a Cláudia se sentiu confortável o suficiente para me contar sobre sua experiência, pude entender sua recusa e dificuldade de realizar atendimentos regulares com um ginecologista e como a abordagem para uma mudança nesse aspecto deve ser cuidadosa e específica. Só assim, pude entender como isso impacta na sua história familiar, quando percebo que esse é o real motivo dela não permitir que ninguém da sua família procure atendimento médico sozinho, impactando a relação médico-paciente de todo seu núcleo familiar. Em outro aspecto, percebo o quanto a valorização do seu conhecimento materno e cuidado, pelo médico, acrescentou valor em cada consulta pediátrica, impactando de forma extremamente positiva o cuidado e o tratamento de seus filhos, estabelecendo experiências positivas na relação médico-paciente dela.

Portanto, devemos refletir sobre a necessidade de melhorar a qualidade da relação médico-paciente, para que possamos promover a satisfação verdadeira do paciente, com o profissional médico atuando como mediador dos processos e procedimentos, incorporando a ética e a segurança, para consolidar essa prática da forma mais eficiente possível no contexto do cuidado humano.

REFERÊNCIAS

CATRACA LIVRE. Saiba quais procedimentos são comuns em uma consulta ginecológica. *Catraca Livre*, 31 jul. 2019. Seção: Bem-estar. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/saude-bem-estar/saiba-quais-procedimentos-sao-comuns-em-uma-consulta-ginecologica/>. Acesso em: 29 ago. 2021.

DRUSZCZ, Renata Maria de Bittencourt; BOTOGOSKI, Sheldon Rodrigo; PIRES, Tania Maria Santos. Semiologia ginecológica: o atendimento da mulher na atenção primária à saúde. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, [S. l.], v. 59, n. 3, p. 144-151, 2014.

GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A Relação Médico-Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica. *Revista brasileira De educação médica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 02, p. 99-105, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.2-014>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MERHY, Elias Emerson. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

SOBRE EMPATIA E COMPETÊNCIA

Ana Carolina de Matos Machado Cunha
Thaís Maria Paim Oliveira



“Então, Deus disse: Faça-se a luz!” (BÍBLIA SAGRADA, 2010) e não é mera coincidência que o parto seja chamado de “dar à luz”. Alice Pereira, doutoranda em Literatura Comparada pela Universidade Federal Fluminense, discute a dimensão da gestação e do parto, que coloca as mulheres em um lugar equiparado somente ao poder criador de “uma força transcendental inigualável” (PEREIRA, 2021, p. 188). A maternidade, assim como as etapas pelas quais a mulher passa durante este momento em específico, é uma responsabilidade enorme e, muitas vezes, um momento de grande anseio para a vida feminina. Ora como surpresa, esperada de braços abertos; ora fonte de aflição, uma vez que ainda há ocorrência da imposição do papel de “mãe” pela sociedade sobre as mulheres, acarretando sentimentos de culpa e de frustração, como se só houvesse a realização feminina através da maternidade (RESENDE, 2017).

Conto, então, o caso da jovem senhora Gabriela, que tinha somente 22 anos quando, em 1971, deu à luz ao seu primeiro filho, Alberto. Depois de alguns anos, teria mais um menino e uma menina; mas o primeiro parto foi o que mais marcou a vida de Gabriela. Infelizmente, a experiência da jovem a marcou de forma negativa, conforme relatou-me em uma atividade acadêmica sobre a importância da relação médico-paciente, da disciplina de Propedêutica Médica.

As consultas de pré-natal foram feitas com o médico que acompanhava toda sua família e a animação para a chegada do novo integrante não era escassa. Mas no dia D, quem estava de plantão era outro médico. Durante o longo parto, após incontáveis horas de força e dor, o médico responsável identificou complicações que, em sua opinião profissional, necessitavam da utilização do fórceps

e da episiotomia²⁰. No decorrer do procedimento, ele se dirigiu ao auxiliar dizendo: “Não era aí que era para cortar”; fala inapagável da mente da jovem mãe, que estava sem acompanhantes na sala de parto (a Lei do Acompanhante²¹, que dá à gestante o direito da presença de um acompanhante durante todo o período do parto, passa a valer somente a partir de 2005). Após o nascimento de seu filho, dona Gabriela ainda permanecia sangrando na cama da sala de parto, quando sua mãe entrou desesperada no local pela demora em receber informações. O resultado das intervenções realizadas de forma equivocada foi uma transfusão de sangue que infectou a paciente com Hepatite C.

Essa situação aconteceu há mais de 50 anos e, apesar das mudanças ocorridas em muitas diretrizes na prática médica, inclusive naquela relacionada à utilização da episiotomia, este procedimento permanece sendo realizado em mais da metade dos partos brasileiros, como mostrou a pesquisa “Nascer no Brasil”, inquérito nacional sobre parto e nascimento feito entre 2011 e 2012 (BRASIL, 2019). No entanto, apesar de o médico responsável ter considerado esses procedimentos os mais indicados, no momento, para a segurança da paciente e de seu primogênito, as cicatrizes permaneceram, em sua forma física e psicológica: “Eu só pensava ‘nunca mais quero te ver aqui’”; eram os sentimentos de Dona Gabriela para com o médico responsável pelo parto.

Quando escolhemos a profissão médica, nosso foco deveria ser honrar nossa promessa de cuidar e proteger aqueles sob nossa responsabilidade, de promover o bem e nunca danos, respeitando a autonomia da(o) paciente e sendo justos conforme a Ética Médica. É desolador perceber, através de relatos de diversos pacientes,

20. A episiotomia é definida como o alargamento do perineo, a fim de ampliar o canal vaginal para facilitar a saída do feto, através de uma incisão cirúrgica, durante o último período do trabalho de parto, necessitando de sutura, a episiorrafia, para sua correção (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010).

21. Sobre a Lei do Acompanhante: Lei nº 11.108, em vigor desde 2005, obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante, indicado pela parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

como as ações de [futuros] colegas de trabalho afetam suas vidas negativamente e como isso se tornou rotina na Medicina Ginecológica e Obstétrica.

“Ser mãe é padecer no paraíso”. Quantas(os) de nós já não ouvimos isto antes? Mais uma vez a maternidade é associada a um poder sagrado, a um estado abençoado, venerado e puro, em que mesmo sendo um momento de grande dor e sacrifício, não devemos reclamar ou expressar quão difícil realmente é esse momento na vida da mulher. Aquelas que não tomam esse “passo em direção à plenitude” são consideradas defeituosas, condenadas moralmente pela sociedade. Refletindo sobre a “naturalidade” com a qual a mulher se encaixa no papel de mãe, incluindo o momento do parto, por qual motivo haveria, então, a elevada frequência com que procedimentos médicos são utilizados de forma a “auxiliar” o trabalho de parto?

De acordo com a enfermeira obstétrica formada na Universidade Estadual de Campinas, Clara Sanfelice, foi a mudança de local de ocorrência do parto, do ambiente doméstico ao hospitalar, que acabou por tornar o “evento fisiológico, feminino, familiar e social em um ato médico masculino” (SANFELICE, 2014, p. 363). Uma consequência direta dessa mudança foi a instauração da posição de litotomia²² como aquela de rotina, por ser mais confortável ao médico na utilização de seus instrumentos e seus procedimentos. No entanto, com a passagem da mulher de sujeito do parto para objeto de manipulação, como máquina, sendo o bebê seu produto, ignora-se as complicações que derivam da litotomia, que pode afetar o aporte sanguíneo do bebê, e demandam procedimentos para abreviar o parto, como a episiotomia ou a administração parenteral de ocitocina. Dessa forma, a “comodidade do médico” fica acima do conforto da paciente, para que ele possa realizar procedimen-

22. Na litotomia, também chamada de posição ginecológica, a paciente é colocada em decúbito dorsal com as nádegas alinhadas à extremidade inferior da mesa e com a elevação e abdução dos membros inferiores em perneiras, a fim de promover a exposição da região perineal. É uma posição cirúrgica utilizada para o acesso aos órgãos pélvicos e genitais (CASTELLANOS; FERRAZ, 1980).

tos que seriam desnecessários, caso a gestante não estivesse naquela posição, em primeiro lugar.

Entre outras práticas equivocadas na Medicina Obstétrica, encontra-se, também, o “ponto do marido”, em que, após a realização da episiotomia, faz-se a episiorrafia de forma exagerada, acrescentando pontos na sutura da abertura da vagina, a fim de “tornar a vagina da mulher mais apertada de forma que o ato sexual permaneça prazeroso ao seu parceiro”, mito propagado atualmente. Em que sociedade nos encontramos para que esse tipo de prática ainda seja comum e aceitável, considerada normal, pela comunidade médica? De acordo com a Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo, Sonia Hotimsky, em entrevista para o Portal UAI (MENDES, 2014), essa prática não tem fundamentação científica e, independente do prazer que poderia ou não proporcionar ao parceiro sexual da mulher, resulta em danos na elasticidade do tecido e na inervação do períneo, podendo tornar a relação sexual dolorosa para a mulher.

É inimaginável como esse tipo de prática permanece na sociedade e como se baseia em como o corpo da mulher deve se ajustar aos desejos de seus parceiros sexuais, como se o corpo feminino fosse feito exatamente para este propósito singular. Ademais, ainda há a questão de que muitos desses procedimentos são realizados com a finalidade de abreviar o tempo do parto, como relata Melânia Amorim (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013), professora do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, do hospital-escola da Faculdade Pernambucana de Saúde. Ela afirma que não há benefício na técnica da episiotomia e pouquíssimas indicações alegadas por aqueles médicos que fazem uso do procedimento possuem respaldo científico. Amorim ressalta, ainda, que muitos médicos aprendem o procedimento na universidade e não sabem fazer de outra forma; mantendo a “tradição” com o argumento de “por que mexer no time que está ganhando?” (LARA, 2018).

No entanto, já discutimos aqui as consequências de procedimentos obstétricos mal planejados, como a perda da elasticidade

teciudal local. Reforçamos, portanto, a necessidade de que os profissionais da saúde mantenham-se atualizados, tanto nas Diretrizes Nacionais de Assistência, quanto no acompanhamento de estudos científicos em sua área específica de atuação, que podem ajudá-los a escolher melhores técnicas para serem empregadas na prática clínica e cirúrgica. Além disso, vale a pena frisar que, apesar do Código de Ética Médica permitir o exercício livre da medicina, de forma que o profissional tenha liberdade para agir conforme sua crença de que determinada terapia será a melhor para seu paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018), a autonomia do paciente deve ser protegida e zelada. No caso da episiotomia de necessidade, a paciente deve estar ciente do que se procederá; entende-se claramente que a hora do procedimento não é o melhor momento para se conversar sobre “fazê-lo ou não”, e por isso é importante haver uma conversa anterior ao parto com a mulher, de forma que ela saiba que determinadas situações poderão requerer técnicas extremas, sendo combinado um plano de parto com a mãe.

Após pouco mais de 4 décadas, dona Gabriela precisou novamente de ajuda médica. Ela sofria de uma dor em seus membros inferiores, que dizia ser incurável. Procurou atendimento de diversos médicos, sem resultado positivo em suas terapias. Isso se seguiu até encontrar seu atual Geriatra, que, com atenção e experiência, cuidou tão bem da “fraqueza” que sentia que, até a atualidade, dona Gabriela mantém as pernas “fortes como ferro” (sic).

Esse relato traz a esperança de que ainda temos profissionais no exercício da Medicina que possuem os dois maiores pré-requisitos para a prática clínica: a competência para diagnosticar o mal do qual o paciente sofre, e a empatia necessária para acompanhá-lo não somente em sua terapia, mas em sua vida, formando uma relação médica-paciente fundamentada na confiança e no vínculo.

Dessa forma, o geriatra de dona Gabriela cumpre a fórmula da Arte Clínica, apresentada em “A semiologia médica no século XXI”, de Adriana Novaes Rodrigues, Mestre em Ensino de Ciências da Saúde pela USP: a Arte Clínica está relacionada à Ética, com-

ponente que direciona (ou deveria direcionar) cada ato médico; à Medicina Baseada em Evidências, grande fornecedora de informações válidas e úteis para a análise de patologias, exames complementares e diversas opções de tratamento; e à Medicina Baseada em Vivências, baseada na relação médica-paciente, naquilo que se aprende na prática profissional, como exercício do bom senso, da sensibilidade para com a situação do paciente e, principalmente, com a capacidade de se comunicar e de se relacionar com outro ser humano (RODRIGUES, 2011).

À vista disso e de minhas experiências como estudante de Medicina, percebo que, como médica, só poderei exercer a arte clínica caso consiga cuidar de meus pacientes com competência técnica e dentro dos padrões éticos e científicos. Meus pacientes só se sentirão seguros o suficiente comigo para se “abrir” e desabafar verdadeiramente na condição de que eu possibilite esse vínculo, de modo atencioso e gentil. Por outro lado, esse laço só se fortalecerá caso eu demonstre resultado em minha capacidade de diagnosticar e cuidar dos males de meus pacientes; evidenciando que elas (e eles) poderão confiar na minha aptidão.

Devemos, portanto, nos esforçar ao máximo para interiorizar o conhecimento acadêmico e pô-lo em prática com excelência, sem perder nossa humanidade, pois o diagnóstico só é alcançado quando se conhece as possibilidades e o cuidado só é efetivo quando há participação ativa tanto da(o) médica(o) quanto da(o) paciente.

REFERÊNCIAS

BÍBLIA SAGRADA. **Gênesis**, 1:3. São Paulo: Ave-Maria, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Recomendação nº 5, de maio de 2019. **Diário Oficial da União**, 03 jun. 2019. ed. 105. p.77. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, [S. l.], v. 38, n. 5, p. 265-270, maio 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CASTELLANOS, Brigitta E. P.; FERRAZ, Estela Regina. Posição do paciente para cirurgia e implicações no cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 73-82, 1980. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/S6DCBKmD-vHWZt3fbqkhwyxj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

LARA, Bruna de. 'Deixei você virgencinha': médicos cortam e costuram vaginas no parto e estragam a vida sexual das mulheres – uma mutilação genital, segundo especialistas. **The Intercept Brasil**, [S. l.], 10 set. 2018. Disponível em: <https://theintercept.com/2018/09/10/pontodomarido/>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MENDES, Valéria. **Grávidas precisam se informar para evitar episiotomia desnecessária e 'ponto do marido' no parto vaginal**. Portal UAI, 21 ago. 2014. Disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2014/08/21/noticias-saude,191785/gravidas-precisam-se-informar-para-evitar-episiotomia-desnecessaria-e.shtml>. Acesso em: 29 ago. 2021.

O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Roteiro de Érica de Paula. Brasília: Master Brasil e Ritmo Filmes, 2013. DVD (90 minutos). Acesso em: 9 jan. 2022.

PEREIRA, Alice de Araújo Nascimento. **Um útero todo seu: reprodução, biopolítica e o controle do corpo feminino em O Conto da Aia, The Children of Men e suas adaptações**. 2021. 244 f. Tese (Doutorado em Literatura Comparada) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/21732/TESE-ALICE.PEREIRA%20--%20p%F3s-defesa.pdf;jsessionid=AD12007A1D55E552E7780928EACBA1EC?-sequence=1>. Acesso em: 21 ago. 2021.

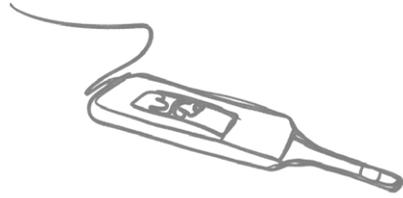
RESENDE, Debora Kopke. As construções da maternidade do período colonial à atualidade: uma breve revisão bibliográfica. **Revista Três Pontos**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 52-59, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistatrespontos/article/view/15232>. Acesso em: 18 out. 2021.

RODRIGUES, Adriana Novaes et al. A semiologia médica no século XXI. **Cadernos UniFOA**, [Volta Redonda], v. 6, n. 15, p. 69-71, 2011. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1041>. Acesso em: 11 maio 2021.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira *et al.* Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>. Acesso em: 3 set. 2021.

EXAUSTÃO DE MÃE

Eduarda Machado Nascimento



A fim de preservar a identidade dos envolvidos, a construção desta narrativa, que começa em 1991 e só termina sete anos depois, conta com o uso de pseudônimos. Nela, há uma personagem principal e dois tipos de médicos diferentes, sendo que um deles representa um atendimento médico negligente, enquanto o outro é reflexo de uma medicina empática que visa cuidar de cada paciente, abordando todos os aspectos da sua vida e do seu meio.

Glória teve três filhos e duas depressões pós-parto²³ associadas a um forte sentimento de culpa, porque ela não produziu leite em nenhuma das gestações. A auto cobrança, somada a uma incessante pressão social, a fez acreditar que não seria possível assumir o papel de uma figura materna sem conseguir amamentar (e a cada vez que ela pensava nisso, tudo ficava ainda mais frustrante).

Ela engravidou pela primeira vez aos 19 anos de idade, quando ainda era solteira, dependente dos seus pais e inserida no contexto de uma sociedade explícita e cruelmente machista... Talvez seja por isso que ela precisou escutar que não conseguia dar leite, porque era “nova demais, inconsequente e despreparada para ser mãe”.

A festa de aniversário de 1 ano da sua primeira filha foi planejada para acontecer no mesmo dia do seu casamento. Cada detalhe foi calculado, cada convidado foi escolhido a dedo, para que ela pudesse comemorar duas grandes realizações de uma só vez. Mas, o sonho de um dia de felicidade foi estremecido quando Glória, vestida de noiva e com uma criança no colo, ouviu de um dos seus amigos mais próximos que ela não conseguia amamentar a filha porque “aquele era um castigo de Deus por ela ter engravidado sem estar casada”.

Ainda nos primeiros dias de vida da primogênita, a casa de Glória estava sempre cheia de gente (por mais que ela não convi-

23. Entidade clínica heterogênea que, geralmente, se refere a um episódio depressivo maior ou de intensidade grave a moderada, apresentado pela mãe após o nascimento do filho (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2020).

dasse ninguém), porque qualquer familiar, vizinho ou conhecido que ficasse sabendo que a bebê de uma garota de 19 anos estava sendo amamentada com fórmula infantil ficava indignado e queria opinar sobre o melhor jeito, técnica ou crença que iria estimular a produção de leite materno.

Durante meses, a privacidade das duas foi anulada (muitas vezes, de uma forma que beirava à hostilidade e à agressividade): um exemplo disso era que, frequentemente, as “visitas” faziam “massagens” nos seios de Glória mesmo que ela chorasse de dor, bem como davam “presentes” como diversos tipos de ervas, chás e bombinhas para extração de leite que só causavam lesões, raiva, medo e aflição.

Ainda que estivesse sofrendo em casa, Glória mantinha a esperança de que fosse receber apoio dentro de um consultório médico. Mas, infelizmente, a realidade não atendeu às suas expectativas já que, logo nas primeiras consultas, o pediatra responsável por cuidar da sua filha mais velha dizia que “dar leite era o básico para ser mãe” e que Glória não estava dando leite porque “ela era fraca demais”.

Quando o médico descobriu que Glória havia feito uma mamoplastia redutora²⁴ aos 18 anos de idade (mediante prescrição médica, já que os seios dela eram grandes demais e o peso deles estavam causando dor e desconforto na coluna), ele disse que além de “fraca”, Glória parecia ser “mais preocupada com o corpo do que com a própria filha” e, supostamente, era por isso que o leite não descia.

Cerca de um ano depois, Glória engravidou de novo. Àquela altura, ela imaginou que a maternidade seria mais leve, afinal, ela já havia passado pela experiência, tinha dado conta das responsabilidades como mãe de primeira viagem, estava casada, morando em sua própria casa, pagando as suas próprias contas... Glória esperava que, pelo menos dessa vez, o cenário fosse favorável para que ela fosse reconhecida como uma mãe, no mínimo, “razoável”.

24. Procedimento cirúrgico que promove redução do volume das mamas, a fim de atingir um tamanho de mama proporcional ao corpo (PITANGUY; SALGADO; RADWANSKI, 1999).

Porém, minutos após o nascimento do seu segundo filho, Glória sofreu uma violência obstétrica²⁵: a equipe de enfermagem que estava presente na sala de parto reprimiu os desejos de Glória e tirou a criança de seu colo, justificando que ela deveria ser isolada e que os seios de Glória deveriam ser incansavelmente bombeados até que saísse leite.

Glória costuma dizer que, naquele momento, ela não sabia se chorava de emoção ou de angústia. Ali ela percebeu que a questão da amamentação não estava restrita à sua primeira gestação, ela tinha se dado conta de que ela tinha acabado de perder o direito de estar com o seu próprio filho, por causa de uma situação que ela queria encarar apenas como um fantasma (e não como uma realidade que insistia em persistir).

Então, a gravidez que, para ela, sempre foi idealizada como um momento singular, passou a não ser tão legal assim. O pediatra que cuidou do segundo filho sempre foi rude em relação às questões trazidas por Glória ao consultório, mas, diferente do primeiro médico, esse tentava disfarçar a arrogância em um tom de brincadeira. Isso a machucava. Ele fazia comentários desconfortáveis, que nitidamente a deixavam mal, mas, ainda assim, ele ria e dizia que “estava brincando”.

No início do primeiro atendimento, o médico chegou a afirmar que a criança seria “muito frágil” e que ela teria “um desenvolvimento muito prejudicado caso fosse amamentado só com leite NAN²⁶”. Por isso, ele acreditava que a única saída era “arrumar outra mãe de leite para o menino, já que a própria mãe não estava dando conta do recado”.

Em meio às risadas, ele falava que “se fosse preciso, ele mesmo arrumaria outra mãe de algum recém-nascido para que Glória pudesse ver como, de fato, deveria ser uma boa amamentação”.

25. É uma violação dos direitos das mulheres em processo de parto, que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Nesse sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto (ZANARDO et al., 2017).

26. Marca de um produto utilizado para alimentação de lactentes.

Naquela época, Glória só conseguia entender que o médico estava querendo dizer que ela precisava ter aulas com outra pessoa para aprender a ser mãe.

Depois de cinco anos, assim que Glória soube que estava grávida da sua caçula, veio à tona o medo de precisar passar por tudo aquilo que a atormentava e, por isso, ela não conseguia ficar feliz por estar grávida (e não tinha coragem de confessar tal fato para ninguém). A verdade é que Glória não ansiava ter mais um filho ou, pelo menos, não ansiava ter que lidar com a ideia de que não conseguiria amamentar de novo.

Mas, para a surpresa dela, pela primeira vez, as consultas do pré-natal foram voltadas não só para a saúde física, mas também para a saúde mental/psíquica de Glória e toda a equipe de saúde que atuou diretamente no caso se mostrou 100% disponível para ajudar da forma que fosse possível. Ângelo, por exemplo, era o obstetra que sempre fazia questão de ressaltar que o contato entre o bebê e a mãe durante o momento da amamentação com o uso de mamadeira era tão válido quanto o contato durante a amamentação no peito.

Ele dizia de uma forma simples e acolhedora que “o importante mesmo é manter um vínculo com o recém-nascido, pele a pele”. Ou seja, ele concordava com a opinião de Glória de que o que mais importava era o estabelecimento de um momento tranquilo entre mãe e filha, cheio de amor e carinho, independente da forma que aconteceria.

Ângelo comprava dezenas de revistas que abordavam o universo da saúde feminina e da maternidade, destacava as reportagens sobre a composição das fórmulas infantis e expunha todos os prós desse tipo de amamentação para Glória. Ele mesmo garantia que, mesmo no fim da década de 90, as fórmulas eram completas e suficientes para a nutrição do bebê que não pudesse receber leite materno.

Mesmo depois de meses do nascimento da terceira filha, o médico continuava dialogando com a família de Glória para con-

firmar se tudo estava indo bem e se ela estava feliz e confortável. Todas essas atitudes, por mais que pareçam pequenas, foram capazes de devolver a autoestima e a confiança de Glória como mulher e mãe, contribuindo, de maneira efetiva, para a relação do binômio mãe-filhos.

A disposição de Ângelo em orientá-la e prepará-la para uma situação que trazia tanta dor foi, sem dúvidas, o que a ajudou a encarar a maternidade de uma forma diferente. Ela nunca se sentiu julgada por ele. Ela só se sentiu amparada. E é assim que deveria ser. Então, depois de uma sequência de episódios traumáticos, esse foi o tipo de conduta que permitiu que Glória, como paciente, pudesse voltar a se sentir segura e acolhida diante de um atendimento médico.

Ao pontuar as diferenças entre os três médicos aqui mencionados, é possível destacar a prepotência e a falta de um cuidado personalizado, sendo duas características que não consentem com a definição de uma medicina humanizada. A meu ver, a atuação médica deveria seguir na contramão disso: ela deveria ser pautada no equilíbrio razão/sensibilidade, além de ser voltada para o exercício de priorizar a particularidade do outro (e de múltiplas realidades existentes).

A medicina deveria se apoiar no significado de “arte do cuidado”, no seu sentido mais genuíno, e na compreensão do indivíduo em sua totalidade (sem enxergá-lo como um paciente/cliente/objeto). Acredito que esse deveria ser, justamente, o combustível para que os profissionais da saúde pudessem operar de uma maneira mais sensível e humana.

REFERÊNCIAS

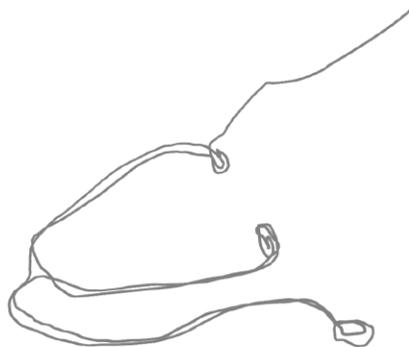
FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Depressão Pós-parto**. São Paulo: Febrasgo, 2020. (Protocolo Febrasgo de Obstetrícia, nº 3/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

PITANGUY, Ivo; SALGADO, Francisco; RADWANSKI, Henrique N. Princípios da mamoplastia redutora: Experiência na 38ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. **Acta Medica Misericordiæ**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 72-79, 1999.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 02 mar. 2022.

OS EXTREMOS DO ATENDIMENTO MÉDICO E A DECISÃO DE CURSAR MEDICINA

Thyeli Spacini



Para descrever esse relato, vamos considerar três condições: o uso de um pseudônimo (Flora) para preservar a identidade da paciente, obedeceremos a uma ordem cronológica do acontecimento dos fatos para melhor compreensão, e utilizaremos a primeira pessoa do singular no texto.

Eu, Flora, vou falar sobre o melhor atendimento médico que recebi, e que me levou a escolher a medicina. Eu nasci no interior, no final dos anos 80, e fui adotada no dia seguinte ao nascimento por um casal que há 5 anos tentava engravidar sem sucesso. É muito comum, com casais que adotam, que, após o evento da adoção, ocorra uma gravidez natural, e com a minha família não foi diferente. Após 5 anos da minha adoção, minha mãe descobriu que estava grávida. Ela sempre teve alguns problemas de saúde e na gravidez eles pioraram, apresentando um comprometimento renal importante que a levou à condição de gestação de alto risco. A gravidez para ela foi um misto de dores de cabeça, inchaços, sustos, pressão arterial que aumentava constantemente e muitos remédios. A soma desses sinais e sintomas culminou no aumento da pressão arterial subitamente, sendo necessário uma cesariana de urgência com 37 semanas completas, o que se espera numa gravidez é que ela complete 40 semanas. A minha família estava certa de que o filho de uma gestação de alto risco seria um bebê que nasceria potencialmente doente, e na época do ocorrido as informações sobre o tema não eram tão acessíveis como são nos dias de hoje. Devido a isso, tudo relacionado à saúde e ao desenvolvimento do meu irmão foi realizado por um pediatra muito famoso na região.

Eu estive presente em todas as consultas e me lembro claramente do consultório: era muito grande, contemplava 3 ambientes, tinha muitos, muitos livros na estante, papéis em molduras (que mais tarde saberia que se tratava de diplomas), uma secretária sempre muito arrumada e simpática, um cheiro de álcool, vários equipamentos (eu gastava muito tempo da consulta os observando), também tinha uma televisão muito grande na recepção (o que não era comum na época). Os detalhes ainda são bem nítidos na minha memória, eu consigo me lembrar da cor da madeira dos móveis planejados, das portas, da secretária e seu telefone com fax, me lembro de como tudo era limpo e organizado. Esse senhor que atendia como pediatra era alto, tinha os cabelos brancos sempre muito arrumados, usava gravata e um jaleco branco extremamente limpo e que me intrigava, pois como alguém mantém a roupa toda branca e limpa cuidando de crianças? Ele tinha uma voz firme e agradável, estava sempre sorrindo, abrindo as portas e dando bom dia. Eu não lembro o nome dele, mas gostava de chamá-lo de Doutor Pediatra, na época não sabia o que significava, mas gostava de como era agradável pronunciar esse nome. O seu consultório representava a sua “personalidade”, pois era tudo muito limpo, organizado, acolhedor e alegre, era um lugar extremamente confortável de estar e as pessoas estavam sempre sorrindo.

Quem é irmão mais velho sabe que a atenção dos pais é dividida quando o mais novo nasce, e cada um lida com isso de uma forma, e no meu caso isso foi muito tranquilo, pois eu gostava de ficar sozinha no meu quarto, de ouvir músicas, de assistir televisão, de jogar videogame e brincar na rua. Na presença do bebê, a atenção era toda dele e eu ficava mais “livre” das cobranças, porque, quando meus pais não estavam cuidando do meu irmão, eles estavam dormindo. Ele não era um bebê doente, mas era extremamente e intensamente choroso. Ele nasceu sem apresentar nenhum problema de saúde, e todas as consultas foram preventivas e para avaliar seu desenvolvimento, mas, apesar disso, ele chorou por meses. Imagine um bebê chorando noite e dia, por tudo, o tempo inteiro, e isso no

contexto dos anos 90 e em uma cidade do interior, culminou numa verdadeira caravana na minha casa: chás, simpatias, mulheres idosas, padres, pedidos de orações, terços, promessas, banhos com folhas de plantas, massagens, e nada foi capaz de fazê-lo parar de chorar. Eu consigo me lembrar do barulho do choro dele e de como meus pais estavam exaustos, frustrados e sem enxergar uma saída. Esse era o motivo das reclamações da minha mãe durante as consultas com o pediatra, me lembro do meu irmão chorando no colo dela e ela chorando pedindo ajuda. O médico a atendia, fazia vários testes, exames, avaliações e ela voltava para casa um pouco mais tranquila por saber que não era nada grave, mas ainda triste pelo choro que não cessava.

Conforme o bebê ia crescendo, a liberdade que antes eu achava interessante, começou a se tornar uma “invisibilidade”, o cansaço dos meus pais impedia o almoço em família com todos sentados à mesa, meus doces e comidas preferidas não apareciam mais na geladeira, eles não tinham tempo nem disposição para me ver jogando videogame, nem perguntavam se eu já tinha tomado banho, mas nada disso foi o suficiente para que eu ficasse com raiva ou enciumada. É nesse contexto que eu recebi o melhor atendimento médico, pois o Doutor Pediatra era a única pessoa que perguntava como eu estava, e isso ocorria dentro do período de consulta do meu irmão, mesmo irritando a minha mãe que protestava dizendo que “a consulta é para o bebê, a Flora está bem”. Mesmo diante disso, ele sempre me olhava nos olhos, perguntava como eu estava, permitia que eu participasse da consulta, deixava eu segurar o estetoscópio²⁷ (na época eu não sabia o nome desse equipamento). Esse era, sem dúvida, o melhor dia do mês, e eu sempre saía muito feliz do consultório. Apesar de todo o acompanhamento médico, meu irmão continuava a chorar e a privação de sono desencadeou vários problemas entre meus pais, pois eles viviam brigando, gritando e chorando.

Toda essa situação culminou em um acidente doméstico, em que eu estava assistindo televisão na sala de estar, meus pais estavam

27. Instrumento usado pelos médicos para ouvir os sons produzidos por certos órgãos do corpo (FERREIRA, 2010).

no quarto brigando e gritando e, em um determinado momento, minha mãe trouxe o carrinho de bebê com o meu irmão e pediu que eu o balançasse, voltou para o quarto e eu permaneci na sala. Passaram-se horas e eu continuei balançando o carrinho de bebê, e foi nessa condição que o acidente aconteceu: devido ao cansaço, eu dormi em pé e cai sobre o carrinho, e o peso do meu corpo fez com que ele virasse e como ele não tinha uma cobertura – era parecido com uma cadeirinha – meu irmão escorregou e bateu com a cabeça no chão. Tudo aconteceu muito rápido e eu consigo me lembrar do barulho da cabeça dele batendo no piso e depois foi só choro e desespero. Fomos para o hospital, com suspeita de uma fratura no crânio (que eu não sabia o que significava e meu pai explicou que era quando se “quebra a cabeça”). A gravidade foi descartada e ficou somente o susto, mas infelizmente esse episódio teve algumas consequências para mim. A partir desse ocorrido eu comecei a ser alvo de desconfianças, de frases e até mesmo acusações de que aquele acidente foi algo que eu desejei que acontecesse. Foi a primeira vez que eu me senti realmente triste e sozinha, porque todos os adultos com os quais eu tinha contato apresentavam algum nível de desconfiança, indicavam que o acidente foi provocado por ciúmes. A tal caravana que passava pela minha casa e que antes era preocupada com o choro do bebê, dessa vez trazia diversos “conselhos” e precauções, histórias e lendas, sobre o que um irmão enciumado poderia causar ao outro – “Caim matou Abel” – eles diziam.

Na consulta subsequente com o Doutor Pediatra, eu cheguei triste e calada, e a primeira frase da minha mãe foi sobre o acidente, além de deixar clara a desconfiança de que havia sido de propósito. O Doutor Pediatra levantou de sua cadeira, pediu à minha mãe permissão para eu ir com ele e me levou numa sala cheia de brinquedos, e lá havia um sofá vermelho e ele me pediu para sentar, eu sentei e ele fez o mesmo ao meu lado, me olhou nos olhos e em seguida me perguntou:

— “Sobre o que aconteceu com o seu irmãozinho, você queria machucar ele?”

Era a primeira vez que alguém me perguntava isso assim, tão diretamente. E eu respondi:

— “Não! Foi sem querer, eu dormi em cima do carrinho. O bebê caiu!”

Eu não chorei, estava cansada de tanta desconfiança e por um momento achei que ele também não acreditaria em mim e aí ele se levantou, abriu um armário e tirou uma caixa grande embrulhada num papel de presente brilhoso, me entregou e disse:

— “Eu acredito em você! E é por isso que vou te dar um presente por você ter me contado a verdade”.

E eu comecei a chorar um choro de alívio, porque em algum momento, devido a tantas desconfianças, eu ia acabar acreditando que havia feito de propósito. Foi o brinquedo mais lindo que eu ganhei: era um liquidificador rosa com bolinhas de isopor. E nesse momento eu pensei: “Quando eu crescer, quero fazer o que esse cara faz... DAR BRINQUEDO PARA CRIANÇAS”! Muito tempo depois eu soube o que era a profissão dele, sua importância e o que significava tudo o que ele estava fazendo.

É importante ressaltar que o que aconteceu é o que eu considero como essencial na relação médico-paciente: a confiança! Um bom médico é o que confia no paciente, acredita nele e nas informações dadas. Uma frase que é repetidamente dita por muitos profissionais de saúde é: o paciente mente! Sim, somos pessoas com defeitos, erramos e mentimos, mas ninguém gosta de ser colocado em dúvida no primeiro momento, e quando isso envolve um relacionamento importante e que deve ser baseado em confiança, o comportamento de confiar é essencial.

Vamos voltar à frase “o paciente mente”, e gostaria de imaginar uma situação na qual isso realmente aconteça: um paciente omite algum dado que seria relevante para uma prescrição de penicilina²⁸ intramuscular²⁹ – partindo do pressuposto que o paciente,

28. As penicilinas são antibióticos betalactâmicos e constituem um dos grupos mais importantes, sendo muito utilizados frequentemente no tratamento de infecções causadas por bactérias sensíveis. Inibem a síntese da parede bacteriana (BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

29. Via de injeção de uma substância diretamente dentro de um músculo, os antibióticos comumente são administrados dessa forma (BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

em algum outro atendimento anterior com os mesmos sintomas, tenha recebido a prescrição dessa medicação, e pela experiência pessoal pode sentir a dor da injeção, isso somado ao fato dessa medicação não ter resultado de alívio imediato dos sinais e sintomas, ou seja, o paciente sai do atendimento com dor na região glútea (local preconizado da aplicação) e com o problema ainda instalado (apesar de ser um excelente antimicrobiano). É perfeitamente normal, mesmo que inconscientemente, que recordando desse atendimento anterior, ele associe que determinada queixa o levará ao mesmo medicamento e que, apesar de ter resolvido, não foi rápido, e dessa vez ele gostaria de tentar uma solução mais imediata. Leve em consideração que esse paciente não foi orientado sobre a importância e o amplo espectro de atuação do medicamento, e que ele não sabe sobre o mecanismo de ação, as vias de excreção, a meia vida do remédio. Ele está ali como uma pessoa apresentando um sofrimento, que vai mentir sobre determinada queixa para não repetir a experiência. É claro que isso não justifica a mentira, mas é possível entender a atitude. A confiança promove a criação de um vínculo, de um laço, de um apoio e de um relacionamento construído entre o médico e o paciente, e se isso acontecer, pode permitir a sinceridade do paciente perante o profissional.

A palavra confiança é descrita em Ferreira (2010), como: “credibilidade ou conceito positivo que se tem a respeito de alguém ou de algo; crédito, segurança”. Essa palavra tem sua origem do latim *confidere*, que significa “acreditar plenamente, com firmeza”. O sufixo “*fidere*” significa fé, por isso a palavra confiar é muito usada como sinônimo de fé. Quando a confiança se distanciou do relacionamento entre médico e paciente no seu dia a dia?

A importância da confiança que aquele médico, lá na década de 90, depositou sobre uma menina assustada e sozinha foi fundamental para que ela percebesse o quão injustas as pessoas poderiam ser. O melhor médico não é o que dá presentes, ou que usa gravata, ou que possui um consultório com três ambientes, ou aquele que possui diplomas na parede. O melhor médico é o que renova e

mantém sua confiança no ser humano que está a sua frente, que o escuta atentamente e que procura construir um vínculo verdadeiro com aquele indivíduo.

Seguindo a ordem cronológica, ambientalizada já na fase adulta e profissional, o pior atendimento médico que presenciei me causou um dano emocional, sendo necessário recorrer à psicoterapia e esse tratamento durou 2 anos. Eu, Flora, sempre tive o desejo de trabalhar com recém-nascidos no ambiente hospitalar e, formada como enfermeira, tive essa oportunidade em um grande hospital (vou omitir o ano e o local). Eu tinha uma boa escala de trabalho, um salário razoável e, mesmo com uma rotina intensa, todos os dias eram de muito aprendizado. Infelizmente, eu tive que conviver com alguns problemas, e um deles relacionado aos profissionais médicos, que durante o plantão noturno, ao invés de ficarem disponíveis e presentes no setor onde os bebês se encontravam, se recolhiam para o quarto de descanso antes da hora e permaneciam lá a noite inteira, saindo somente quando eram convencidos de que os casos eram realmente importantes e que alguns bebês precisavam de atendimento imediato. Isso variava entre os profissionais, alguns sequer descansavam durante o plantão, mas uma boa parte deles tinham a atitude de ficar no quarto boa parte do tempo. Em alguns plantões, à meia noite, ou um pouco antes, todos eles iam dormir e colocavam na porta do quarto uma folha com o desenho da disposição das camas, nome e horário em que deveriam ser acordados, caso houvesse uma intercorrência. Isso sempre foi contestado, denunciado, mas não ocorria mudança. O problema não era o descanso, visto que isso é direito previsto por lei³⁰, mas o tempo destinado a isso e a necessidade de sempre ter que ir acordá-los.

No setor onde os bebês prematuros eram cuidados, era permitido que um parente próximo permanecesse 24 horas ao lado do

30. De acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho, no artigo 73, os trabalhadores que atuam por mais de 6 horas devem, obrigatoriamente, ter um período de descanso de no mínimo 60 minutos, como acontece nas jornadas de trabalho diurnas (BRASIL, 1943).

leito e, para isso, existia uma poltrona e muitas mães e pais ficavam ali. Essa condição tornava um pouco diferente a condição de descanso desses profissionais, pois, coincidência ou não, os bebês cujas mães permaneciam ao lado eram prontamente atendidos quando acontecia alguma intercorrência. Em um determinado plantão, com essa rotina estabelecida, um dos bebês começou a apresentar um desconforto, despertou e foi possível identificar alterações nos parâmetros que estavam sendo monitorados. A mãe havia chegado após o horário de entrada das visitas, devido a um atraso no percurso, e o hospital permitiu que ela entrasse mesmo fora do preconizado, ou seja, não era do conhecimento desses profissionais que a mãe estava presente naquela noite, pois, até o horário que eles permaneceram no setor, ela não se encontrava. Enquanto realizamos algumas manobras para contornar as convulsões e o pico febril, eu solicitei que uma técnica de enfermagem fosse acordar um médico. Ela retornou alguns minutos depois dizendo que o profissional perguntou qual era o leito, e disse, após a resposta da técnica, para fazer as medicações prescritas no prontuário e voltou a dormir. Após as manobras para invalidar a intercorrência não surtirem efeito, solicitei novamente que a profissional fosse acordar o médico, e obtive a mesma resposta. Passados 15-20 minutos, solicitei que outra pessoa o chamasse, e tive o mesmo resultado. Por fim, eu mesma fui ao descanso e solicitei que algum profissional levantasse e fosse socorrer a criança, o profissional me perguntou qual o leito, e só me respondeu: “Ah, é o bebê do leito X? Faça novamente as medicações prescritas” e voltou a dormir. Quando eu saía do quarto do descanso, me atentei que poderia ter citado a presença da mãe, e pensei em voltar e comunicar, mas me deparei com uma profissional médica chegando mais cedo para pegar o plantão do dia, e pedi que ela avaliasse a condição do bebê mesmo não sendo o horário de trabalho dela naquele momento, e ela prontamente atuou sobre a intercorrência. Foi um dia difícil para a criança e a equipe, estávamos todos exaustos, mas conseguimos reverter o quadro. Fiz as anotações pertinentes no prontuário da criança e citei os horários

que os profissionais foram chamados. Durante a semana, recebi um telefonema da supervisora informando que a mãe do bebê havia feito uma denúncia no comitê de ética e na ouvidoria do hospital, e que eu deveria me preparar porque certamente seria chamada para ser ouvida e esclarecer os fatos, e, sendo essa uma conduta comum no ambiente hospitalar após denúncia, não me preocupei.

Passados alguns dias, em um outro plantão, percebi que havia novos profissionais médicos e é comum essa rotatividade. Durante um atendimento nesse mesmo plantão, percebi uma alteração nos parâmetros de um dos bebês, e prontamente solicitei a presença de uma médica e ela veio avaliar a criança. Desde o primeiro momento, ela me abordou com ignorância, embora eu nunca a tivesse visto antes, mas eu não me importei, queria apenas que ela resolvesse a situação. Ela avaliou, solicitou alguns exames, e a criança estabilizou. No leito ao lado dessa criança que foi atendida, havia outro bebê acompanhado pela mãe. A mãe desse bebê era considerada, por todos os profissionais do setor, um exemplo, pois eram poucos os procedimentos que ela deixava a cargo dos profissionais, pois ela se envolvia diretamente no cuidado da filha internada e estava sempre disposta a aprender em prol da melhora do quadro de saúde de seu bebê, que estava respondendo de forma muito satisfatória a todo cuidado prestado, e que no momento estava apenas aguardando o ganho de peso para receber alta. O bebê em questão não usava nenhum remédio ou sondas, era apenas monitorado pelo equipamento cardíaco.

Após o atendimento ao primeiro bebê que relatei, a médica em questão, ao passar pelo box da criança ao lado (acompanhada pela mãe), parou e me disse em voz alta:

— “E esse bebê? Quando você iria me chamar para atendê-lo? Não está vendo que ela está em sofrimento? Ela está com uma coloração alterada? VOCÊ NÃO É A QUE GOSTA DE CHAMAR OS MÉDICOS?!!!! Ia esperar a criança morrer?”

O bebê a que ela se referia estava estável, monitorado e dormindo. Após essa frase, a mãe deixou o que tinha nas mãos cair, e

ficou assustada olhando para a criança que apenas dormia. No monitor apareciam todos os parâmetros normais. Eu senti uma pontada na cabeça, comecei a suar frio e a voz embargou, e respondi à médica que a criança estava estável e seguia sem problemas. Nesse momento a médica disse:

— “Quem determina se a criança está bem sou eu!”

E, após essa fala, ela abriu a incubadora (local onde o bebê permanece, análogo à cama de hospital de um adulto, mas que é em formato de uma caixa onde há também o controle da temperatura), e começou a manusear o bebê, que acordou e começou a chorar. Colocou o estetoscópio no peito da criança, que reagiu com mais choro, fez o exame físico e solicitou exames de sangue. Eu permaneci inerte, com o coração acelerado, com a cabeça doendo e assistindo incrédula uma cena de covardia. Sim! Ela estava manuseando um bebê que estava estável com a fala de que, sob a minha supervisão, estava acontecendo uma intercorrência e eu não havia percebido. A mãe seguia sem acreditar no que estava vendo, já que estava dada como certa a alta da criança para os próximos dias. Permanecemos as duas ali, assustadas com a cena, sem reação, tristes e desesperadas ao mesmo tempo.

O bebê passou por manuseios desnecessários e foi nesse momento que eu senti que algo estava errado comigo e que não era um estresse comum. Eu senti que perdi momentaneamente a coordenação motora, a sensação de tempo e espaço, apresentei dificuldades em pronunciar palavras corretamente e fui invadida por um sentimento de culpa e pânico. Naquela situação, eu só conseguia repassar mentalmente todos os meus passos e calcular o que havia feito de errado para culminar no dano a um bebê. Eu tive sensação de desmaio, muita vontade de vomitar e eu não me lembro como terminei o plantão, pois tive apagões e me vi às dez horas da manhã dentro do carro no estacionamento – o plantão havia terminado às sete. Naquele dia eu dirigi até a casa de uma amiga, liguei pra ela e pedi ajuda, pois não conseguiria sair do carro, já que minhas mãos tremiam. Ela veio me ajudar e me levou a uma psicóloga no mesmo dia.

Foram dois anos tentando entender aquela cena, trabalhando a minha culpa e refletindo sobre o que aconteceu, que não dizia sobre mim e sim sobre aquela profissional. Eu precisei realizar esse tratamento para compreender que nada mudaria o fato que uma médica, que jurou proteger e salvar vidas, poderia punir um inocente, tendo em vista uma necessidade de vingança, mesmo que o que havia acontecido anteriormente não tivesse sido com ela.

A terapia me levou a refletir sobre o contexto, a culpa e a responsabilidade de tudo o que aconteceu. Foi doloroso reviver tudo o que eu gostaria de esquecer, mas foi necessário para que eu pudesse compreender que aquilo foi uma violência. Na ocasião, eu estava diante de uma pessoa que não valorizava a própria profissão e o juramento que fez, visto que, no episódio do descanso, os profissionais envolvidos estavam errados. Foi através desse tratamento que eu pude entender a dimensão do problema e identificar meus limites, compreender que qualquer caminho levaria àquilo que aconteceu, pois se tratava de um problema com o outro, e isso eu não tinha controle. Pouco tempo depois, eu fui desligada da instituição, e saí de lá com um sentimento de dívida com aqueles bebês, eu sentia que estaria deixando-os vulneráveis para aquele tipo de situação, mas eu precisava me cuidar para cuidar dos outros.

A mãe do bebê denunciou ao comitê de ética da instituição, ocorreu uma investigação, mas foi rapidamente arquivada, pois a profissional justificou que a clínica era soberana a qualquer equipamento, enfermeiro ou mãe. Ainda disse à mãe que o choro por ela ter acordado a filha dela era um problema muito pequeno comparado ao que poderia ter acontecido com o bebê caso ela não interviesse. A mamãe e o bebê seguiram bem, e ela teve alta no outro dia da denúncia. A mãe me procurou após o ocorrido e decidimos tentar superar da maneira que podíamos, eu com a psicoterapia, e ela cuidando do bebê. Nós mantemos contato até hoje pelas redes sociais e temos um carinho muito grande uma pela outra.

Infelizmente, histórias como essas se repetem e eu torço para que aconteçam cada vez menos, que esses profissionais procurem

ajuda, assim como eu procurei, que entendam seu papel no mundo e na vida das pessoas, que respeitem suas trajetórias e sejam adultos responsáveis, profissionais éticos e médicos que cuidam. São anos dedicados, fins de semana ocupados, abdições de momentos com os amigos e familiares – e para quê? Serem munidos de fofocas e saírem descontando seu ódio? Hoje, como estudante de medicina e baseada em tudo o que vivenciei, eu desejo que nós, futuros profissionais médicos, sejamos fortes e corajosos, éticos e humildes e, acima de tudo, possamos olhar para a nossa própria trajetória e entender que existe um propósito e que devemos respeitá-lo todos os dias.

REFERÊNCIAS

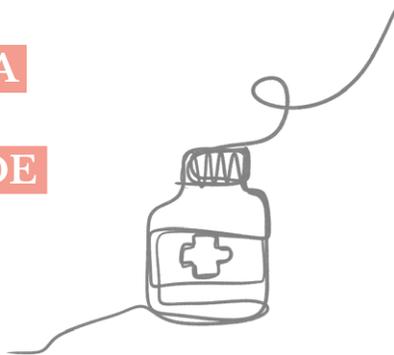
BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. **Lei nº 5.452, 01 de maio de 1943**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRUNTON, Laurence L; CHABNER, Bruce A; KNOLLMANN, Bjorn C. **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

O MÉDICO QUE TRATA DE DOENÇAS E A MÉDICA QUE TRATA DE PESSOAS

Beatriz do Valle Goudard
Gabrielle de Matos Amorim



1. Saúde como mercadoria

Historicamente, com a construção gradativa do modo de produção neoliberal que se instituiu a partir da Revolução Técnico-Científica, a Medicina sofreu os impactos desse estilo de vida e absorveu com ele alguns aspectos problemáticos. Dentre esses aspectos, podemos perceber que o mais notório, e talvez a raiz dos demais, é a mercantilização da prática médica (SANTOS JR., 2006), que acaba culminando em consequências como o distanciamento do paciente, a negligência do bem-estar de cada indivíduo atendido, e, por fim, a desvalorização da vida. Tem sido cada vez mais comum encontrarmos médicos exercendo sua profissão com pouca ou nenhuma consciência social, realizando consultas rápidas e pouco singularizadas, que não perpetram verdadeiramente a vida da pessoa consultada e, por esse motivo, não obtêm sucesso no seu objetivo final: gerar saúde.

É evidente que, na posição de paciente, caso fôssemos atendidos por um profissional que sequer olha nos nossos olhos, não se preocupa com o cuidado ao nos tocar durante um exame físico, não parece estar atento a ouvir o que temos a dizer ou quiçá compreende os nossos problemas, não seríamos cativados a ponto de dar continuidade ao tratamento indicado e o problema não seria solucionado. Pessoalmente, lembro-me de cada “bom médico” que tive o prazer de conhecer, e da riqueza de cuidado manifestado na conduta de cada um deles ter sido expressa nesses

detalhes genuínos, que muitas vezes influenciaram na forma como eu escolhia seguir as indicações e conselhos daquele profissional.

Para confirmar a importância de tudo isso, é simples: basta perguntar aos nossos avós o nome do “doutor” ou “doutora” que prescreveu aquele remédio cuja adesão ao tratamento foi efetiva. Eles sempre lembram, porque, de uma forma marcante, foram verdadeiramente cativados pela maneira como foram tratados naquela consulta. E esse, para nós, é o verdadeiro propósito de quem opta por trabalhar na área da saúde.

Dito isso, damos início à construção de nossa narrativa médica, compartilhando o relato de duas das experiências mais marcantes de nossas vidas, seja como paciente ou até mesmo como futuras profissionais da área, vivenciando e aprendendo na prática, através da experiência pessoal – ou relato de algum ente querido, tanto o que julgamos equivocado na conduta médica quanto as atitudes que admiramos e desejamos reproduzir durante nossa carreira.

2.1 A paciente

Como primeira análise, gostaríamos de abordar a “experiência boa”, afinal de contas, esse é (ou deveria ser) o parâmetro ideal das consultas as quais temos a oportunidade de participar no decorrer de nossas trajetórias pessoais na saúde. Um bom atendimento médico é algo tão marcante na vida de um paciente que, mesmo após 14 anos do ocorrido, ainda consigo recordar vividamente e com riquezas aquele momento. Eu, Gabrielle, uma criança sensível e imunologicamente frágil, que por inúmeras vezes precisou ser levada às pressas até a emergência de alguns hospitais em decorrência de doenças associadas a infecções do trato respiratório e episódios de “garganta inflamada”, estava tendo um mês difícil quando cheguei naquele hospital. Lembro-me que, no curto espaço de tempo das últimas 3 semanas anteriores, eu já havia comparecido à clínica mais próxima de casa por cerca de quatro vezes, com piora significativa do quadro à medida que o tempo ia passando. Nessas idas ao

hospital, o procedimento era idêntico, incluindo triagem que avaliava a gravidade dos sintomas, e sem o devido acompanhamento, sendo atendida durante cinco minutos, por um médico diferente em todos os retornos, cujo diagnóstico era sempre inespecífico e o tratamento, por consequência, ineficiente. Se até minha mãe, mulher adulta e muito sensata, já estava perdendo as esperanças de encontrar uma solução para o meu problema, há de se imaginar que a Gabrielle de 6 anos de idade também estaria cansada da rotina de exames, remédios e das infinitas horas na sala de espera sem uma resposta conclusiva a respeito do meu problema.

Depois da quarta ou quinta consulta e dos exacerbados gastos com remédios que não resolviam minha dor de garganta, minha mãe foi tomada por uma indignação com a equipe médica da clínica particular cujo atendimento estava sendo feito com tamanho descaso, e resolveu então me levar ao hospital público infantil da cidade, e foi lá que a situação se acalmou. A médica de plantão, cujo nome não posso revelar, mas que se apresentou carinhosamente para mim com o pseudônimo (ou pode-se dizer apelido) de “Doutora Lulu”, disse, olhando no fundo dos meus olhinhos pueris, que seria “minha médica”, com ênfase no pronome possessivo. Naquela época, eu ainda não compreendia a dimensão do vínculo na relação médico-paciente que estava sendo criado através do uso de uma simples palavra que conferia àquela profissional de saúde uma imagem de porto seguro, trazendo a aproximação necessária para que eu me sentisse à vontade para ser atendida.

Assim que cheguei ao consultório da Doutora Lulu, notei a diferença no foco do atendimento, que pela primeira vez era voltado para mim, e não para a minha responsável. Não que isso fosse um problema antes, mas me recordo de ter “me sentido importante”, quase que lisonjeada ao perceber que as perguntas sobre meu quadro de saúde estavam sendo feitas diretamente a mim, conferindo maior autonomia e também protagonismo na posição de paciente. Não somente a solidariedade e a empatia da médica me comoveram, como também sua maestria em conduzir a conversa (que mais

tarde descobri ser uma anamnese), com uma linguagem muito direta e acessível para a compreensão de uma criança.

Atenciosamente e com muito respeito pela paciente a sua frente, ela foi colhendo com minúcias as informações necessárias para montar minha ficha médica e, a partir disso, planejar uma estratégia de combate à infecção que apresentava tanta resistência. Feita a avaliação, foi prescrita uma injeção, que por coincidência eu já havia tomado antes e, por sentir muita dor, tinha pavor de repetir a experiência. Todavia, dispondo de todo o cuidado do mundo, essa médica me deu uma aula sobre o papel fundamental daquela injeção para que o meu bem-estar fosse alcançado, e prontamente me convenceu a concordar com sua prescrição.

Poucos dias depois, com a garganta muitíssimo melhor e o estado geral de saúde mais regular, retornei ao hospital com a minha mãe para agradecer à médica pela consulta. E fizemos também alguns exames complementares, que serviram como base para que a Doutora Lulu, que de fato acabou se tornando “minha médica”, me encaminhasse para a realização futura de uma amigdalectomia, cirurgia de retirada das amígdalas que me poupou dessas crises de dor na garganta e infecções consecutivas durante o resto de minha infância e adolescência, incluindo os dias de hoje.

2.2 A doença

Na obra “O Alienista”, de Machado de Assis, podemos contemplar uma narrativa realista, que nos submete de maneira irônica e escancarada à vaidade e ao egoísmo do ser humano (ASSIS, 1882). Nesse conto, o que é “normal” e “anormal” é posto em cheque diante da incessante busca do Dr. Simão Bacamarte pelo real significado de sanidade mental. No entanto, a grande revelação que a história nos apresenta é que não existe de fato um padrão de fatores que possa enquadrar as pessoas como “loucas” e “normais”, e sim uma análise de fato individual e humanizada de cada pessoa. O Dr. Bacamarte, ao entender que os indivíduos não são como “ratos em

laboratório” que podem ser classificados como perfeitos ou imperfeitos, tranca-se em um manicômio e se isola da sociedade por não aceitar a inexatidão da vida.

Esse clássico da literatura tem, portanto, muito a acrescentar aos estudantes e profissionais médicos, uma vez que, como já mencionado pela Gabrielle anteriormente, a necessidade da atenção individualizada e focada no paciente é extremamente crucial para um atendimento de qualidade e uma maior adesão do indivíduo ao tratamento. No entanto, ainda há profissionais que insistem em propagar a lógica mercantilista dentro de um consultório, deixando sua humanidade e compaixão apenas para sua vida pessoal.

Na ano passado, minha avó de 87 anos, que vamos chamar de Dona Ana nessa narrativa, foi a uma consulta com um cardiologista para reclamar de uma dor no peito esquerdo que irradiava para os braços e que a estava incomodando para realizar seus afazeres, como lavar a louça e pegar objetos em cima de seu armário. Quem a indicou esse cardiologista foi a vizinha, de pseudônimo Marilda, que disse não ter tido pressão alta desde que começou a tomar os 5 remédios todos os dias no mesmo horário que o doutor Francisco – outro pseudônimo – a receitou. Minha avó, que acreditava no bom senso de Marilda, achou de imediato que esse médico podia ajudá-la a entender sua dor e permitir que ela voltasse a sua rotina, da maneira que gostava.

Ao chegar ao consultório, foi à recepção buscar sua ficha e realizar o pagamento da consulta. Nesse primeiro momento, já se sentiu decepcionada com o tratamento da atendente, que mal ouviu o que ela tinha perguntado, apenas dando sua ficha e pedindo pra que ela esperasse sentada nas cadeiras da sala ao lado. Dona Ana ficou incomodada com a antipatia da moça, mas estava tão chateada com a dor que permaneceu esperando sua consulta, com a esperança de que o doutor Francisco pudesse resolver seus problemas, assim como resolveu os de Marilda.

Durante a espera na sala ao lado, Dona Ana ficou repassando toda a história que gostaria de contar ao médico na sua cabeça. Ela estava sentindo essa dor há mais de um mês, e antes disso já ha-

via apresentado outros sinais que a preocuparam, como no dia em que foi visitar os netos e caminhou por meia hora, e teve que pedir ajuda ao guarda da rua para levá-la de volta para sua casa, já que o esforço a fez sentir náuseas e dor nas costas.

Após duas horas de espera, finalmente Dona Ana ouviu seu nome ser chamado na porta da consultório. Ela se levantou e foi em direção à porta, pronta para detalhar todas suas queixas que havia repassado mais de dez vezes enquanto aguardava a consulta. Mas, para sua surpresa e decepção, foi atendida por um médico que não parecia muito preocupado com sua história. Quando ela entrou, o doutor Francisco estava de cabeça baixa fazendo anotações, e permaneceu estático nessa posição, orientando a Ana a sentar-se. Ela, que ainda confiava que todo aquele descaso inicial pudesse reverter-se em pura empatia e cuidado, já que em seu imaginário o conceito de bom médico da sua vizinha Marilda era o mesmo que o dela. Porém, segundos depois ela viu que isso não era bem uma verdade.

Então, o doutor Francisco manteve sua postura desinteressada e perguntou com a voz pouco receptiva o que havia ocorrido com Dona Ana. A paciente começou a contar sua história de dois meses atrás com riqueza de detalhes quando foi interrompida pelo médico que apenas disse: “Quero saber o que a senhora tem hoje”, de maneira rude. Ela, que já estava constrangida com tamanho descaso, resumiu toda sua história com apenas três palavras: dor no peito. A partir dessa descrição um tanto vaga e curta, o doutor Francisco, que na cabeça de Marilda era próximo de um deus da cura, começou a escrever nomes e doses de remédios em um papel, sem ao menos sinalizar à pobre Ana o que ele estava fazendo.

Ele, por fim, deu o papel à dona Ana e disse: “Você irá encontrar tudo isso na farmácia aqui da esquina, recomendo que compre lá”. Espantada ainda com a sequência de decepções com a qual foi bombardeada desde que pisou naquela clínica, dona Ana recolheu o papel com a receita e, em um tom constrangido, agradeceu.

Essa história, que revela um profissional extremamente desconectado com a humanidade de seu paciente, infelizmente não é

incomum. Somos submetidos a falta de atenção e negligência de médicos desde crianças, e isso faz com que esperemos menos do que o aceitável, como é o caso da dona Marilda, que se sentiu satisfeita somente porque o doutor passou um remédio que melhorou seu problema. Mas será que é somente esse o papel do médico? Resolver problemas? Evidentemente que não.

Precisamos sempre nos atentar ao tipo de profissional que estamos nos tornando e se estamos nos deixando contaminar por esse fatídico desinteresse pelo outro. Há diversos motivos que fazem um médico chegar ao ponto do doutor Francisco. Ver o paciente como se ele fosse apenas o problema que ele tem é um desses motivos. É urgente que o modelo biologicista que vem sendo predominante desde o século XIX no meio médico seja humanizado e que o cuidado ao paciente seja primordialmente focado no indivíduo, para que suas demandas sejam de fato atendidas (RAIMUNDO; SILVA, 2020).

A minha avó não precisava apenas de uma lista de remédios, ela precisava de atenção, precisava sentir que estava sendo digna da atenção do profissional que escolheu. No entanto, ela saiu da consulta constrangida pela postura do médico. Isso a fez não ter adesão ao tratamento, e também a desmotivou a procurar outro atendimento. Segundo ela, “sempre é a mesma coisa, todos são iguais”. E essa é uma opinião forte, de uma mulher praticamente centenária que já teve o desprazer de experienciar dezenas de consultas ruins. Ela perdeu completamente a esperança de encontrar alguém que de fato esteja preocupado com ela.

O nosso dever como futuros profissionais é buscar maneiras de não perder a sensibilidade mesmo com o bombardeamento de pacientes que seremos submetidos ao longo dos nossos cansativos dias de trabalho. É importante trabalhar sempre a empatia, e lembrar que do outro lado da mesa tem uma pessoa como nós, que precisa do nosso cuidado. Sejamos mais “doutora Lulu” e menos “doutor Francisco”. Somente assim poderemos entregar a real potencialidade que a medicina tem de mudar a vida das pessoas. Afinal, o médico não trata apenas doenças, ele trata pessoas.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Machado de. **O alienista**. Rio de Janeiro: A estação, 1882.

RAIMUNDO, Juliana; SILVA, Roberta. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Revista Mosaico**, Vassouras, RJ, v. 11, n. 2, p. 109-116, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>. Acesso em: 17 fev. 2022.

SANTOS JR., Júlio César Monteiro dos. Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-85, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-98802006000100011>. Acesso em: 17 fev. 2022.

O MÉDICO E O MONSTRO

Juliana de Oliveira Mansur Pacheco



1. Introdução

O clássico “O Médico e o Monstro”, do escritor inglês Robert Louis Stevenson (2019), conta a história de dois personagens, que ao mesmo tempo são opostos e intimamente relacionados. O Dr. Jekyll é um homem bondoso, virtuoso e humano, por outro lado, Sr. Hyde é um ser considerado desagradável, cruel e sem remorso. Como relacionar figuras tão distintas? Li esse livro ainda na escola, mas não poderia imaginar que um dia, já na faculdade, essa narrativa seria retomada de forma tão forte em minha mente. Categorizar o melhor e o pior médico da minha vida não foi uma tarefa tão difícil, contudo, me fez reviver Dr. Jekyll e Sr. Hyde dentro da minha própria história.

2. O médico

Faça o máximo do melhor e o mínimo do pior (STEVENSON, 2019).

Essa narrativa se inicia com uma menina de dois anos de idade tentando escalar o berço em que dormia e nessa peripécia acaba lesionando o tornozelo direito. A família da menina ficou um pouco assustada, mas, como a criança sempre estava metida em alguma aventura, seus pais não se preocuparam muito no momento e consideraram o acontecimento normal. A recuperação da lesão foi adequada, deixando a família ainda mais tranquila, enquanto a pequena adorava exibir o tornozelo imobilizado para os parentes e amigos. Os anos se passaram e quando a menina já estava com oito anos de idade lesionou-se novamente. Dessa vez, a causa foi um tombo ao andar de patins. Ela era acostumada a praticar o esporte, mas, ao tentar realizar uma pirueta nova, acabou escorregando e

teve um leve tombo. O resultado foi uma fratura de pulso e um gesso para todos os colegas da escola assinarem. A garota parecia ignorar a lesão, como se aquela injúria não a incomodasse e isso chamou a atenção de seus pais.

Meses depois, mais uma lesão. Luxação de tornozelo esquerdo. A mãe se assustou, não era possível um histórico de tantas lesões diante de acidentes leves, “essa criança deve estar sem cálcio”. Sendo assim, a alimentação da menina foi alterada, queijo, iogurte e leite era basicamente o que ela comia. Nada adiantou, aos nove, mais duas lesões, aos dez mais uma, aos onze mais... ao todo 12 lesões no período de 3 anos. Braço, perna, dedos, dentes, tudo a menina já tinha quebrado. As visitas ao pronto-socorro se tornaram cada vez mais cotidianas, mas a experiência era sempre semelhante. Todas as vezes que a menina se machucava, o médico plantonista continha-se em analisar a lesão, classificá-la e imobilizá-la. Ela sempre voltava para casa alegre com seu gesso novo e os pais com uma pulga atrás da orelha: “Mas por quê? Qual o motivo desse histórico?”

Desesperados e desesperançosos, os pais decidiram buscar, mais uma vez, um especialista, na intenção de investigar o caso da filha. É nesse momento que a Dra. Mônica entra em nossa história. Ortopedista, bondosa, virtuosa e humana. Logo de início, não se deixou assustar pelo desespero dos pais da menina. Eles assustados se atropelavam entre os termos que tinham pesquisado na internet. Temiam que a criança tivesse osteopenia³¹, osteoporose³², doença de Paget³³, osteogênese imperfeita³⁴, e todas as outras doenças que o Google® foi capaz de descrever. Mas, mesmo diante de um furacão de emoções que aquela família estava vivenciando, a doutora,

31. É uma condição pré-clínica que sugere a perda gradual de massa óssea que pode levar à osteoporose (SILVA et al., 2015).

32. Doença que compromete a resistência dos ossos e aumenta o risco de fraturas no fêmur, pulsos e coluna vertebral (SILVA et al., 2015).

33. Doença esquelética, podendo ser causada por uma infecção viral e/ou fatores genéticos. É caracterizada por um aumento da remodelação óssea, resultando em anormalidade da arquitetura óssea. A composição e a formação do osso aumentam, resultando em ossos mais espessos, porém mais fracos do que o normal (GRIZ; COLARES; BANDEIRA, 2006).

34. Doença rara de origem genética, que é caracterizada em especial pela fragilidade dos ossos que acabam sofrendo fratura de repetição (BRIZOLA et al., 2017).

muito carinhosa, escutou tudo que os responsáveis tinham a dizer e manteve uma postura paciente e acolhedora.

Ao final do desabafo, os acalmou. A médica explicou que era normal que algumas crianças se lesionassem com frequência, mas que iria investigar o que fosse necessário para eliminar possíveis dúvidas. Simples e rápido. Dra. Mônica só disse algumas frases, mas foi capaz de aliviar um peso enorme que os pais da menina vinham carregando. A consulta não durou muito. A doutora realizou o exame físico na paciente, analisou alguns raios-X que ela possuía, recomendou alguns exames e pronto! Aqueles pais aflitos já tinham passado por tantos médicos esperando receber essa atenção, receber mais que um gesso. A consulta parecia ter sido feita em um passe de mágica.

Meses depois, todos os resultados dos exames chegaram e eram normais. Nada apontava para alguma patologia ou anomalia. Ainda assim, a médica solicitou que um acompanhamento fosse realizado e a criança era levada para consultas regularmente. Conforme a menina foi crescendo, os incidentes foram desaparecendo, mas a Dra. Mônica foi capaz de criar um elo muito grande com a paciente, e acabou tornando-se amiga da família, de modo que nunca mais perderam contato.

3. O monstro

Todo mundo mais cedo ou mais tarde senta-se para um banquete de consequências (STEVENSON, 2019).

Moisés sempre foi um homem muito saudável, nunca era visto prostrado ou com alguma queixa. Nasceu em uma família bem humilde, por isso começou a trabalhar já na adolescência. Assim, junto com o início da atividade laboral, surgiram também novos hábitos na vida de Moisés. Ele foi introduzido no etilismo e no tabagismo aos 14 anos por seus colegas de trabalho e tornou-se alcoolista ainda muito jovem. Contudo, esse estilo de vida trouxe algumas consequências para sua saúde.

Aos 59 anos, foi diagnosticado com um câncer no estômago, por isso, precisou realizar cirurgia com retirada de parte do órgão e sessões de radioterapia. A recuperação aconteceu bem, de modo que Moisés teve uma boa rede de apoio e sua família o acompanhou durante todo o processo. O homem conseguiu curar-se do câncer gástrico, contudo, manteve os hábitos de intenso tabagismo e etilismo. Nesse sentido, algum tempo depois, quando Moisés tinha 63 anos foi novamente diagnosticado, dessa vez com câncer de laringe.

Novamente, Moisés iniciou sessões de radioterapia e, apesar do longo e desconfortável processo, o homem apresentava boa adesão ao tratamento e demonstrava uma evolução positiva. No entanto, após finalizar a penúltima sessão de radioterapia, voltando do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para casa, ele começou com um mal-estar, ficou prostrado, sem apetite e com episódios de êmese³⁵. A família, já acostumada com a dureza do tratamento radioterápico, imaginou que aqueles sinais e sintomas fossem resultado do procedimento, por isso tentaram controlar a situação em casa. Porém, o homem começou com episódios de síncope³⁶ e os familiares assustados decidiram buscar ajuda médica.

Os parentes, preocupados, levaram Moisés para o hospital famoso da cidade em que moravam. Chegando lá foram atendidos pelo Dr. Sérgio que, vestindo um belo jaleco branco e portando um estetoscópio no pescoço, se aproximou lentamente do paciente desacordado e de sua família. O médico observou a situação sem nem mesmo realizar um exame físico no homem irresponsivo, e após poucos segundos declarou que a causa dos sintomas era apenas uma desidratação. Desidratação? A família ficou intrigada e lembrou ao médico o histórico de radioterapia, questionando se apenas uma desidratação seria capaz de causar todos aqueles sintomas. Já se retirando, Dr. Sérgio reafirmou a desidratação e receitou 1 frasco de soro.

As instruções do médico foram seguidas fielmente pela equipe do hospital, mas, após finalizar a hidratação intravenosa, o pa-

35. Vômito (FERREIRA, 2010).

36. Desmaio ou perda temporária e súbita de consciência (FERREIRA, 2010).

ciente não teve melhora do quadro, então a família solicitou mais uma vez a presença do doutor. Ao se encontrarem novamente, ainda com Moisés desorientado, seus acompanhantes questionaram ao profissional se não seriam necessárias outras medidas, uma vez que o paciente permanecia debilitado. O médico afirmou que Moisés poderia estar dessa maneira porque estava cansado e, mais uma vez sem tocar no paciente, deu alta para o homem.

A família, impotente diante da figura do doutor, levou Moisés para casa. Eles acreditavam que alguma coisa não estava certa e comentavam entre si que apenas um “cansaço” não seria capaz de “derubar” o patriarca daquela forma. Contudo, essa informação em momento nenhum foi considerada pelo médico e 4 horas depois da alta, os parentes retornaram com Moisés para o hospital, pois ele retornou com as sínopes. O paciente foi atendido na emergência do hospital, logo foi entubado e encaminhado para o Centro de Terapia Intensivo (CTI). Ele permaneceu em coma durante uma semana e em seguida teve morte cerebral. Moisés faleceu aos 64 anos e a causa da morte foi sepse³⁷. Acredita-se que Moisés adquiriu a infecção (posto sua baixa imunidade) devido à radioterapia. No entanto, essa hipótese sequer foi considerada pelo médico. Essa narrativa poderia ter tomado um rumo diferente se o Dr. Sérgio tivesse valorizado mais o histórico que foi relatado pela família do paciente, ou ainda se tivesse realizado um exame físico no atendimento. Dr. Sérgio poderia ter escrito um final diferente para essa história se suas ações fossem diferentes.

4. Conclusão

Sermos o que somos e tornar-nos o que somos capazes de ser é a única finalidade da vida (STEVENSON, 2019).

Ao final do livro, é revelado que toda a história acontece, pois Dr. Jekyll acredita que o lado bom e ruim de cada indivíduo pode ser alterado quimicamente. Dessa forma, cria um soro e testa em

37. Doença desencadeada por uma resposta inflamatória sistêmica acentuada diante de uma infecção, na maior parte das vezes causada por bactérias (FERREIRA, 2010).

si mesmo, libertando o seu cruel alter ego, o Sr. Hyde. Assim, através dos personagens Dr. Jekyll e Hyde, *O Médico e o Monstro* (2019) aborda a dualidade entre bem e mal presente em cada um de nós. Essas figuras, tidas como opostas, são na verdade dois lados da mesma moeda. Eles dividiam o espaço e evidenciam o desequilíbrio comum contido em todos os indivíduos – o bem superando o mal ou vice-versa.

Desde minha primeira leitura desse clássico, ainda na escola, a ideia de que nenhum ser é puramente bom ou mal ficou marcada em mim. Penso que dentro de nós, acadêmicos de medicina, existe tanto a potencialidade para sermos bons médicos, quanto para sermos médicos ruins. Dentro de nós existe tanto o Dr. Jekyll quanto o Sr. Hyde. O grande segredo dessa questão é sabermos quem vai se sobressair, quem vai dominar.

Nessa perspectiva, podemos realizar exercícios para aflorar o “bom médico” que temos em nós. Um exemplo é essa produção textual, trazendo à tona discussões importantes para a formação desse perfil e reflexões capazes de nos lembrar que não estamos impunes a sermos médicos ruins. Por isso, precisamos nos manter atentos e cautelosos, para sermos mais Dr. Jekyll do que Sr. Hyde.

A menina do gesso sou eu, Moisés é meu avô. Mônica, Dr. Jekyll para mim. Sérgio, Sr. Hyde da minha história³⁸.

38. Os nomes utilizados nessa narrativa foram fictícios.

REFERÊNCIAS

BRIZOLA, Evelise *et al.* Características clínicas e padrão de fraturas no momento do diagnóstico de osteogênese imperfeita em crianças. **Rev. Paul. Pediatr**, [S. l.], v. 35, n. 02, p. 171-177, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;2;00001>. Acesso em: 02 fev. 2022.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

GRIZ, Luiz; COLARES, Viviane; BANDEIRA, Francisco. Tratamento da doença de Paget óssea: importância do ácido zoledrônico. **Arq Bras Endocrinol Metab**, [S. l.], v. 50, n. 5, p. 845-851, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302006000500004>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SILVA, Ana Carolina Veiga *et al.* Fatores associados à osteopenia e osteoporose em mulheres submetidas à densitometria óssea. **Rev. Bras. Reumatol**, [S. l.], v. 55, n. 3, p. 223-228, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.08.012>. Acesso em: 02 fev. 2022.

STEVENSON, Robert Louis. **O médico e o monstro**. 1. ed. Jandira-SP: Editora Principis, 2019.

PALAVRAS QUE MATAM, PALAVRAS QUE CURAM

Bárbara da Silva Ferreira



A narrativa a seguir não será diferente das que a antecederam. Ela narra uma história contada a mim durante a coleta de uma anamnese para fins acadêmicos e, para aproximar você, leitor, dessa experiência, farei o papel de sua personagem. Tentarei aqui ser fiel ao relato da jovem Laura, que outrora me contara sobre as dores sentidas na sua, ainda breve, história de vida.

Tudo começou numa manhã de agosto. Sob o sol em Leão, eu vim ao mundo, a primogênita de meus pais. Não me lembro bem desse dia, nem de alguns muitos que se sucederam – diga-se de passagem, mas com certeza não fora o melhor dia da minha vida (não é muito agradável sair de uma casa quentinha e aconchegante, onde ninguém ainda me conhecia e eu ainda não sabia o que me aguardava). Nasci com um hemangioma na mão e antebraço direito, uma espécie de tumor benigno que até então não havia dado o ar da graça. Somente aos 9 meses de idade fui diagnosticada, quando minha mãe reparou que uma de minhas mãozinhas era um pouquinho mais inchada que a outra, e haviam algumas manchinhas escuras que preocuparam minha mãe e a levaram a procurar a pediatra. No início, não incomodava ninguém e minha família foi tranquilizada pela pediatra que, a princípio, achou que não fosse nada demais. Mas com o passar dos anos, o inchaço foi aumentando e somente com 5 anos de idade, quando o tumor já tomava uma proporção que incomodava visualmente e eu já podia reclamar das dores, foi que minha mãe procurou um tratamento. Mas essa história eu conto daqui a pouco.

Durante anos a fio, meus pais buscaram todo tipo de “cura” nas mais diversas especialidades médicas e até mesmo em outros estados. Enquanto não encontrávamos um tratamento eficaz, eu sofria os desafios de ser uma pessoa diferente em uma sociedade não habituada a lidar com isso. Foram anos sendo vítima de maus olhares, de colegas de turma que sentiam aflição

em segurar minha mão nas brincadeiras da escola. Anos que me renderam complexos de inferioridade e uso frequente de roupas de manga comprida – até mesmo nos dias mais quentes do verão carioca – para manter minha mão coberta. Como uma reação de causa e efeito, aceitei relacionamentos abusivos na adolescência, porque me fizeram acreditar que ninguém seria capaz de me amar outra vez do jeito que sou. Por muitos anos me rejeitei, não me amei e não me valorizei. Isso só aumentava a ânsia por uma cura que parecia improvável, mas que só ela seria capaz de fazer eu me aceitar e me amar – como pude ser tão cruel comigo? Passei anos acreditando que só seria feliz quando essa cura chegasse. Demorou para que eu entendesse quem sou, como me amo por ser quem sou e que todos à minha volta, com quem construí relações fortes e saudáveis, também me amavam pelos mesmos motivos que eu, até então, havia esquecido.

E foi no meio dessa história que tive minha experiência com o pior médico. Vamos voltar para os meus 5 anos de idade. Foi por volta dessa idade que minha mãe notou que quanto mais eu crescia, mais meu braço aumentava de tamanho e as manchinhas também cresciam proporcionalmente. Foi aí que ela decidiu procurar um especialista, pois, até então, eu era acompanhada por minha pediatra. A primeira especialidade que visitei foi uma dermatologista, que logo constatou que não era caso para sua especialidade. Após vários médicos me jogarem para lá e para cá, caí nas mãos de um ortopedista. Esse médico – infelizmente seu CRM me obriga a chamá-lo assim – me proporcionou, de longe, a pior consulta da minha vida e também da vida de minha mãe. Após todo oneroso custo em consultas até o momento, todo desgaste psicológico que passamos a enfrentar com a minha condição e a busca desenfreada por uma solução que parecia ao menos palpável até o momento, o médico nos recepciona com a notícia mais angustiante que havíamos recebido até o momento: “Não tem tratamento, a melhor opção é amputar o membro”. Minha mãe paralisou, e eu, com minha pouca idade, recordo-me vagamente de seu semblante empalidecido diante de tal discurso de um “doutor da sabedoria humana”.

Neste momento, caro leitor, desvio um pouco sua atenção dessa triste história para uma breve reflexão acerca do que estou lhe contando: uma mãe confiante na medicina e na capacidade huma-

na e sua criança de apenas 5 anos, com uma vida inteira pela frente para lutar por suas conquistas e sonhos que ainda iriam nascer em seu coração, se deparam com uma abordagem médica totalmente despreparada e insensível. Consegue perceber a sensibilidade que peço a você, futuro(a) doutor(a), para lidar com questões tão delicadas? É neste ponto que desejava chegar, desde que começamos este capítulo. Este simples relato que me cativou a reservar um capítulo inteiro só para ele, me embrulhou o estômago, marejou meus olhos e me fez engolir a seco a primeira vez que o ouvi. Histórias como essa são mais comuns do que nosso rasto imaginário possa alcançar e elas nos provocam – ou ao menos deveriam nos provocar – um sentimento de repulsa e desejo de ser muito mais do que esse médico um dia fora até o momento dessa consulta.

Como mera acadêmica de medicina e com o raso conhecimento que tive acerca da ética médica e da boa relação médico-paciente descritas no capítulo primeiro de uma das maiores referências da semiologia médica³⁹, afirmo com plena confiança de que jamais, em nenhuma hipótese, a conduta desse médico foi aceitável nos modelos da medicina que aprendemos na faculdade e mais, não precisa diploma, nem doutorado para aprender como tratar bem outro ser humano, ou apenas na medida em que gostaríamos de ser tratados. Para mim, faltou sensibilidade e empatia. Faltou se colocar no lugar de uma mãe com sua pequena criança, buscando a ajuda de um estranho que ela plenamente esperava confiar.

É óbvio que essa mãe, em suas plenas capacidades mentais, não deu ouvidos àquele médico, mesmo sabendo de suas habilidades médicas e, mais do que isso, certamente nunca mais o procurou e não o recomendou a ninguém. Esse médico, mesmo sem querer, acaba de nos ensinar uma grande lição: a de não ser como ele. E, ainda que hoje ele tenha mudado suas perspectivas em como abordar um paciente em um momento de fragilidade humana, essa mãe carregará seu nome na lista dos piores médicos por quem já foi atendida.

39. Ver Porto (2013).

Karl Jaspers (1996), em *Il medico nell'età della* técnica, traz uma abordagem bem satisfatória do assunto quando diz que os recursos disponíveis conseguem lidar com cada fragmento do ser humano, mas quando consideramos esse mesmo ser humano em sua totalidade, falta ao médico a habilidade para compreendê-lo. Essa citação cabe bem no contexto aqui apresentado e nos leva a uma discussão mais profunda e mais séria do que nossa pequena percepção sobre empatia.

O princípio da não maleficência⁴⁰ afirma a obrigação de não infligir dano a alguém intencionalmente. Prejuízo ou dano podem aqui ser compreendidos como a ação de contrariar, frustrar ou interpor obstáculos aos interesses de alguém. Tratar mal o paciente, mesmo que não cause “dano direto” à saúde, também pode causar prejuízos e, portanto, pode ser um fator que contraria o princípio da não maleficência e atrapalha uma boa relação médico-paciente.

Segundo o artigo 23 do código de ética médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 37), “é vedado ao médico tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”.

Ao procurar qualquer serviço, todos querem ser atendidos com qualidade e depositar confiança no profissional escolhido. De acordo com os relatos dos entrevistados neste trabalho, um paciente bem tratado pelo médico, seja por meio de uma boa escuta, um bom acolhimento, um pouco de atenção, o olhar para o paciente, a empatia e o respeito, tem muito mais chances de aderir a um tratamento, por exemplo, do que pessoas que se sentem maltratadas e/ou mal atendidas. Ao contrário, elas tendem a buscar outro atendimento, ou simplesmente não retornam mais para se consultar, sem contar os danos psicológicos que uma consulta desumana pode causar para o paciente, como aconteceu com nossa pequena criança e sua mãe.

40. Um dos princípios do modelo de análise bioética principialista. Para maiores informações: Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009).

É com essa reflexão que abro um enorme parêntese para te contar sobre uma experiência completamente diferente da relatada, mas vivenciada por essa mesma mãe, só que desta vez, a paciente era ela e quem me contou foi também sua filha que, agora já crescida, lembra com detalhes mais precisos os eventos que aqui irei descrever.

Certa vez, essa mãe, andando pelas ruas de sua cidade, foi vítima de um assalto. Esse dia foi, de longe, um divisor de águas na sua vida. A partir deste – me atrevo a dizer – infeliz dia, essa mulher passou a ter crises de pânico⁴¹, depressão⁴² e delírios⁴³ dentro de sua própria casa. Sentia que estava sendo perseguida. Anos de tratamento com antidepressivos e atendimento com excelentes psiquiatras não foram capazes de conter o curso da doença, que agora já adocece também toda a família, que convive com a situação e sente as dores dessa mulher.

E agora você me pergunta onde quero chegar com isso. É exatamente aqui. Nossa criança da primeira narrativa, agora já crescida e na faculdade, se depara com um ser humano digno de todo elogio, de um brilho que ultrapassa as telas da sala de aula online e que contagia qualquer um em um dia ruim. Um médico e professor que faz jus às suas ocupações na sociedade.

Essa jovem relata que procurou ajuda do professor para pedir conselhos profissionais, sobre o que fazer diante da situação, sobre qual profissional recorrer ou até mesmo possíveis indicações. O professor, então, se ofereceu para receber essa mãe em seu consultório para que ele mesmo, dentro de sua especialidade, pudesse fazer uma avaliação mais adequada. A consulta foi digna de ser assim chamada. Diferente do outro médico, esse foi atencioso e cumpriu com todos os princípios básicos que regem a bioética desse atendi-

41. São crises agudas e intensas de ansiedade, acompanhadas por medo intenso de morrer ou de perder o controle, acompanhadas de taquicardia, sudorese, etc. (DALGALARRONDO, 2008).

42. A depressão é um transtorno mental, caracterizado por um quadro de ideias de ruína, lentificação psicomotora, apatia, dentre outros sintomas (DALGALARRONDO, 2008).

43. São fenômenos ostensivos ou processos segundo os quais se produzem as ideias delirantes (DALGALARRONDO, 2008, p. 216).

mento: a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça⁴⁴. Após a agradável consulta, com direito a uma anamnese completa, com um olhar de empatia e compreensão, tentando entender aquela mãe e sua filha, mesmo não sendo o especialista mais indicado para o caso, ele tentou ajudar.

Durante um pequeno instante dentro do lapso temporal no qual essa mulher e sua filha se encontravam, elas puderam sentir um pouco de paz, de acolhimento e empatia. Após a consulta, o médico manteve contato com a filha para saber como estavam ela, sua mãe e toda a família, sobre como andava o tratamento e seus resultados e ainda perguntou se o dinheiro que haviam pago (sem que ele soubesse) à sua secretária pela consulta não lhes faria falta, pois estava disposto a devolvê-lo. Também lhes ofereceu, como cortesia, a próxima consulta.

Percebam que não estou falando da bondade do médico em não querer cobrar por uma consulta, e sim sobre sua capacidade em perceber a situação da família e achar que ajudá-los seria mais importante que apenas “encher o bolso”. Isso se trata de empatia. Trata-se de um médico que entendeu que não ficaria mais rico ou mais pobre com o dinheiro dessa família. Ele queria ajudar e, acima de tudo, ensinar. Além disso, trata-se, ainda, da capacidade desse médico de se interessar pelo outro. Essa capacidade é, inclusive, um dos princípios descritos por Dale Carnegie (1936) em seu livro *Como fazer amigos e influenciar pessoas*, o princípio de desenvolver um interesse genuíno pelos outros, muito bem exemplificado por essa situação, em que esse médico, antes de qualquer coisa, se interessou pela história de sua aluna e ofereceu ajuda genuinamente.

Aquele professor ensinou a sua aluna e a nós todos que aqui estamos dedicando um tempo a essas páginas, como ser um médico de verdade. Ele nos mostra que tudo o que lemos nos livros não se trata apenas de uma teoria bonita e utópica, muito pelo contrário,

44. O modelo de análise bioética comumente utilizado na prática clínica no Brasil é o principalista, desenvolvido por Tom Beauchamp e James Childress em 1979. Esses autores propõem quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Ver Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009).

ela é real e muito palpável a todos nós que estamos dispostos ao lindo e gratificante trabalho que é ser um bom médico.

Espero que, após essa leitura, eu tenha ao menos conseguido acender em seu coração uma pequena chama e que ela se mantenha acesa durante sua caminhada na medicina. E lembre-se de uma das lições deixadas pelo pai da medicina, Hipócrates (460-377 a.C.), de que as forças naturais que estão dentro de você curarão suas doenças.

REFERÊNCIAS

CARNEGIE, Dale. **Como fazer amigos e influenciar pessoas**. 45. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1995.

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.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Art-med, 2008.

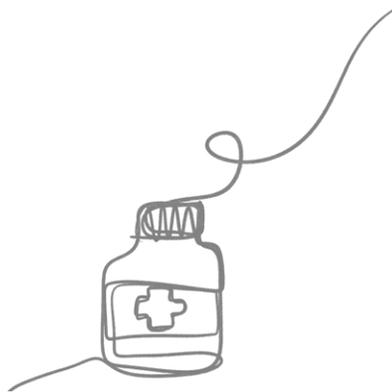
JASPERS, Karl. **Il medico nell'età della tecnica**. Itália: Cortina Raffaello, 1996.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A bioética e suas teorias. *In*: REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 39-62. (Temas em Saúde collection). Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>. Acesso em: 02 fev. 2022.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. 7. ed. Campo Grande-RJ: Guanabara Koogan, 2013.

AÇÃO E REAÇÃO, ATOS E CONSEQUÊNCIAS DA PRÁTICA MÉDICA

Luísa Lisboa Machado



Quando iniciamos nossa trajetória na faculdade de medicina, temos a perspectiva de que, no futuro, um bom médico é aquele que compreende todos os saberes, atende na velocidade da luz e que é um bom sinal que a sala de espera do consultório esteja cheia.

Ao adentrarmos no conhecimento sobre o ser humano, não visando apenas a patologia e enxergando-o também como um ser emocional, que tem problemas, muitas vezes, esses podendo ser o motivo da queixa inicial na consulta, percebemos que não é por esse caminho que devemos seguir.

O médico é um ser falho, é um ser humano como qualquer outro, por este motivo não consegue saber todas as coisas. Não devemos nos espantar ao observar um médico consultando livros, sites e aplicativos para proceder no diagnóstico e tratamento de um paciente. Esse ato não diz respeito a um profissional desqualificado e sim demonstra que esse profissional tem zelo pela vida do seu paciente e não quer errar, colocando sua vaidade “para fora”, a fim de melhor realizar seu trabalho. O profissional que atende rápido pode deixar passar muitas informações importantes que deveriam ter sido coletadas na consulta, como alergias e possíveis doenças prévias ou genéticas.

A sala de espera cheia pode significar que este médico não chegou na hora da consulta agendada, fazendo seus pacientes esperarem por longas horas e, dependendo da situação, pode ser falta de profissionalismo com as pessoas que o aguardam.

Na disciplina de propedêutica médica, estudamos sobre diversos assuntos, e cada estudante teve como função coletar uma anamnese por semana. Também foi perguntado aos entrevistados quais foram os melhores e piores médicos com os quais aquele pa-

ciente teve contato. Nos deparamos com diversas situações e relatos, uns nos causando profunda indignação e outros nos dando uma esperança na classe médica que um dia iremos atuar.

O médico tem como principal função o gesto de curar, porém, ao longo da sua trajetória, muitos vão perdendo o “brilho no olhar” para a profissão, e isso pode ocorrer por diversos fatores. Em decorrência desses atos, as pessoas mais afetadas com as atitudes menos humanizadas são os próprios pacientes, que vão na consulta em busca de ajuda e acabam sendo atendidos de qualquer jeito, não tendo seu problema resolvido e gerando as diversas queixas de péssimo atendimento médico, que são frequentemente escutadas quando perguntamos a alguém sobre suas experiências com os médicos com os quais já teve algum contato durante a vida.

Irei continuar o relato sobre Laura, uma paciente a qual vocês já conhecem a história, mas que durante a infância continuou sofrendo até que encontrou um outro médico, que mudaria de vez a sua vida.

Após várias consultas sem sucesso, Laura foi a uma com um cirurgião vascular, que disse que tinha como cessar suas dores e reduzir seu tumor de tamanho através de uma cirurgia simples.

O procedimento indicado pelo médico era uma embolização⁴⁵ e a informação passada para a criança e familiares dizia que essa embolização aumentaria o tamanho da mão da paciente após o procedimento e depois iria regredir novamente. O procedimento começou a ser traumático desde o início. Laura estava com medo e o cirurgião lhe garantiu que sua mãe poderia acompanhá-la no centro cirúrgico e que ficaria com ela o tempo inteiro. Porém, não foi o que de fato ocorreu. Ao entrar no centro cirúrgico, a criança chamava pela mãe, que ele assegurava estar chegando. O tempo ia passando e a mãe não aparecia, então foram chamados 4 enfermei-

45. Embolização de um tumor significa oclusão com êmbolos dos seus vasos nutrientes, tendo como finalidade a redução do sangramento transoperatório, promovendo, em alguns casos, a desvascularização do seu leito propriamente dito e não somente do vaso nutridor (CAVALCANTI; NUNES, 2003).

ros para segurar os braços e as pernas da criança, que se encontrava chorando e em desespero, para começar o procedimento.

A cirurgia foi realizada e, ao passar a visita no quarto da paciente, o médico continuou confirmando que a mão dela iria reduzir de tamanho após alguns meses da cirurgia e iria ficar imperceptível o tumor, além disso, suas dores iriam cessar e ela teria uma vida normal. Após mais de 1 ano da cirurgia realizada, o seu tumor, que deveria ter diminuído, aumentou ainda mais, fazendo-a perder parte dos movimentos da mão. A criança, que escrevia com a mão acometida pelo tumor, passou a ter mais dificuldades na hora da escrita, não conseguia mais abrir sua mão sem ajuda, perdeu a mobilidade dos movimentos dos dedos e do punho e ainda teve piora de suas dores, que passaram a cessar apenas com uso de medicação analgésica diária, sendo utilizada por mais de duas vezes ao dia.

Além de todas as consequências físicas do erro médico cometido, a criança passou a sofrer os danos psicológicos de tal conduta. Os professores de sua escola não entendiam sua condição e a colocavam em todas as aulas de reforço, exclusivamente por sua escrita ser pior que de seus colegas, forçando-a a fazer diversos exercícios de caligrafia para melhorar a letra, aumentando a dor que ela sentia, já que era pressionada a fazer cada vez mais exercícios. A justificativa utilizada era de que “a letra estava ruim por falta de prática”, não levando em consideração a doença da criança. Outro fato que a afetou foi um dia durante a aula em que a professora pediu para os alunos darem as mãos, formando uma roda, e nenhum aluno quis dar a mão à Laura, por acreditarem se tratar de uma doença contagiosa.

Anos se passaram, atualmente, Laura é uma adulta jovem, estudante da área da saúde e, após conhecimentos adquiridos sobre a sua condição clínica, descobriu que o procedimento realizado por aquele cirurgião não deveria ter sido feito. Nesse caso, como muitos outros, observamos como o cuidado individualizado faz diferença na vida de uma pessoa. Quando a paciente é vista como uma pessoa singular e não como uma doença, erros como esses são menos prováveis de ocorrer.

Segundo o código de ética médica, Art. 1º, Capítulo III – Responsabilidade profissional: “causar dano ao paciente, por ação ou omissão é caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009). A prática realizada por esse médico feriu veementemente o código que ele deveria seguir à risca, preservando seu paciente de passar por situações causadas por imperícia, imprudência ou negligência, vindas de uma pessoa que ela confiou a própria vida, esperando ser cuidada da melhor maneira possível.

Assim como a vida, essa história não tem apenas capítulos ruins. Laura teve durante sua vida uma médica que se tornou mais que uma profissional, se tornou uma amiga.

A mesma pediatra que fez seu diagnóstico no relato anterior é a médica que ela considera ser a melhor que conhece. Ao ser indagada sobre o porquê considerar essa médica a melhor de todas, Laura respondeu que se sentia acolhida e protegida. Desde criança, ao ir na consulta desta médica, ela não sentia medo ou chorava ao ser examinada, uma vez que a médica tinha paciência ao examiná-la e, muitas vezes, Laura era distraída com brincadeiras que a faziam não perceber que algo estava acontecendo. Essa mesma médica se importava em perguntar à própria criança o que estava acontecendo, se sentia dor ou se estava tudo bem, como estavam as coisas da escola, as amigas, tinha interesse em saber como era a vida completa e não só tratar a queixa de sua ida na consulta. Outros requisitos que Laura destacava como bons nessa médica eram saber ouvir as suas queixas desde pequena, estar disponível no celular sempre que era preciso, não tinha “tempo ruim” quando o assunto era ajudar alguém que estava precisando, era gentil e sempre explicava o tipo de exame físico que iria fazer ou, quando prescrevia uma medicação, sempre esclarecia a receita, a fim de não deixar dúvidas sobre tudo o que havia sido prescrito.

Com as respostas obtidas nas entrevistas, pude observar que nem sempre o médico considerado bom na visão de um paciente é o “médico que sabe tudo”. O acolhimento e a escuta foram citados como imprescindíveis na relação médico-paciente, pois, sem esses

requisitos, toda uma aproximação fica fragmentada, o médico não dá abertura e o paciente se sente desconfortável para falar.

Merhy et al. (2014) tem uma ótima explicação quando refere o paciente como uma rede viva, que vaga pelo sistema em busca de atendimento, devido a isso, acaba fazendo diversas conexões que muitas vezes poderiam ter sido evitadas. O paciente, quando não consegue o atendimento que queria, continua em busca de uma consulta que considere alcançar suas expectativas. É muito triste recebermos esses relatos, porque junto deles vem toda uma bagagem emocional, além de dor, que muitas vezes está associada. Lembro-me de quando minha avó paterna ainda era viva, e a lembrança que tenho é dela sempre com dificuldades de se locomover, vários exames eram feitos, pois ela reclamava de muitas dores e nada era “encontrado” nos seus exames. Esse martírio durou mais de 10 anos na vida dela, já tinha passado por diversos médicos, e nada “achavam”, cogitaram a hipótese de que “era invenção da cabeça dela” para chamar atenção, até que, depois desses anos de sofrimento, um médico resolveu solicitar um exame diferente de todos os outros que ela já tinha feito e o diagnóstico foi realizado, fratura de fêmur.

Durante as aulas da disciplina de semiologia médica, um professor teve uma fala que me fez refletir sobre o meu futuro como profissional e nessa fala ele dizia para antes de olhar o prontuário, onde já estava escrito toda a evolução, que nós mesmos fôssemos até o paciente e perguntássemos como ele estava se sentindo, o que o levou até ali e aí sim começássemos a examiná-lo e colocar o nosso parecer. Esse professor nos orientou sobre viver no automático, que é rotineiro nessa profissão. Muitos médicos são induzidos na sua conduta pelo parecer que leram de um médico anterior e que, muitas vezes, se o primeiro faz o diagnóstico errado, esse mesmo diagnóstico se perdura, pois não é dada uma atenção devida a todos os sinais e sintomas que o paciente descreve, e sim à evolução do médico anterior.

Durante o segundo período, fomos até o hospital público de Macaé-RJ para coletar casos junto com os professores e fazer um seminário. Nesse trabalho, meu grupo em questão ficou com o

caso de uma paciente que não saberei relatar a fundo, mas que me marcou profundamente. Ela tinha diagnóstico por vários médicos de cardiomiopatia dilatada⁴⁶ e, ao estudar sobre essa doença e suas manifestações clínicas, ficamos sem entender, pois nenhum sintoma condizia com a condição dessa paciente, e depois de estudar muito e pedir a opinião de um profissional de nossa confiança, descobrimos que ela tinha comunicação interatrial⁴⁷, diagnóstico esse que realmente condizia com toda a história e sintomatologia da paciente. O mais impactante dessa história é que alunos do segundo período diagnosticaram o caso de uma paciente que já havia sido avaliada por diversos especialistas e não teve sucesso.

Após todas essas experiências de vida, venho aqui reforçar a importância do ouvir, de acolher e ter uma boa relação médico-paciente, esses são os pilares para a vida de um bom médico, sem essas características, observamos como é difícil o dia a dia de um paciente que sofre por descasos e erros médicos que não deveriam ocorrer.

Como cantava Gonzaguinha⁴⁸ (1982) na música “O que é? O que é?” – “Ninguém quer a morte, só saúde e sorte”⁴⁹, que possamos refletir sobre tudo o que foi falado durante este capítulo, sobre os relatos de um bom profissional, para o exemplo poder ser seguido, e de um profissional ruim, para não repetirmos suas atitudes. Um paciente quando procura atendimento médico quer somente saúde e não se deparar com os relatos desastrosos que foram abordados no texto. Que tenhamos a consciência de que estamos lidando com vidas e que as pessoas merecem respeito e um atendimento adequado para tudo aquilo que elas necessitam, que sejamos mais humanos e nos coloquemos cada vez mais no lugar do outro.

46. A cardiomiopatia dilatada é a mais frequente das cardiomiopatias, essa patologia atua interferindo na função contrátil dos ventrículos, principalmente do ventrículo esquerdo e pode levar à morte em qualquer fase da doença (ALBANESI, 1998).

47. A comunicação interatrial (CIA) é uma doença de difícil diagnóstico, nela há uma comunicação entre os átrios cardíacos, causando retorno do sangue do lado esquerdo para o direito, aumentando o fluxo sanguíneo pulmonar. A CIA é congênita e na maioria das vezes assintomática (SILVEIRA et al., 2008).

48. Nome artístico do cantor e compositor brasileiro Luiz Gonzaga do Nascimento Júnior.

49. Composição: Thierry De Araujo Paixão Costa.

REFERÊNCIAS

ALBANESI, Francisco Manes. Cardiomiopatias. **Arq Bras Cardiol**, [S. l.], v. 71, n. 2, p. 95-107, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X1998000800002>. Acesso em: 04 mar. 2022.

CAVALCANTI, Carlos Eduardo; NUNES, Ademir. Desvascularização de meningioma intracraniano através de embolização pré-operatória. Relato de caso. **J Bras Neurocirurg**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 70-72, 2003. Disponível em: <https://jbnc.emnuvens.com.br/jbnc/article/view/447/385>. Acesso em: 23 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM n. 1.931/2009. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>. Acesso em: 23 fev. 2022.

GONZAGUINHA. **O que é, o que é?** Gravadora: EMI-Odeon. Ano: 1982 Suporte: 4 min 19 segundos. Disponível em: <https://www.lettas.mus.br/gonzaguinha/463845/>. Acesso em: 23 fev. 2022.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulg. Saúde Debate**, [S. l.], n. 52, p. 153-164, 2014.

SILVEIRA, Ana Carolina *et al.* Comunicação interatrial. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 10, n. 2, p. 7-11, 2008.

DOIS EXTREMOS

Taís Caroline dos Santos Silva



As narrativas a seguir foram construídas de forma fiel às características reais dos personagens, a partir de relatos verídicos, entretanto, visando preservar a privacidade e identidade dos indivíduos envolvidos, os nomes são fictícios.

1. O médico anjo

Meu nome é Marcia. Eu estou escrevendo essa carta para contar sobre como um médico mudou a minha vida e a do meu filho. O Doutor Fábio é um anjo para a gente. Eu não sei o que seria de mim sem ele. Eu tenho 65 anos e meu filho, Caio, tem 40. Desde os 22 anos que Caio, após o término de um relacionamento, começou a beber muito e usar cocaína. Com isso, ele perdeu o emprego, gastou todo o dinheiro que tinha, não conseguiu mais trabalhar, porque toda vez era demitido por causa da bebida. Com o tempo, isso começou a piorar. Eu sempre percebia que ele ficava muito agressivo comigo quando bebia, criava confusão nos bares... Essa situação durou por anos na minha vida. Eu perdi a vontade de viver, não conseguia dormir mais, eu sentia como se ele estivesse acabando com a minha vida.

Durante esse período, ele conheceu uma mulher, que engravidou. Ao mesmo tempo que eu tinha esperança que ele pudesse mudar, eu tinha medo de que tudo piorasse ainda mais. Para sustentar a criança, ele só conseguiu emprego em um bar, em que ele passava o dia bebendo todo tipo de bebida, da cachaça à cerveja e consumindo drogas. Como eu disse, ele era muito agressivo quando bebia e agia assim com a esposa dele. Eu não entendia como ela ainda morava com ele e com a gravidez a minha preocupação dobrou. Em uma dessas ocasiões de brigas, os vizinhos chamaram a polícia e ele foi preso por desacato a autoridade e agressão à esposa. Eu entrei em desespero, não sentia minhas pernas e só lembro de implorar

para o policial não levar o meu filho. Depois disso tudo, Caio foi solto e ela decidiu permanecer com ele.

Um tempo depois, ele chegou na minha casa e disse que não queria mais o relacionamento. Os dois se separaram, porém um mês depois eles decidiram voltar, mas ela impôs uma condição: que ele não bebesse mais e que procurasse um médico para se tratar. Agarrei essa oportunidade e marquei uma consulta com um psiquiatra na mesma semana e ele só aceitou ir se a esposa fosse também.

Um detalhe importante que esqueci de comentar: a gente sempre conversava e eu dizia para ele que ele precisava de ajuda, mas ele negava. Falava que não era louco. Comecei a perder as minhas esperanças e via, dia após dia, ele se destruindo e eu também. Fui percebendo que ele estava debilitado, muito magro, vomitando todos os dias, com os olhos amarelos, sem forças para levantar da cama. Comecei a lembrar de tudo que já tinha passado com o meu irmão mais novo, que morreu de cirrose, tadinho, aos 34 anos de idade, e eu sem conseguir fazer nada para ajudar. Foi aí que resolvi internar o meu filho. Nessa clínica ele tinha acompanhamento com psicólogo e psiquiatra, mas com 15 dias que estava lá me ligou implorando para tirar ele de lá e acabei tirando, porque eu também já estava em uma crise de depressão⁵⁰ terrível, mas com o Dr. Fábio foi diferente.

Os dois foram à consulta, Caio e a esposa, e voltaram de lá com muitos exames para ele fazer, até para HIV. No retorno, já com os resultados, eu também fui. Chegando lá, Doutor Fábio veio receber a gente na porta, perguntou o meu nome, perguntou como meu filho estava, olhou todos os exames e disse:

Cara, eu não sei ainda como você ainda tá vivo... Olha só como estão os seus olhos! Você me disse que tem um filho, você não pensa nele? Eu vou precisar encaminhar você para um gastroenterologista. Eu e ele iremos tratar você juntos.

50. A depressão é uma condição de tristeza ou desinteresse por um período longo de tempo, provocada por múltiplos fatores e que afeta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos (CORVEL, 2021).

Se depender de mim, você não morre. Agora você vai me prometer que não vai mais beber. Eu nunca perdi um paciente e não vou perder você. Você vai tomar esses medicamentos que estou passando e vai voltar em um mês.

E eu aproveitando a atenção dele, comecei a desabafar tudo que eu já tinha passado com o meu filho e ele disse: “A senhora pode ficar tranquila, porque agora eu vou cuidar do seu filho”.

Ele me medicou também, pois disse que o medicamento que eu utilizava há muitos anos para a depressão causava demência⁵¹. Ele começou a tratar meu filho e a mim. Ele foi uma benção em minha vida. Hoje, depois de 2 anos e 3 meses, ele não bebe mais e nem usa drogas, mudou a aparência, engordou, o fígado melhorou e também descobrimos durante o tratamento que ele tem Transtorno de Bipolaridade⁵², mas hoje isso também está controlado, apesar dele ainda usar os medicamentos. O que eu mais gosto no Doutor Fábio é que, durante as consultas, ele conversa com a gente sobre vários assuntos, pergunta como estão as coisas na casa do meu filho, fala para ele procurar algum curso que ele goste, incentiva ele a trabalhar, sempre colocando a gente para cima, parabenizando o meu filho a cada consulta e dando esperança, sabe? Durante uma das crises do Caio de bipolaridade⁵³, eu liguei para ele e informei o que tinha acontecido, que o Caio estava tendo alucinações e estava muito agitado. Ele me atendeu, falou comigo e meu filho pelo telefone e depois nos recebeu no consultório dele no mesmo dia. Eu só sei que eu sempre digo, o doutor Fábio é um anjo na minha vida.

Talvez, assim como eu, você esteja se perguntando o que fez com que o cuidado do doutor Fábio fosse tão eficaz e determinante na vida de Marcia e do seu filho, Caio. Acredito que cabe discutir-

51. Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2017), a Demência é uma síndrome caracterizada pela redução progressiva da capacidade cognitiva da pessoa, o que afeta a capacidade do indivíduo de executar suas tarefas diárias.

52. Transtorno Afetivo Bipolar constitui um transtorno mental, em que o indivíduo apresenta episódios depressivos, como apatia e tristeza, e episódios de mania, em que prevalecem a fala acelerada e a excitação, intercalados por períodos regulares (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017).

53. Episódio de mania, depressão ou misto, que ocorre em pacientes que apresentam Transtorno Afetivo Bipolar (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017).

mos aqui os aspectos presentes nesse relato que contribuíram para que a atuação desse médico fosse um diferencial em relação aos outros profissionais, que passaram pela vida do paciente.

Primeiramente, observamos que a personagem Marcia destaca com admiração o início do encontro, quando o médico os recebe na porta e olha bem para eles. É perceptível que a relação médico-paciente já começa a ser construída nesse momento, em que a rotina médica “comum” é rompida através de um olhar atento. Nesse momento, a acolhida inicial é realizada e esse simples ato já transmite a mensagem de valorização de quem será cuidado, o que nesse caso é essencial, até mesmo para a autoconfiança do paciente e aderência ao tratamento. Nesse sentido, Marcia descreve que o doutor Fábio conversa sobre tudo com eles, não apenas sobre saúde. Com essa atitude, o médico valoriza o momento do encontro, ele é capaz de compreender as diferentes formas de existir do paciente, seu contexto familiar, social, de trabalho, cultural e utiliza essas informações para promover um cuidado integral e individualizado, bem como desenvolver uma relação de confiança entre o profissional e o paciente. Observamos também que o médico aproveita as consultas para estimular as potencialidades de Caio, o que é importante para a qualidade de vida do rapaz e, conseqüentemente, restabelecimento de sua saúde. Assim, o médico Fábio se utiliza das tecnologias Leve, Leve-dura e Dura para desenvolver um encontro pleno, em que a conversa assume um papel tão importante quanto um tratamento medicamentoso, haja vista que as pessoas precisam se sentir valorizadas para que possam valorizar e cuidar do seu próprio corpo (MERHY *et al.*, 2014; MERHY, 2000).

Além disso, Marcia comenta que, durante o tratamento para uso abusivo de drogas e álcool, o Dr. Fábio diagnosticou também o Transtorno afetivo bipolar. A associação entre o Alcoolismo e o Transtorno de Humor é muito prevalente e tem sido alvo de diversos estudos, sendo esse transtorno um fator de risco importante para o alcoolismo (DALGALARRONDO, 2008). Dessa forma, o Dr. Fábio conseguiu enxergar além do diagnóstico primário e até

mesmo estereotipado de cirrose e abuso de álcool, já que, por meio de uma visão e abordagem médica integral, ele visualizou também o sofrimento psíquico, que pode ser consequência ou até mesmo causa do sofrimento do paciente, o que foi possível através da relação médico-paciente que foi construída entre eles.

Por fim, também notamos que o cuidado e o acolhimento oferecido pelo Dr. Fábio se estenderam à família do paciente, nesse caso, Marcia. A Dra. Ana Claudia Quintana Arantes (2019) afirma, em seu livro *A morte é um dia que vale a pena viver*, que quando uma pessoa adoecer, toda uma família adoecer junto. Nesse sentido, acolher o sofrimento de Marcia é investir e promover saúde partindo do conceito ampliado do processo saúde- doença, contribuindo para a reestruturação da rede de apoio do paciente e melhor entendimento dos Determinantes Sociais que influenciam sua vida (VALE, 2018).

No extremo oposto desse caso, descrevo agora outro comportamento médico, que também nos possibilita diversas discussões e traz à tona um assunto urgente, porém pouco pronunciado.

2. Violência silenciada

Eu sou Sônia, sou casada e tenho 40 anos. Eu fui fazer o exame da tireoide⁵⁴ e quando eu cheguei lá, eu percebi que o médico olhou estranho para mim. Eu estava com uma blusa que tinha uma renda no decote e logo que eu cheguei o médico que ia fazer a ultrassonografia começou a elogiar a minha blusa. E me disse: “Como você coloca uma blusa dessa para vir fazer o exame? Como eu vou me concentrar no exame agora?”

Ele não parava de falar isso. Eu deitei na maca para fazer o ultrassom e ele continuava falando que eu estava tirando a concentração dele. Eu estava muito envergonhada de ficar ouvindo isso e respondi: “Foca no que você tem que fazer”. Ao fazer o exame, ele posicionou o braço dele em

54. Exame de tireoide – Ultrassonografia da Glândula Tireoide: é um exame de imagem indicado para detectar alterações nessa glândula, como o crescimento anormal ou a presença de cistos (TRAMALLONI; MONPEYSEN, 2018).

cima do meu seio. E eu fiquei me perguntando se era realmente necessária aquela posição. Eu não via a hora dele terminar. Eu fui para esse exame acompanhada do meu marido, mas ele ficou na sala de espera me aguardando. Quando eu saí da sala, eu dei de cara com meu marido, que estava procurando em que sala eu estava. Eu não conseguia encarar ele de tanta vergonha que eu estava. Eu também tinha medo de que, se contasse, meu marido pudesse criar confusão com o médico. Olhei para a minha blusa e vi que não tinha nada demais. Até hoje, ele não sabe e eu tenho dificuldade de falar sobre essa história. Esse foi com certeza o pior médico com que eu já me consultei.

Esse relato é um exemplo de assédio sexual que, de acordo com a Lei 10.224 do Código Penal, ocorre quando um agressor de uma condição hierarquicamente superior, como o médico, constrange uma vítima mais vulnerável – nesse relato a paciente –, com o intuito de ganhar vantagens sexuais. O assédio sexual em ambiente médico é extremamente grave, tendo em vista que o profissional de saúde é aquele em quem as pessoas confiam, esperam respeito e dignidade por aqueles que são responsáveis por cuidar e curar, o que pode influenciar na forma como o indivíduo se relaciona com outros profissionais. Essa prática fere o artigo 63 do Código de Ética Médica e é dificilmente denunciada, tendo em vista o constrangimento, o abalo emocional provocado à vítima e a ausência de evidências que possam comprovar o crime (GOMES, 2007).

Dessa forma, os dois relatos nos apresentam comportamentos médicos e formas de construção da relação médico-paciente que evidenciam a potencialidade do encontro médico na vida e na saúde das pessoas. Reflexões como essas são essenciais para que a todo instante profissionais já formados e também futuros médicos, possam avaliar que figura somos ou seremos na vida de nossos pacientes. Seremos mais próximos do melhor ou do pior médico?

REFERÊNCIAS

ARANTES. Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver: e um excelente motivo para se buscar um novo olhar para a vida.** Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

BOSAIPO, Nyanne Beckmann; BORGES, Vinícius Ferreira; JURUENA, Mario Francisco. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 50, n. supl.1, p. 72-84, 2017. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127541>. Acesso em: 4 mar. 2022.

CORVEL, William. Depressão. **Manual MSD: versão saúde para a família**, 2021. Disponível em <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-do-humor/depress%C3%A3o> Acesso em: 4 mar. 2022.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GOMES, Júlio Cezar Meirelles. **Assédio sexual no exercício da Medicina: desvio ético ou doença?** São Paulo: Scortecci Editora, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2022.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulg. Saúde Debate**, [S. l.], n. 52, p. 153-164, 2014.

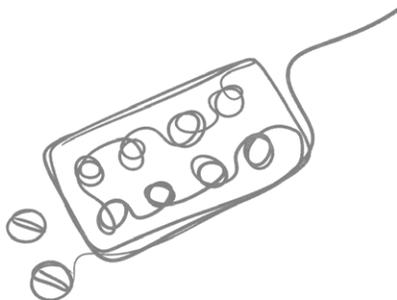
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Demência**: Uma prioridade de Saúde pública. 2017. Disponível em <https://sbgg.org.br/demencia-uma-prioridade-de-saude-publica/>. Acesso em: 4 mar. 2022.

TRAMALLONI, J.; MONPEYSSEN, H. **Ultrassonografia da tireoide**. Rio de Janeiro: São Paulo, Thieme Revinter Publicações, 2018.

VALE, Carlos André Silva do. Interfaces entre saúde coletiva e saúde mental: contribuições para plasticidade da rede psicossocial no acolhimento familiar. *In*: CONBRACIS, 3., 2018, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Editora, 2018. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/41152>. Acesso em: 04 fev. 2022.

ARTE DE CUIDAR, HISTÓRIA DE REENCONTRO

Adelaide Rodrigues de Moura
Rodrigo de Oliveira Cardoso Müller



A medicina é a arte de cuidar de uma vida, para isso nós, estudantes de medicina, escolhemos esse curso e nos esforçamos durante nossa formação. São 6 anos de muita dedicação, fora os anos de residência, para que, ao fim desse primeiro ciclo de aprendizado (continuamos aprendendo a vida toda), possamos nos sentir e sermos capacitados a promover o melhor atendimento possível para os nossos futuros pacientes.

Todos nós já passamos por momentos em que a saúde esteve prejudicada e, apenas a partir de um olhar médico, poderíamos ser instruídos a realizar/optar por medidas terapêuticas e profiláticas que auxiliariam na nossa melhora. Nesses momentos, a nossa vida é totalmente entregue nas mãos do profissional, assim como a nossa esperança de que tudo ocorra bem e o desconforto nos deixe. Diante dessa situação de vulnerabilidade, o(a) médico(a) deve ter um posicionamento ético exemplar, o qual é ensinado durante a formação universitária, a fim de que a relação médico-paciente seja desempenhada de modo a garantir a preservação da dignidade do paciente.

Entretanto, não é raro passarmos por médicos que apresentem longas filas em seus consultórios, submetendo os pacientes, independentemente da idade, a ficarem horas e horas esperando pela solução de seu problema. E o pior, muitas vezes a consulta é escassa de relação médico-paciente, há um distanciamento enorme entre os dois agentes envolvidos que até impossibilita uma simples troca de olhares. Trata-se do resultado do modelo biomédico de se lidar com a medicina, no qual a saúde se resume a um processo unicamente biológico, sem haver importância quanto ao lado

psicológico, social e ambiental (BREDA, 2021) em que o paciente está inserido. A figura do médico é centralizada no processo, sendo sua função entender o doente como uma patologia envolvida em sua bioquímica, fisiologia e anatomia, sem adentrar as questões sociais ou necessidades do indivíduo. Sendo assim, esse modelo não preconiza a relação médico-paciente como um primeiro passo na determinação de um diagnóstico e do tratamento a ser seguido. Relações rasas e instantâneas são produzidas e se refletem em diversas consultas que duram poucos minutos. Destarte, é impossível que tenha sido realizada uma coleta de anamnese adequada, um exame físico decente ou uma explicação mínima ao paciente que justifique e assegure a segurança da administração da medicação de nome estranho contida na prescrição feita pelo médico.

Além disso, a medicina é colocada em um “pedestal” não apenas por quem está imerso no meio, mas também por boa parte da sociedade. Isso tem raízes históricas antigas, desde que os médicos foram instituídos como curadores representantes da ciência, sendo legitimados pelo Estado (TESSER, 2009). Nesse contexto, as gerações de médico(a)s, ao longo do tempo, passaram a ter uma conduta de suposta superioridade em relação à maioria da sociedade, expandindo esta prática para a relação com os pacientes.

Nesse sentido, vale ressaltar que muitas vezes, se não a maioria delas, o profissional atua sem ética alguma se aproveitando do poder que sua figura assume. Em nossa pesquisa com pessoas que conhecemos, para a disciplina de propedêutica, acerca do tema de bons médicos e médicos ruins, o mais comum foram os relatos condizentes com a prática inadequada da medicina. Prontamente, o entrevistado lembrava de 2-3 profissionais ruins, enquanto que um exemplo de bom profissional dependia de um bom esforço da memória. Isso pode estar relacionado com a memória pós-trauma, mas mesmo assim, quantos traumas, hein...

O meu entrevistado, que terá o pseudônimo de Josias, discorreu sobre uma história ocorrida anos atrás. Ele estava jogando bola quando uma bola dividida espirrou e bateu com tudo em seu

olho, sem poder esboçar a mínima reação. De imediato, a visão ficou borrada, o olho ficou vermelho e a região do olho ficou inchada e roxa. Desesperado, procurou ajuda médica na emergência de um hospital local, acabou recebendo um tratamento inicial e um tapa-olho para preservar o olho acometido, contudo, não tinha nenhum oftalmologista de plantão, afinal, era dia de jogo do Brasil na copa do mundo. Foi recomendado, mesmo sem saber a real gravidade da lesão, que o seu Josias ficasse em repouso e esperasse o olho desinchar no final de semana e que, segunda-feira a consulta com o “especialista” seria realizada. Foi um longo final de semana de muita agonia, mas que foi de extremo repouso conforme recomendado. Como se nada de ruim o suficiente tivesse ocorrido, chegou o dia da consulta, já sem o tapa-olho, Josias foi à consulta. Primeiramente, sem nenhuma cordialidade, o médico gritou por seu nome de dentro da sala, nem se deu ao trabalho de levantar da cadeira. Com um ar de superioridade, esparramado na cadeira e prestando atenção no computador à frente, o médico disse um breve “boa tarde” e iniciou perguntando o que o levava até a consulta. O entrevistado disse o ocorrido e enquanto falava, sem prestar a devida atenção ao relato, o médico examinava o olho. Em meio à explicação e várias observações mais de perto por parte do médico, este parecia inquieto e prontamente afirmou “nossa, mas esse olho está em perfeitas condições, tem certeza de que aconteceu algo?!”. Surpreso e incrédulo, Josias apenas retrucou com medo “doutor... o outro olho que foi lesado”. Espantado, mas sem admitir o erro crasso, o médico retrucou “Ah... sim”, e passou a examinar o olho correto. Ainda no decorrer da consulta e mantendo uma pobre relação médico-paciente, o médico chegou a insistir umas 3 vezes sobre a possibilidade de ser feita uma correção do grau de miopia cirurgicamente, passando até um valor supostamente mais barato. Em todas, o Sr. Josias recusou e já começava a se irritar com tamanha insistência para algo que não era o motivo da consulta e que não via como um problema à sua qualidade de vida, afinal era uma miopia com baixo grau e o uso de óculos era suficiente. Após a con-

sulta, Josias jurou nunca mais ir em um médico ruim como aquele e procurou um outro profissional para avaliação, uma vez que a sua confiança já estava abalada.

Como estudante de medicina diante desse relato, observo o descaso e até crimes cometidos em toda essa história. Primeiramente, é um absurdo não ter um especialista no hospital por conta de um motivo fútil, no caso, a priorização de um jogo de futebol em relação à vida dos pacientes. Posteriormente, o médico deve estar preparado e disposto a estabelecer uma relação médico-paciente sólida, algo indispensável para o devido tratamento do sujeito. Tanto é que esse vínculo promove a confiança que não foi despertada em Josias e que o fez procurar outro profissional, o qual pudesse demonstrar afeto e vontade no serviço prestado. Nesse sentido, a postura médica de igualdade e de solicitude é fundamental para a ética (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010) e o desenrolar do atendimento. No caso relatado, a história poderia ser diferente, caso o médico olhasse nos olhos do paciente, estivesse atento à história relatada, a “gafe” provavelmente não teria ocorrido. Além disso, diariamente, os pacientes trazem relatos que nos permitem aprender com eles, indo muito além do que nos fora ensinado na graduação.

Como dito acima, o Sr. Josias não gostou do atendimento recebido pelo médico e, perante a sua situação, ainda preocupante, procurou outro especialista de acordo com indicações dos próprios familiares. Dessa vez, sua cunhada indicou uma oftalmologista com a qual as coisas foram totalmente diferentes. Primeiramente, a recepção pela médica foi humanamente digna, ela pessoalmente foi chamá-lo para adentrar a sala, o cumprimentou com um aperto de mão firme, olhando nos olhos e um mínimo de sorriso amistoso. Estava disposta a ouvir toda a história que envolvia a lesão, além de colher uma anamnese completa, demonstrando atenção aos mínimos detalhes. Essa nova médica, embora ainda uma recém-formada, passou segurança a Josias demonstrando que tudo estava sob controle, mesmo que grave, explicou o porquê de estar realizando

determinados exames e afirmou que o que tinha ocorrido (descolamento de retina⁵⁵) possuía tratamento, sem cirurgia e sem grandes sequelas. Tudo isso explicado de forma objetiva e em uma linguagem acessível.

Josias relatou que esse comportamento na primeira consulta e nos demais retornos que realizou fez com que essa médica fosse a melhor profissional da área com quem já se consultou. E até hoje, cerca de 25 anos depois desse caso, ele retorna anualmente a essa mesma profissional para a realização de exames de rotina. Logo, pode-se notar que esse relato traz com exatidão o que é e como se constrói uma relação médico-paciente concreta e duradoura com apreço e dedicação ao paciente.

Quando o paciente é tratado de maneira ética, como visto neste segundo relato, ele se sente dignificado, sua doença/lesão é valorizada e avaliada de acordo com o que é preconizado pelo Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010), em que os 4 princípios devem ser respeitados: o da beneficência, da não-maleficência, da justiça e da autonomia. Para isso, o profissional deve ir além da medicina teórica marcada pela anatomia e fisiologia, deve-se entender o ser humano em suas diversas necessidades, não apenas física, mas espiritual, psicológica e social também.

À vista disso, cada consulta é uma nova história e uma diferente abordagem a ser realizada, uma vez que cada ser humano é único, tendo diferentes necessidades. Não se trata de uma ciência lógica e constante, o médico deve estar pronto para saber se adaptar e agir a cada nova situação, e isso só se adquire com a experiência ao longo de anos de serviços prestados. Aliando tanto os conhecimentos universitários, quanto os obtidos com colegas, familiares, pacientes, entre outros.

Como observado, nós que estamos na graduação de medicina devemos entender que não se trata de uma profissão exata, uma vez

55. O descolamento de retina consiste na separação dessa estrutura sensível à luz de uma parte do seu fornecimento sanguíneo. Trata-se de um processo indolor e pode ser assintomático, mas, como resultado da lesão, pode ocorrer distorção da visão e até mesmo a cegueira (MURCHISON, 2020).

que cada situação demanda uma ou um conjunto de habilidades que devem ser desenvolvidas pelo médico em sua formação e em sua vida profissional. Entre as mais imprescindíveis está a ética, a qual está pautada pelo código de ética médica e serve de base para a relação médico-paciente que permeia a prática. Como no caso relatado do seu Josias, a presença do médico atencioso, pautado pela ética e que entende as necessidades e medos do paciente cria um vínculo forte, tanto que a relação de confiança se estende por cerca de 25 anos.

Distante de seu Josias, mas experimentando de uma situação tão desagradável quanto, estava Catarina, uma mulher jovem que acabara de começar uma nova fase da vida e estava repleta de inseguranças e dúvidas e, assim, procurava na figura do médico acolhimento de suas angústias, ao passo que solucionava suas dores que reuniam corpo e mente. Ao passar pelo 3º ano da faculdade de medicina, somos capazes de elencar em nossas mentes uma ampla lista de sinais e sintomas que nos induzem a pensar na doença antes de compreender a pessoa. Ao ouvir o relato de Catarina, vivenciamos essa sensação de que o corpo físico apenas dá vazão ao sofrimento psíquico e, para entender o real significado da queixa, a lista de sinais e sintomas deve ser colocada em segundo plano.

Com seus 21 anos, Catarina era uma jovem que passava por um momento difícil. Casada há um ano, ela e o jovem marido acabavam de ter a primeira filha. A criança era saudável, linda e era muito desejada por aquela família. Primeira neta de duas famílias orgulhosas.

Cercada de carinho e amor, a rede de apoio de Catarina era forte e sólida, todos saudáveis e felizes. No entanto, os primeiros dias com a nova integrante da família, Ana, não estavam sendo fáceis. Ana passou o primeiro mês trocando o dia pela noite, o que dificultava o sono da jovem mãe, o pai de Catarina sempre despertava à noite com o choro do bebê e ia acalantar a jovem mãe. A relação pai e filha dos dois sempre foi uma beleza, mas tudo estava pra mudar.

Catarina mora até hoje numa cidade pequena, onde há 20 anos atrás alguns serviços de saúde só poderiam ser realizados em outra cidade. O pai de Catarina precisava de um dentista e para isso devia ir à cidade que ficava a uns 70 km, uma viagem comum, mas que mudou completamente a vida daquela família, em especial da Catarina. Uma carreta em altíssima velocidade bateu contra o carro do avô, ele não sobreviveu.

Ouvir esse relato mexe duplamente comigo, crescida no interior sou uma estudante de medicina que conhece bem essa rotina de buscar atendimento em outras cidades. A realidade de uma cidade que não oferece ao profissional condições de trabalho e não oferece ao paciente acesso à saúde é complexa e triste, e é fruto de um sistema que visa o lucro e não vê pessoas, observa clientes. Dessa forma, se faz a mercantilização da saúde, tornando precário o público, e impede atendimento digno à comunidade.

O desespero tomou conta de Catarina e nos dias que se passaram a amamentação ficou impossível. Dores que esmagaram aquela mãe, como podia ser justo a filhinha dela não ter o carinho do avô? Como era justo ela perder seu protetor e melhor amigo?

Para ela, nada era justo, a dor pelo luto do pai ressoou em seu corpo e a amamentação que antes acontecia, agora tornara-se impraticável. As mamas de Catarina ficaram edemaciadas, dolorosas, “empedradas”. Não havia leite quando a criança sugava, apenas dor.

A mãe de Catarina sempre foi uma mulher forte e, mesmo sentindo muito a perda do companheiro de anos, seguiu ao lado da filha. Como eles moravam na zona rural da cidade, Dona Lúcia era sempre chamada para ajudar mães de primeira viagem nos cuidados aos recém-nascidos dos primeiros dias. Assim, ela conhecia muitos chás e compressas que poderiam ajudar nesse processo de Catarina. Entretanto, nada parecia funcionar.

Com febre, dor, cansada e em luto. Assim, Catarina chega até o hospital da cidade, afinal não podia ser normal se sentir daquela forma. Nesse dia, seu médico de confiança não estava de plantão, cansada de toda dor, ela se consulta com o médico disponível.

Esse médico não tinha a “melhor fama” da cidade, pelo contrário, diziam que ele não gostava de gente. Quando pensamos em um médico que não gosta de gente, parece que estamos pensando exatamente no oposto do que seria a medicina, uma vez que a prática médica se pauta na conexão entre pessoas. É mais que apenas um diagnóstico, é pensar saúde como conceito mais ampliado.

Catarina entrou no consultório e nem um bom dia recebeu. Ela lembra que ele nem olhou em seus olhos. Ao perguntar o que a mãe de primeira viagem sentia, o médico parecia não querer estar ali. Ela disse que não estava conseguindo amamentar e que estava com febre. Ele, sem fazer o exame físico, receitou um remédio para febre e completou dizendo que “para mães de primeira viagem, era absolutamente normal não conseguir amamentar sem sacrifícios”.

Provavelmente, se esse médico tivesse olhado nas expressões de Catarina, veria um ser humano em sofrimento e que procurava na medicina um conforto para seguir com sua dor. Tudo que Catarina recebeu daquele médico fez com que ela se sentisse pequena, e agora sem o colo do pai que sempre a acalentava.

Na saída do consultório, uma enfermeira se compadece daquela mãe, então a leva para uma sala onde faz uma compressa morna, coloca nos seios ingurgitados da mãe e fica ali por um tempo. Catarina se sentia vista e acolhida, naquele momento era tudo que ela precisava.

Apesar de todo o sofrimento nessa fase da vida, Catarina também teve boas experiências com a medicina. Ana, agora já tinha 5 anos e amava que a mãe a fizesse dormir. Nesse momento, mãe e filha ficavam muito próximas e em silêncio. Foi assim que Catarina começou a ouvir um ruído que parecia vir das costas da criança.

Ana sempre gostou de correr, brincar e conversar com as visitas que apareciam na casa da família, mas Catarina percebia que a filha estava ficando ofegante com mais facilidade. Catarina disse que talvez fosse uma intuição de mãe e então resolveu levar a Ana numa médica nova da cidade vizinha, a necessidade de deslocamento para outra cidade continuava sendo uma questão na região,

mas as notícias que corriam daquela médica eram boas.

Ela era pediatra e começou a atender no interior há pouco tempo. O consultório era aconchegante, Ana ficou encantada porque naquele lugar tinha brinquedos e as crianças não estavam chorando desesperadas. Catarina sentia que estava no lugar certo.

Ao encontrar a médica, Catarina sentiu ainda mais confiança e a médica só havia desejado um bom dia com um sorriso. A pediatra fez com que a criança também participasse daquela consulta e tudo isso deixava Catarina mais segura.

Então, a médica começou as perguntas típicas da anamnese e Catarina ia respondendo a todas e fazendo uma ou outra observação importante. Até que Catarina conta que quando colocava a filha para dormir ouvia um ruído.

Passaram então para o exame físico, a médica olhou Ana por inteiro e, ao fazer a ausculta, encontrou um sopro. Ana, no auge da sua infância, já tinha ido em outros médicos e seus exames físicos nunca apontaram esse achado.

Ana foi diagnosticada com Comunicação Interatrial, uma má formação congênita que muitas vezes se cura sozinha ou que só aparece na vida adulta. No caso de Ana, a situação exigia uma abordagem mais invasiva, uma cirurgia do coração.

A pediatra fez todos os encaminhamentos, todas as explicações, entrou em contato com os médicos que fariam a cirurgia e esteve ao lado da família. A cirurgia assustava, mas Catarina e seus familiares se sentiram cuidados, sentiram que a profissional se importava e que ouviria todas suas queixas, mesmo que não pudesse resolvê-las.

Hoje, depois de 15 anos, essa pediatra ainda é a médica de confiança da família e o atendimento naquele momento de aflição foi tão humano que Catarina recomenda a médica para todos.

As duas histórias protagonizadas por Catarina são bastante tocantes, principalmente porque foram relatadas a uma estudante de medicina e foram seguidas de recomendações que ensinavam sobre como ofertar dignidade. Catarina conta suas histórias e deixa a essa estudante duas lições: como não agir e como agir.

É como se Catarina conseguisse ilustrar que apenas tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 1997) não fazem um bom profissional, é claro que a pediatra precisava de conhecimento para juntar sinais e sintomas e dar um diagnóstico, mas ela foi além do diagnóstico e praticou uma conduta humanizada, na qual o cuidado de Ana não foi fragmentado e outros profissionais participaram, a médica participou e a mãe se sentiu incluída e valorizada naquele cuidado. Aqui vale ressaltar que Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, o conhecimento dos livros acessado pela memória do profissional. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Por outro lado, a pior experiência de Catarina também envolvia um profissional com conhecimentos científicos, afinal ele tinha um diploma. Mas esse profissional infelizmente não havia aprendido a cuidar de pessoas, ele cuidava de órgãos danificados.

A pessoa não deve apenas ser vista como biológica, isto é, não se resume a um objeto de estudo médico, mas é um lugar de sensações e emoções que, uma vez valorizadas, podem ser a porta aberta para se constituir um cuidado centrado na pessoa (CHIBANTE et al., 2017) e não na doença, pode ser um cuidado que inclua a pessoa e se torne horizontal, distanciando da lógica que o médico é detentor da verdade e só ele pode tornar o cuidado verdadeiro.

O médico disponível no hospital naquele dia era capacitado e possuía equipamentos, o que o permitiria fazer um diagnóstico. Entretanto, faltou empatia ao lidar com outra pessoa. É como se naquele momento, na consulta, o médico tivesse se distanciado de sua humanidade.

Para muitos, ao se distanciar do cuidado humanizado, o profissional da saúde com ênfase na figura do médico, diminui as

chances de erro e do envolvimento emocional e se alivia das tensões do dia a dia. Por outro lado, esse afastamento compromete o atendimento daquela paciente, não oferece o acolhimento e, muito menos, o encontro capaz de gerar cuidado, através da troca entre paciente e profissional (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

Outro ponto importante é a valorização da queixa do paciente. Lembrando que empatia nem sempre é o que gostaríamos que fizessem com a gente, mas sim o que a pessoa gostaria que fizessem com ela diante daquela situação, isso se torna muito importante (ARANTES, 2018). Isso nos faz lembrar que somos indivíduos e não massas de manobras, o que pra mim soa indelicado pode não ressoar assim para o outro.

Além disso, vale destacar na história de Catarina a necessidade de sair da cidade para encontrar um profissional. Dessa forma, cabe pensar sobre a interiorização de serviços de saúde, quais as barreiras nesse processo e quais entraves, partindo da lógica do SUS.

Como discente do curso de medicina, essas histórias deixam ensinamentos profundos que levam a refletir sobre a importância de atendimento de qualidade no interior e como uma escuta presente na hora do atendimento faz diferença e torna-se terapêutica.

As histórias de Catarina e Josias se cruzam, uma vez que eles vivem experiências semelhantes com profissionais diferentes e em cidades diferentes, tudo isso chamando a atenção para o quanto a medicina como arte de cuidar depende de seus agentes inteiramente para existir.

REFERÊNCIAS:

ARANTES, Ana Cláudia. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Portugal: Leya, 2018.

BREDA, Fabiane. Modelo Biomédico. **Portal São Francisco**, 2021. Disponível em: <https://www.portalsaofrancisco.com.br/biologia/modelo-biomedico>. Acesso em: 3 nov. 2021.

CHIBANTE, Carla Lube de Pinho *et al.* Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. **Escola Anna Nery [online]**, v. 21, n. 2, e20170036, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170036>. Acesso em: 16 jan. 2022.

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.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

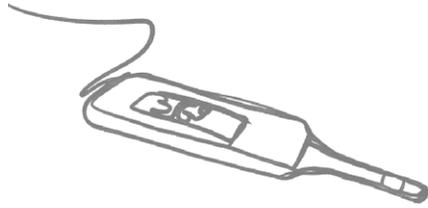
MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo [online]**, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200011>. Acesso em: 20 dez. 2021.

MURCHISON, Ann P. Descolamento da retina causado por lesão ocular. **Manual MSD: versão saúde para a família**, 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/les%C3%B5es-e-envenenamentos/les%C3%B5es-oculares/descolamento-da-retina-causado-por-les%C3%A3o-ocular>. Acesso em: 16 fev. 2022.

TESSER, Charles Dalcanale. Três considerações sobre a “má medicina.” **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 13, n. 31, p. 273–286, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/38jRyyPHL7DMGR3RmBRmrJ/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

ACOLHIDO?

Lorena Faria de Oliveira



Muitas vezes, lançamos uma pergunta e achamos que obter a resposta vai ser algo simples, porém, para este questionamento que está por vir, não foi exatamente assim. Quando indagados sobre quem foi o melhor ou o pior médico que lhes atendeu, e por que, algumas pessoas souberam responder rapidamente, redigindo um bom texto ao me contarem a experiência, já outras citaram características que gostariam de ver em um bom profissional, como um mosaico criado a partir de vários encontros, formando uma imagem do que esperam em um médico. Muitas pessoas acham que a diferença está entre o público e o privado, de que apenas irão encontrar um atendimento adequado em um desses setores, mas através dos relatos colhidos, percebemos que há ótimos e péssimos profissionais em ambos. Outra coisa que me chamou atenção é que, quando perguntados sobre experiências positivas e negativas em atendimentos médicos, as hostis prevaleceram, como marcas nos corpos, devido a um procedimento incorreto e tratamento ineficaz, como também na mente, devido ao desrespeito presenciado. Que através desses relatos, você seja instigado a não mais aceitar situações de desprezo; para os colegas dessa jornada médica deixo exemplos do que seguir e do que não reproduzir.

Se eu te perguntar qual tipo de pessoa você quer como amigo, imagino que me relataria alguém com qualidades como companheirismo, empatia, respeito, entre outras diversas boas características. Então, por que os pacientes, ao buscarem cuidado, deveriam ansiar por algo diferente? Afinal, assim como na amizade, em uma consulta, expomos quem somos e o que sentimos para alguém, logo, gostaríamos de ser escutados. Muitas das respostas que colhi remetem a um atendimento em que não houve preocupação com a singularidade do que estava sendo dito e com a especificidade de

cada pessoa. Assim foi o caso de Marcela e também o de João, ambos alvos de tratamentos ineficazes e histórias negligenciadas.

Marcela, jovem, final de ensino médio, época de pré-vestibular, estudando para ingressar em um curso de nutrição, encontrava-se emagrecendo e faltando a cada vez mais aulas devido a dor no estômago que vinha sentindo. A primeira profissional que buscou dizia que não eram necessários exames e logo remédios foram dados. Marcela, percebendo que era apenas um cuidado superficial, já que a dor ainda persistia, resolveu procurar ajuda com outro profissional. Esse segundo até solicitou exames, lhe falou “o básico”, dizendo que não era nada causado por bactéria. Sem muito diálogo, apenas informou o que ela deveria comer ou não, mas, no final, os remédios coincidiram, não resultando em um quadro diferente, pois o desconforto permaneceu. Logo, a busca por um terceiro profissional aconteceu, o qual Marcela relata ter sido um divisor de águas em sua vida, a diferença foi a médica Joana ter questionado sobre o início da dor, ter se preocupado com o fato de Marcela entender o que realmente a estava acometendo, ter desenhado para se assegurar de que ela verdadeiramente sairia daquela consulta compreendendo o que acontecia com ela. Joana explicou os exames, os remédios, envolveu Marcela, porque afinal era sobre o que se passava com ela. Essa paciente menciona que o tratamento dessa vez foi eficaz, mas que o primordial foi a confiança, atenção, paciência e preocupação que Joana demonstrou nesse período de angústia e sofrimento, em que Marcela já estava perdendo as esperanças de que se resolveria. Ela declara ter saído da consulta aliviada, confiante e até mesmo com um espelho de que tipo de profissional deveria ser.

João, na época uma criança, mas ainda assim alguém o qual o relato deveria ser escutado, assim como Marcela, também expõe dores no estômago. Afirma idas ao gastroenterologista em que também foi alvo de cuidados superficiais, não sendo explorada a causa do que gerava seus desconfortos. Após anos realizando dietas e seguindo a medicação proposta pelo profissional, o sofrimento só au-

mentou. Felizmente, o profissional procurado em seguida se dispôs a ser um explorador no corpo desse paciente que o buscava. Depois de alguns exames, o problema foi desmascarado e agora a investigação por um tratamento eficaz poderia ser realizada.

Quando buscamos um amigo, procuramos alguém que não nos julgue, e sim nos instrua, visamos um lugar para sermos acolhidos. Como diz Emicida (2015), estamos como “Passarinhos / Soltos a voar dispostos / Achar um ninho / Nem que seja no peito um do outro”. Na consulta médica não é diferente: era isso que Ana e Bia ansiavam, mas infelizmente a realidade que encontraram foi de julgamento.

Ana, jovem, acabava de sair de um festival de carnaval que acontecia na sua cidade. Quando chegou em casa, percebeu que não estava com a chave do portão, logo, resolveu pular o muro. Devido ao efeito da bebida alcoólica, o qual ainda estava presente, acabou caindo. Em seguida, ela resolveu ir ao médico em razão da dor que sentiu no pé depois da queda. Ela relata que o profissional, ao ver seu estado, falou que o que sentia era devido à embriaguez, que logo estaria pronta para outra, e, ao olhar o raio X, afirmou não haver nada. Ana decidiu procurar outro médico, o qual olhando o mesmo exame que o anterior, identificou três dedos do pé fraturados e realizou imobilização com gesso no mesmo momento. A paciente relata que a irmã ficou tão indignada que resolveu buscar o primeiro profissional no Facebook® e enviar uma mensagem relatando que ele havia feito o diagnóstico errado, o qual respondeu: “Ah foi? Quebrou? Só cuidar agora!”

Bia, adolescente, na coleta de preventivo. Relato curto, mas ainda assim inaceitável. Afirma que, durante a coleta do preventivo, a ginecologista fez diversas perguntas invasivas em tom de julgamento, como também a feriu durante o exame. A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008), a qual possui como uma das diretrizes o acolhimento, já foi desenvolvida; agora é necessário que aqueles que se dispuseram a trabalhar com o cuidar do próximo a ponham em prática.

Imprevistos acontecem, marcamos encontros e as vezes não conseguimos cumprir com a hora que estipulamos. O problema é que essa questão, quando associada aos profissionais de saúde, parece ter se tornado rotina, e no caso a seguir essa queixa encontra-se presente.

Laura, jovem, estudante, saiu cedo da aula para uma consulta com um oftalmologista, chegou um pouco antes do seu horário para ter a certeza de que, quando chamassem seu nome, ela estaria ali. Afirma que chegou por volta das 10:00 horas, colocou o nome na lista, porém foi atendida apenas às 16:00 horas. Como morava perto e o seu nome já estava na fila, conseguiu ir em casa almoçar, mas o motivo do relato foi a sua indignação em relação às outras pessoas. Ela perdeu uma parte da aula, mas e as outras pessoas? Será que não faltaram ao trabalho e adiaram até mais do que o previsto os compromissos em casa? Será que não tinham que pegar os filhos na escola? E sim, todos somos acometidos por coisas repentinas que nos fazem atrasar em compromissos, mas já não seria falta de empatia do médico deixar isso se tornar um hábito sem pensar no quanto está afetando a vida do outro?

1. A arte da escuta

Nas situações que serão relatadas agora, a escuta, uma peça fundamental que proporciona o acolhimento, acabou não sendo tão explorada.

Rute, 59 anos, acometida por insuficiência cardíaca, sendo necessário a utilização de um marca-passo, avisou a médica sobre o aparelho que carregava no corpo. Foi na consulta devido a uma dor que sentia no ombro, e sabia que não poderia ser submetida a qualquer tipo de exame, devido ao equipamento que utilizava. Apesar de ter alertado a médica sobre seu marca-passo, quando Rute telefonou para uma clínica, para agendar a realização do exame solicitado pela profissional, a atendente informou que o exame não poderia ser realizado devido o dispositivo implantável. Logo, de que adiantou a fala de Rute na consulta, se essa não foi escutada?

Juliana, jovem e com alergia. Durante o atendimento médico, mencionou que determinados remédios lhe causavam efeitos colaterais, relatando ao profissional quais eram. A receita foi dada, medicamento comprado e remédio ingerido. O que ela não esperava era que, apesar do aviso, ela teve crise alérgica. Não teria o profissional se atentado para isso?

Isabel, 55 anos, terapeuta, foi à procura de uma cardiologista para ver se estava tudo bem consigo. Porém, para sua surpresa, a médica não auscultou seu coração, não realizou nenhum tipo de exame físico e também não solicitou outro exame. Falou para a paciente que a situação dentro de casa deveria estar estressando-a demais, sugeriu buscar um estilo de vida mais calmo e procurar por uma psicóloga. Porém, sendo terapeuta, Isabel sabia como deveria ser seu estilo de vida e colocava isso em prática, logo, relata ter se sentindo ofendida pelas sugestões da médica e por esta não ter dado a devida atenção ao motivo de sua consulta.

Diante dos exemplos de indiferença, descaso e julgamento há ainda aqueles que mantêm a chama da esperança acesa. Felipe, 53 anos, foi à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) após sentir seu coração acelerar enquanto bebia na casa do seu sogro. Com o passar do tempo, na sala de espera, sentiu-se melhor. Quando entrou no consultório, relatou ao doutor o que havia sentido, afirmando ter chegado à conclusão de que seu estado deveria ter sido apenas devido ao efeito do álcool, e que já estava pronto para ir para casa. Felipe relata que o médico não demonstrou descaso com a situação, pelo contrário, solicitou um eletrocardiograma, o qual o paciente disse que não precisava, pois já estava bom, porém o médico insistiu. No final, estava tudo bem com Felipe, mas a perseverança do profissional, que se dedicou em certificar-se de que a situação não apresentava risco, encantou Felipe e sua esposa. Durante os almoços de finais de semana, sua família escutou sobre esse infatigável profissional.

Então, qual seria a resposta para a pergunta que abre este capítulo? No livro *Pacientes que curam: o cotidiano de uma médica do SUS* (ROCHA, 2021), um dos relatos escritos pela profissional remete a

um caso em que a paciente, anos sendo tratada de forma ineficaz, devido a um diagnóstico errôneo de outro profissional, finalmente recebe a prescrição correta do medicamento, depois de examinado o que realmente a acometia, obtendo, assim, melhora. Ela afirma que a neta dessa usuária falou para toda a família que a doutora fazia milagre, porém a médica a corrigiu, afirmando que isso era ciência, e recebeu a explicação da neta da paciente que dizia: “O remédio é ciência. O milagre foi minha vó encontrar você”.

Através dessas vivências, percebi que um bom médico é aquele que verdadeiramente acolhe, demonstra confiança, atenção, paciência, simpatia, preocupação, empatia, envolve e se envolve, que escuta, não despreza, não generaliza, dialoga, sana dúvidas, é aquele que se importa em explicar ao paciente o que o acomete, é sobre ser empenhado, sensível e respeitoso. Assim, um profissional ruim é o antônimo de todas as boas características citadas, ele se deixa levar pelo julgamento de valor, indiferença, generalização e consultas rápidas, em que o tempo necessário não é investido. Espero que o conhecimento e a humanização tornem aqueles que escolheram a carreira do cuidar excelentes profissionais!

REFERÊNCIAS

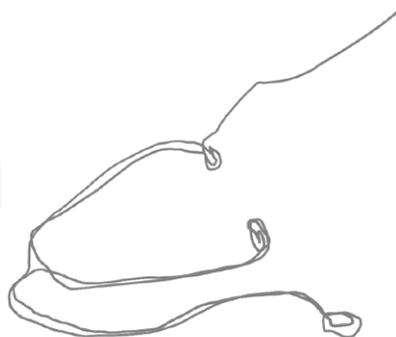
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

PASSARINHOS. Compositor: Emicida. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IJcmLHjjAJ4>. Acesso em: 03 ago. 2021.

ROCHA, Júlia. **Pacientes que curam**: o cotidiano de uma médica do SUS. 3^o ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.

MEDICINA BASEADA EM PESSOAS: O CUIDADO ALÉM DO ESTETOSCÓPIO

Daniella Rodrigues David



1. A dor da alma como sinal vital

Temperatura corporal, frequência respiratória, pressão arterial e frequência cardíaca: o quarteto clássico dos Sinais Vitais que, tão logo entramos na faculdade, nos são ensinados para avaliação física inicial do paciente. Sinais que em poucos minutos descrevem o estado geral de uma pessoa e determinam o grau de prioridade no atendimento. Mas só há pouco tempo descobri que, ainda em 1995, a *American Pain Society* (APS) já tinha incorporado a dor como quinto sinal vital (KERNS et al., 2011).

Aqui, atrevo-me a ir além da síndrome algica e de qualquer significado físico da dor, atribuindo um sentido ainda mais subjetivo à experiência dolorosa: a dor da alma. Tão abstrata e intocável quanto a própria dimensão humana, ainda mais difícil de se aferir e muito mais desafiadora de se fazer o manejo adequado. Definitivamente, saber tratar a dor no sentido lato da palavra não é missão para qualquer médico.

Na imensidão dos dados, porcentagens e informações das anamneses, o sofrimento que cada doença causa é único para cada paciente. Nesse sentido, tecer sobre a experiência do adoecimento se faz necessário justamente para que o olhar vá além dos limites da objetivação do conhecimento científico, que ainda está muito voltado para o corpo físico. Inclusive, talvez seja essa uma das interpretações possíveis do aforismo citado no início: “Curar ocasionalmente, aliviar frequentemente e consolar sempre” (AMBROISE PARÉ *apud* BARROS FILHO, 2007, p. 1).

Muito embora a citação seja comumente atribuída a Ambroise Paré, barbeiro-cirurgião, ela já foi atribuída também a diversos médicos e aparece em diferentes países, em diversas épocas (REZENDE, 2009). Seria sobre afastar os sofrimentos do doente e diminuir a violência das suas doenças. Mas gosto de pensar que seria sobre, antes de tudo, compreender a dor da alma como principal sinal vital. Talvez seja um mero devaneio meu... talvez não.

A autoria genuína da tão célebre frase não tem grande importância quando pensamos no seu significado maior, muito associado à boa prática da medicina. Rezende sabiamente diz que tal aforismo “aflorou naturalmente como síntese da própria medicina e do compromisso do médico para com a humanidade sofredora” (REZENDE, 2009, p. 58). E não posso deixar de refletir sobre o quanto é belo que tantos médicos de épocas tão distintas e contextos culturais e geopolíticos diversos tenham, de certa forma, se encontrado no uníssono necessário do cuidar ao pensarem o mesmo: ainda que a cura seja inatingível e o alívio seja difícil, o consolo é sempre primordial.

2. Medicina muito além do raio-x

Recentemente, passei pelas disciplinas de Saúde da Comunidade na faculdade. A disciplina nos introduz ao contato com o paciente pela primeira vez na jornada acadêmica, o que não é, nem de perto, uma experiência facilmente esquecida por quem entrou na Medicina pensando no cuidado. Foi nas unidades básicas de saúde (os “postinhos”) que comecei a compreender o paciente antes da doença. A atenção primária e seus inúmeros nomes e classificações nos levava para a parte teórica (e nos fazia compreender a importância do SUS, bem como seus desencantos), mas era no campo prático, muitas vezes nas casas dos pacientes, nas visitas domiciliares, em meio aos cafés e bolos, que eu realmente crescia. E não só academicamente. A “fisiologia” da sala de aula ganhava rosto e nome de gente. A “anatomia” se movimentava e emanava calor, bem dis-

tante do limite estático e frio do formol. No começo, ver o doente antes da doença acabou sendo intuitivo, até porque nos primeiros períodos nos faltava conhecimento técnico e só sabíamos ser o que fomos a vida inteira: pacientes. Mas com o decorrer dos anos, enxergar a dimensão multifacetada de um paciente, bem além de seus sinais e sintomas, se tornaria cada vez mais essencial e desafiador.

Fomos ensinados sobre ciclos bioquímicos, lâminas histológicas e fisiologia cardíaca. Assim como também fomos conduzidos a ouvir de forma crítica as narrativas dos pacientes durante as anamneses (sempre de forma ética, adequada e baseada em evidências), observando atentamente a semiologia médica entremeada em suas narrativas, traçando a investigação diagnóstica como detetives, destacando o que era clinicamente relevante do que “não era importante”. Fomos ensinados sobre o passo a passo que, de fato, é muito útil, mas que não pode ser executado sem que a dimensão abstrata de cada paciente seja levada em consideração.

Em cada anamnese, fui percebendo que, muitas das vezes, o que parecia ser irrelevante era justamente o que me levava a melhores diagnósticos diferenciais. Era na conversa despropositada em que eu descobria que aquele paciente não tomava todos os seus medicamentos, como dizia o prontuário, ou que um único parceiro sexual se tornava múltiplos, porque, pela primeira vez, aquela pessoa se sentiu segura o bastante para falar a verdade sem receio de julgamentos. Foram nessas confissões veladas e nos depoimentos que não pareciam caber em nenhuma parte técnica da anamnese que o paciente transbordava a sigla que representava seu nome em nossas conversas e adquiria a tão essencial substância humana. Era assim que, para mim, nascia a relação médico-paciente. Na cumplicidade entre quem escuta e quem relata. E na breve e rara beleza que permeia o ambiente quando o diálogo é tão produtivo que os papéis de interlocutor e locutor se confundem por um instante.

Muito embora essa narrativa venha trazer minhas perspectivas como paciente diante dos diferentes tipos de médicos, achei

relevante destacar que estar, ainda que apenas como acadêmica, na posição de um médico no atendimento durante as anamneses foi enriquecedor para compreender e transmitir de forma crítica as minhas experiências enquanto paciente. Como paciente, notei que uma boa relação médico-paciente é, por vezes, desafiadora de ser implementada pela realidade imediatista em que vivemos. Realidade em que, por muitas vezes, um exame laboratorial substitui práticas humanizadas em saúde. Em que a Medicina deixa de ser uma arte rica e complexa e se torna um mecanismo meramente biológico de diagnóstico, imediatista e raso.

É possível dizer que a solução seria mapear os limites e avanços dessa relação médico-paciente, buscar a valorização desta a partir da construção de novos horizontes normativos no plano dos valores morais e éticos, com vistas à humanização da saúde (GOMES et al., 2012). O estabelecimento de um vínculo com o paciente traça uma linha de confiança essencial para que o médico possa obter as informações necessárias para ir além do diagnóstico. Vemos, assim, que não se trata apenas de uma questão sociocultural, mas também econômica e política, requerendo apoio intensivo das políticas públicas, com ênfase numa formação profissional que valorize a cultura, o protagonismo e a reflexão filosófica da convivência humana, visando à qualificação do atendimento médico (GOMES et al., 2012). Muito além do raio-x.

3. Da época em que todo médico era “da família”

O que vejo é que a tecnologia avançada, a despeito dos seus benefícios, acabou colaborando para o esfriamento da interação médico-paciente. Quando criança, eu costumava ver meus avós chamando o médico em suas casas no interior de Goiás. Eram horas de prosa, café e muitos exames físicos, que dificilmente resultavam em mais que alguns exames de sangue. Na época, eu não sabia, mas hoje lembrando vejo que aquele médico (no interior goiano chamado de “generalista”) era um verdadeiro exemplo da boa clíni-

ca médica aplicada. O martelinho no joelho do meu avô era parte de um exame físico neurológico completo que aquele médico tão cuidadosamente fazia, mesmo sem ser neurologista. Inspeccionava a pele, a garganta e os olhos. Lembro que eu achava chato fazer silêncio durante os longos minutos enquanto o doutor colocava o estetoscópio nos ouvidos para o exame. Estetoscópio que saía do coração, percorria sem pressa o pulmão pelo peito e pelas costas até chegar no abdômen, caminho que hoje faz todo sentido pra mim. Ali era feito um exame físico de qualidade. E tudo isso porque o meu avô só havia fraturado um dedo.

Assim que aprendi semiologia médica, compreendi que aquilo era uma demonstração de uma boa relação médico-paciente. Um exame físico completo, feito por causa de um dedo fraturado, porque, afinal, o paciente não se resume à doença que o leva a procurar ajuda. A queixa principal orienta, não limita. Precisei entrar na faculdade de Medicina para entender o valor que isso tinha e hoje sei a importância que tem o simples tocar no paciente.

Atualmente, não é difícil vermos pacientes “endeusando” seus médicos atendentes só por terem sido tocados e olhados por eles. Imagina só, que coisa... Não atrasar, olhar nos olhos e fazer um simples exame físico virou uma receita de médico excelente. Fazer o mínimo virou referência de excelência. É bem capaz que um exame físico completo para um dedo fraturado seja visto com humor hoje em dia no meio médico. Afinal, estamos na era da medicina robotizada, rápida e especializada. Dedo fraturado? Raio-X e que chamem logo a ortopedia. Próximo!

A verdade é que o médico do meu avô cuidava de todos na família, sabia de cada história e histórico de saúde. A falta de tecnologia de décadas atrás não o tornava menos competente, e sim mais humano. Mas que fique claro: não estou dizendo que a boa relação médico-paciente exige necessariamente um exame físico para existir. Citei apenas um exemplo de atitude de um médico que, através de um detalhado exame físico, transmitia confiança e tranquilidade aos seus pacientes e familiares.

Sei bem que o tempo, na maioria das vezes, não está a favor do cuidado na rotina da prática médica, sendo por vezes um adversário cruel e difícil de contornar. No entanto, também sei que, ainda assim, nesse cenário, é possível existir uma ótima relação médico-paciente, porque, a meu ver, tal relação está fundamentada no escutar, na atenção e no interesse genuíno de quem cuida pelo sofrimento de quem recebe o cuidado. E, convenhamos, não são necessárias longas consultas para que a ressignificação desse sofrimento causado pela doença seja realizada. Ouvir, esclarecer, tranquilizar e orientar. Creio que a questão seja muito mais de tato do que de tempo.

Hoje, acompanhando os mesmos avós ao médico, temos, quando muito, por volta de 15 minutos de consulta em um primeiro encontro, que são praticamente todos preenchidos por perguntas diretas, desinteresse e dezenas de exames. Na volta, os resultados são mais considerados do que os pacientes, que, muitas vezes, nem são lembrados pelo médico até que ele dê uma olhada no prontuário.

4. O ser humano precede o ser médico

O que percebo é que a única e verdadeira emergência na relação médico-paciente é a busca pela valorização do envolvimento entre o médico e o paciente, pois não é de hoje que a importância do humanismo na prática médica precisa ser reconsiderada. De forma geral, o bom médico é aquele que sabe muito mais que Medicina, que sabe focar menos na doença e nos exames, e mais no paciente em sua dimensão múltipla (VIEGAS; PENNA, 2015). Não me parece difícil perceber que médico precisa entender que o paciente é a razão de toda sua existência profissional (LOPES, 2021). Avanços tecnológicos devem ser somatórios e não definidores únicos de conduta. O famoso “padrão ouro” é sempre o tratamento humanizado e nada é mais importante do que a boa Medicina à beira do leito, ainda que em consultório.

Sem a relação médico-paciente de qualidade, que envolve confiança e responsabilidade, não há Medicina. Isso é tão simples

e óbvio, mas tão negligenciado. Se o paciente não confia no médico que o atende, não vai seguir o tratamento, se prejudicando e, muitas vezes, prejudicando toda a sociedade. Uma não aderência ao tratamento de tuberculose, por exemplo, já se torna uma questão de saúde pública. Sinceridade e dedicação levam a uma interação verdadeira e adesão real aos tratamentos. Se eu confio no médico, sigo o que ele diz. Se eu tenho boa interação com o médico, prefiro ouvir o que ele fala e não o que pesquisei no Google®.

Sem essa interação verdadeira, não existe cuidado. Se o médico mal olha no rosto do paciente, não existe nem mesmo o princípio do que é ser médico. Se na abordagem inicial já existe descaso, seria bem melhor nem existir contato. Se o médico não está apto a desenvolver uma interação de qualidade, creio que ele deva se capacitar nesse sentido, uma vez que uma boa relação médico paciente é o mínimo para que o cuidado aconteça. Afinal, o primeiro cuidado vem de dentro e só é possível de ser transmitido a terceiros quando se está bem.

A importância da consulta para o paciente deve ser valorizada pelo médico. Por vezes, aquele paciente há meses o aguardava, carregando consigo sua doença e seu sofrimento. Levantou, se vestiu, tomou café, pegou o ônibus, tudo pensando que naquele dia ele seria ouvido, naquele dia o seu sofrimento seria aquietado. Assim, não fica difícil entender que fazer questão de uma relação médico-paciente adequada é o mínimo. O falar, o conquistar antecede e muito o estetoscópio, o remédio e o bisturi. Tal como faz, na Medicina Narrativa, a Dra. Rita Charon (2015), por exemplo.

Passamos a vida tentando aprender a ganhar. Buscamos cursos, simpósios, livros, milhares de técnicas sobre como conquistar bens, pessoas, benefícios, vantagens. Mas o médico também deve ser capaz de compreender e ensinar sobre as perdas. Compreender o paciente em sua dimensão que perpassa o corpo doente é obra para poucos.

Frequentemente, o que se ouve é: “Deixem isso para a medicina paliativa” ou “Chamem a assistência social”. De for-

ma geral, pouco se sabe sobre a Medicina Paliativa como especialidade médica, mas os médicos paliativistas são essenciais principalmente no cuidado com os pacientes em estado terminal. Diferentemente dos demais médicos – e o que para mim é o mais bonito – o paliativista não luta contra a morte e sim contra a vida em sofrimento. Vejo o paliativismo como uma jornada final, um farol que guia a conduta médica em meio à tempestade da enfermidade. Compreender a dimensão que isso tem é primordial para qualquer pessoa. O cuidado paliativo vai surgir como uma “filosofia humanitária de cuidar de pacientes em estado terminal, aliviando a sua dor e o sofrimento [...] para que o paciente tenha dignidade na sua morte.” (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2577). Pensando assim, não compreender que de paliativista todo médico que se preze precisa ter um pouco é a razão para as consultas frias e distantes. Para os diagnósticos rasos e pouco esclarecedores para quem vive a doença. Para a falta de cuidado com a autonomia do paciente dentro de seu sofrimento. Entender que a doença só é a mesma nos livros é essencial, pois a realidade é que a manifestação patológica é única em cada paciente, isso porque a experiência do adoecer é sempre *sui generis*.

Ressignificar a experiência do adoecimento é primordial. Se não existe empatia no sofrimento, não existe Medicina. Se tudo o que o paciente carregar ao sair da consulta for uma receita em um pedaço de papel, não houve cuidado. Houve um mero atendimento médico, desprovido de uma boa relação médico-paciente e daquilo que deveria ser presente em todos os atendimentos: que o médico atue em sua conduta como instrumento terapêutico. O ser humano precede o ser médico. Antes, o cuidado humanizado. Depois, a técnica.

5. Minha pior experiência como paciente

A pior médica que me atendeu foi uma ginecologista. Era minha primeira consulta ginecológica e, como é de se esperar, eu estava aflita, constrangida e perdida. Percebo que, à medida que

avanço no curso de Medicina, mais percebo erros cometidos por essa profissional. Erros de conduta ética e moral, mas também erros técnicos.

Fui chamada com duas horas de atraso ao consultório pela secretária (e só depois fui compreender a importância de receber os próprios pacientes, quando possível) e a médica nem ao menos se levantou. Pior ainda, nem disse “bom dia”. Começou já perguntando o que me levava ao consultório. Antes que eu pudesse abrir a boca, o celular dela tocou e ela, sem nem pedir licença, atendeu uma ligação pessoal. Ao longo da consulta, fez isso umas 3 ou 4 vezes. Sempre ligações pessoais. Quando eu pude falar, disse apenas que era uma consulta ginecológica de rotina. E ela disse: “Então, nenhum motivo real”. Engoli seco. Segui sem nem olhar no meu rosto, fazendo perguntas soltas sobre minha virgindade, sem considerar ou tentar lidar com a presença da minha mãe. Eu não era menor de idade. Felizmente, para minha sorte, eu tinha uma relação aberta com minha mãe. Realidade oposta das dezenas de meninas que por ali passaram nas mãos dessa profissional sem qualquer tato e sensibilidade. Não fez praticamente nenhuma pergunta sobre o meu histórico fisiológico ou familiar. Somente a idade da primeira relação sexual. Não procurou saber sobre a idade da primeira menstruação ou qualquer outro aspecto. Como eu já sabia da importância dessas informações, falei sobre elas espontaneamente no fim da consulta, juntamente com o histórico vasto de câncer de mama na família e os meus ovários policísticos, estes últimos que são provenientes de uma doença hormonal muito comum caracterizada pelo aumento da produção de hormônios masculinos nas mulheres que acabam por ocasionar, dentre outras coisas, a formação de pequenos cistos nos ovários (GOODMAN et al., 2015).

Falei tudo, mas ela não anotou nada. Quando me perguntou sobre a idade da primeira relação sexual, falei 19 anos. E quando perguntou sobre a possibilidade de estar grávida, eu disse que não havia, pois sou homossexual. Foi nesse momento que ela disse: “Ah, então você ainda é virgem, oras!”. Por mais absurdo que pareça, não

foi em tom de brincadeira. Foi uma constatação perversa e nem um pouco baseada na literatura científica. Ali mesmo eu já sabia da fala e de toda postura errada.

A verdade é que aquela médica havia cometido muito mais que uma irresponsabilidade e má conduta. Ela havia cometido um crime. Crime com nome forte: homofobia. Entende-se por violência homofóbica como sendo “uma forma de inferiorizar, desumanizar, diferenciar e distanciar o indivíduo homossexual à semelhança de outras formas de exclusão como a xenofobia, o racismo, o antissemitismo ou o sexismo” (COSTA, 2012, p. 585).

É importante ressaltar que na época da consulta nem cheguei a cogitar que homossexuais são capazes de terem filhos através das técnicas de reprodução assistida. Dentro de suas condições de saúde, realizam os tratamentos que viabilizam a concepção e gestação de um bebê. Em geral, utilizam outros recursos, como a Fertilização *in Vitro*, que consiste na fecundação do óvulo pelo espermatozoide em laboratório e na transferência dos embriões gerados para o útero (MAKUCH; FILETTO, 2010).

Assim, é importante destacar que a ginecologista poderia até cogitar minha gravidez, pois eu poderia ter recorrido a algum desses meios para engravidar sem ter tido uma relação sexual com um homem. Mas essa, claramente, não foi a intenção dela. O principal erro foi deduzir que eu era virgem por não ter tido uma relação sexual com um homem. Como se a virgindade de uma mulher só pudesse ser, digamos, “perdida” através da relação com um homem. Além de implicar juízo de valor, não existe fundamento científico na postura médica.

Portanto, associar o início da vida sexual somente à penetração masculina é muito mais que um reducionismo por demais irresponsável e incoerente com a ética médica (SILVA FILHO, 2017), chegando ao parâmetro jurídico. Simplesmente ignorei e só solicitei o preventivo de uma vez. Eu estava aflita para que chegasse o último segundo em que eu teria que estar na presença daquela profissional. Por dentro, fiz uma promessa para mim mesma: de

que jamais me tornaria “aquele tipo de médica”. E foi muito importante! Tem gente que entra em nossa vida para ensinar exatamente o que não devemos ser.

Com a convivência no meio médico, vemos que a empatia deve sim existir por todos. Por vezes, aquele profissional pode, realmente, estar tendo apenas um dia ruim e não ser um médico ruim. No entanto, não se trata de profissionais que, eventualmente, cometem deslizes, e sim de atitudes que, por si só, se mostram errôneas (como a homofobia e o machismo nas falas e condutas).

Soma-se a isso que é importante que exista a consciência de que a medicina não se trata de uma profissão que “tolera bem” os dias ruins de quem atua. Naturalmente, isso não quer dizer que o médico não pode vivenciar dias em que não está em bom estado, seja físico ou mental. Significa que, assim como acontece com diversas profissões (pilotos, motoristas de cargas pesadas inflamáveis, controladores de voos, etc.) que lidam diretamente com vidas humanas a todo momento, quando o médico atua sem condições físicas ou mentais, as consequências, dependendo da área em que atua, podem ser muito sérias, muitas vezes, irreversíveis.

6. Ciência, técnica e prática no contexto de formação médica

Dessa forma, lidar diretamente com o sofrimento humano implica em seriedade e compromisso. É sobre estar atento sobre si mesmo e vigilante sobre suas condições físicas e mentais. Falhas ocorrem e ocorrerão com o mais experiente dos médicos. Pois são, antes de tudo, humanos. São, antes de tudo, pacientes. Portanto, trata-se de entender e aceitar a imperfeição, mas também de compreender em profundidade a magnitude que é ser responsável por uma vida.

Na faculdade, somos ensinados que nossas crenças pessoais devem ser deixadas de lado na prática da medicina, que a saúde e o bem-estar de nossos pacientes devem ser nossas primeiras preocupações. Seria ótimo se isso fosse, de fato, colocado em prática por todos.

Portanto, não se trata de praticar intolerância ou desumanizar os médicos. Ao contrário, se trata de induzir a consciência de que os próprios profissionais reconheçam quando não estão bem em determinado dia e que permitam se recuperar antes de terem contato com pacientes. Que pratiquem o autocuidado para estarem aptos a cuidar. Afinal, não cabe ao paciente ser vítima dos dissabores de um profissional, seja ele quem for, ou a natureza desses dissabores.

Vida pessoal todos nós temos e cabe a cada pessoa não permitir que isso afete negativamente o próximo. Quando se trata de um médico, um princípio deve vir à mente todas as vezes em que estiver saindo de casa: o princípio bioético da não maleficência (SILVA FILHO, 2017). Pode ser que o médico não seja capaz de ajudar, pois a medicina tem seus limites. Mas prejudicar um paciente ou expô-lo a um risco é absolutamente inaceitável. Ir para um plantão em sofrimento psíquico a ponto de interferir, por exemplo, no modo de raciocínio, é assumir um risco não somente para si mesmo, mas principalmente para vidas que não estão ali para serem ceifadas ou prejudicadas por incapacidade laboral do médico. Erros e acidentes não previsíveis acontecem, mas só são toleráveis na imprevisibilidade legítima. Ou seja, em situações em que as adversidades do momento de atendimento contribuem de forma decisiva para erros ou acidentes. Como, por exemplo, não conseguir fazer um acesso nas veias de um paciente em uma ambulância em movimento. Percebe-se que, em um caso desses, as circunstâncias imprevisíveis dentro do atendimento de emergência contribuíram para a falha em realizar o acesso venoso. Uma imprevisibilidade legítima. Por outro lado, mandar para casa um paciente que manifesta sintomas de gravidade seria um erro primário e inadmissível.

Os médicos comumente entram na vida de seus pacientes em momentos de sofrimento. Não é esperado que as pessoas se desloquem aos centros de saúde quando estão plenamente hípidas. Algo as leva ali. O fio narrativo da vida comum de um paciente quase sempre se encontra interrompido por uma doença, ou mesmo pela

ameaça de uma doença. Portanto, trata-se de uma profissão que lida, quase sempre, com o sofrimento humano. A humanização dos cuidados à saúde se torna necessária. Não adianta, de uma forma ou de outra, para ser médico, precisa gostar de gente! De gente que sofre, grita, sorri. Ao contrário, somente as doenças serão tratadas e não os doentes. Conhecimento é vital, mas não se sustenta por si só: precisa estar de mãos dadas com o respeito, a empatia e a dedicação.

A Medicina vai além da ciência presente na farmacologia e só se torna completa no entrelaçamento entre ciência, técnica e prática no contexto de formação médica. A mola mestra da prática médica é justamente a relação médico-paciente, que permeia entre as ciências humanas, fazendo com que o aspecto fisiológico transborde na dimensão social da personalidade intrínseca de cada ser. Não se trata apenas de uma conversa na forma de entrevista. O paciente precisa estar inserido no atendimento, ter autonomia e conhecimento sobre sua condição. Pois depois que sair do consultório, será o responsável por seu próprio cuidado. A sensibilização do profissional para com o paciente é fator decisivo na troca de conhecimento e atenção. Sim, troca! De saberes, de vivências. A cada paciente, o profissional evolui, em todos os sentidos. Evolução que ultrapassa qualquer grande simpósio e está no vínculo notável de quem cuida com quem precisa de cuidado.

Muitos médicos passam por nossa vida até que o diploma chegue. Principalmente, muitos médicos a quem chamamos de professores. Eles são os mais marcantes. Pessoas as quais pode ser que nem se lembrarão de nossos nomes, mas que serão, muitas vezes sem saber, nossas referências de vida profissional. Todos passam nos ensinando muito mais que Medicina, até mesmo os ruins. Porque aqueles professores que já chegam sem humildade, emitindo juízos de valor sobre os assuntos, achando que sabem de tudo, preocupados apenas em passar conteúdo e cobrá-los em provas, esses já nos ensinam a como não ser. Alguns são até capazes de nos fazer detestar uma especialidade por tanta falta de empatia. Outros possuem “luz própria” e nos guiam por esses caminhos de forma

única. Até aqui, felizmente encontrei mais mestres na arte de ensinar do que doutores na habilidade de amedrontar.

Que eu seja uma médica que respeita a morte, ao invés de lutar inutilmente contra ela. Se a morte é um espaço onde as palavras não chegam, que na vida as minhas palavras percorram os caminhos necessários e levem consolo, muito antes que a cura. Que eu seja uma médica com veia paliativista. Que eu saiba respeitar quando a Medicina não mais oferecer recursos e oferecer o cuidado como forma digna de encontrar o fim da vida.

7. Minha melhor experiência como paciente

O paciente, todo ele, procura cuidado. Procura respostas, remédios, cura, sim. Mas, antes de tudo, procura atenção e cuidado. Inclusive, foram nesses parâmetros que me baseei para relatar, agora, sobre o melhor médico que me atendeu. Foi o profissional que me inspirou cuidado, empatia, humildade e esperança. Não por acaso, é psiquiatra há 15 anos.

Desde o momento do primeiro encontro, fui ouvida em plenitude. Conteí e escutei histórias. A tal ponto que, por vezes, me esqueci que estava em uma consulta médica em meio a uma crise depressiva. Minhas expectativas foram superadas, porque ali não estava sendo apenas tratada uma desordem psíquica em uma paciente jovem, mas a doença se manifestava particularmente em mim, ser único no universo. Fui prontamente informada sobre as informações acerca do que me acometia, com linguagem adequada a minha pessoa. Todas as alternativas terapêuticas foram descritas e minha autonomia sempre foi mantida. Mesmo na época sendo menor de idade, minha privacidade foi ressaltada e garantida. A cronicidade do que me acometia foi explicada, bem como seus efeitos. Minhas expectativas foram ouvidas e asseguradas. A sensação de dignidade resguardada era perceptível e a valorização do sofrimento, conservada.

Na época, eu não sabia, mas hoje sei que os quatro princípios fundamentais do modelo de análise bioética principialista foram

respeitados: beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia (SILVA FILHO, 2017). O melhor médico que me atendeu foi, antes de tudo, o próprio remédio. No sentido de que a própria consulta já teve efeito terapêutico. O diagnóstico, tão sensível quando se trata de psiquiatria, foi traçado aos poucos, e incluiu muito mais que somente compreensão da doença. Meus contextos social, familiar e espiritual foram levados em consideração. O histórico fisiológico na anamnese percorreu todo caminho necessário: do parto à primeira crise depressiva na história atual da doença.

A consulta contou com a presença dos meus pais que, depois de aguardarem do lado de fora, foram chamados sozinhos. A relação médico-paciente tornava-se, então, médico-paciente-família. A humanização foi protagonista, e a ciência sempre teve papel fundamental. Um conjunto completo de exames foi solicitado. Do hemograma à ressonância de crânio.

Ao final, não houve cura, tampouco a promessa dela. Houve esclarecimento, tratamento e, sobretudo, cuidado. Um laço entre médico e paciente foi tão bem estabelecido que já dura 15 anos. E contemplar a doença em sua dimensão espiritual foi ato necessário. Necessário e somente possível porque o melhor médico que me atendeu sabia muito, mas muito mais que Medicina.

8. Renascimento na vocação: breve ensaio sobre a minha trajetória na Medicina

O que posso inferir de tudo é que entrei na Medicina pensando sim no cuidado, mas sem saber do que realmente se tratava o cuidar. Afinal, entrei achando que ser médica era uma ciência exata, permeada de fatos, porcentagens, dados, conclusões e traços lógicos. Achava que o cuidado estava restrito a ambulatórios, consultas, medicamentos, internações, exames, curativos e procedimentos. Pensava que para tudo existiriam protocolos bem estudados e definidos. Eu só tinha que estudar todos eles. Pensava que a morte seria apenas um fim inevitável do ciclo biológico e que lidar com o fim

seria algo automático que seria ativado em mim assim que o jaleco fosse colocado.

No entanto, percebi que se trata de um universo muito mais complexo e vasto. Com centenas de entrelinhas e exceções. Uma trajetória de ciência probabilística e incertezas. Um caminho entremeadado por conexões filosóficas e afetivas, em que muitos dos protocolos possuem limitadas aplicações e que, na maioria das vezes, a ciência que conhecemos ainda é muito inexata e falha. Percebi que as soluções caminham a passos de formiga, a toda hora se esbarrando em ganâncias geopolíticas e econômicas jamais vistas. Afinal, não há maior ganância que não aquela que, para fazer dinheiro, dependa de vidas humanas ceifadas.

Das tantas galáxias já estudadas pelo homem, vejo que a Medicina ainda é um verdadeiro caos a ser definido. Enigmática e por demais abstrusa, mas que confesso: é o caos mais bonito que já conheci e me sinto honrada de me perder e me encontrar dentro desse universo diariamente. Por ora, creio que a Medicina não seja para ser definida, mas sim aprimorada e contemplada.

Eu tenho uma vastidão de saberes para adquirir antes mesmo que o título de médica chegue em minhas mãos. E, depois disso, a imensidão vai continuar. Até o momento, entendi que a Medicina, toda ela, é muito mais interpretativa. Percebi que a intuição é minha mola mestre nos diagnósticos, por vezes, muito mais útil que a dedução lógica dos livros. Porque a Medicina é muito mais que racional: é história, psicologia, ciência, arte e ideologia. Uma conduta assertiva depende de inteligência emocional e concepções culturais que adentram campos que simplesmente não cabem na grade curricular da faculdade.

Aliás, muito se discute sobre inteligência emocional, mas pouco ela adianta quando não saímos de nossa zona de conforto em direção a um estado de conflito emocional de uma pessoa em sofrimento existencial. A inteligência emocional constitui um construto psicológico recente, e um dos aspectos da inteligência mais discutidos na atualidade. Ela reflete, sobretudo, o estudo das intera-

ções entre emoção e inteligência, o que nos permite inferir a complexidade do campo conceitual, bem como as dificuldades metodológicas daí decorrentes (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2021).

O sofrimento existencial é comum nos pacientes em seus processos únicos de adoecimento. Perpassa a dor física e está inserido em um contexto em que até o mais moderno dos estetoscópios passa a não ter utilidade. O próprio médico se torna o remédio, sendo a ferramenta primária de cuidado. Neste cenário, mesmo ainda não tendo muito tempo de medicina, posso dizer que já naveguei mais tempo do que deveria pelo mar inexorável do sofrimento humano dentro da experiência de adoecimento. Talvez seja por isso que entender a dimensão múltipla de cada paciente é tão intuitivo para mim. Ver a dor do outro depois de atravessar por caminhos parecidos torna-se mais fácil. É quase familiar.

Pensando em uma proporção real de tempo, minha trajetória pela Medicina só começou há alguns anos atrás. Mas quando falo da proporção de mim, posso jurar que morri e renasci várias vezes pelo que sinto ter sido décadas! Imagino que tenha sido essa a origem de tamanha vontade de praticar uma medicina que, antes de tudo, seja baseada no paciente: sei bem como renascer dói. Pesa os ombros e enterra algumas dúzias de palavras.

Ser capaz de lidar bem com o sofrimento em sua expressão mais desafiadora não é sobre construir muros, mas pontes que irão promover a interação tão necessária entre o médico e o paciente. Ser esteio e, principalmente, ser o antídoto do medo para o paciente. Antídoto esse que não é a coragem, e sim o amor.

REFERÊNCIAS

BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. De barbeiro a cirurgião do rei: a fantástica história de Ambroise Paré. **Boletim da FCM: Seção História e Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 10, 2007.

CHARON, Rita. **O corpo que se conta**: por que a medicina e as histórias precisam uma da outra. Trad. Ricardo Santhiago. São Paulo: Letra e Voz, 2015.

COSTA, Daniela Márcia Caixeta. Descortinando a homofobia. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 585-587, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/vrsQymv7sCt9BvnpPpPR-DTv/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GOMES, Annatalia Meneses de Amorim *et al.* Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014>. Acesso em: 30 out. 2021.

GOODMAN, Neil F. *et al.* American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Androgen Excess and PCOS Society Disease State Clinical Review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome—Part 1. **Endocr Pract**, [S. l.], v. 21, n. 11, p. 1291-1300, 2015. doi: 10.4158/EP15748.DSC. Acesso em: 30 out. 2021.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>. Acesso em: 30 out. 2021.

KERNS, Robert D. *et al.* Implementation of the veterans health administration national pain management strategy. **Transl Behav**

Med, [S. l.], v. 1, n. 4, p. 635-43, 2011. DOI: 10.1007/s13142-011-0094-3. Acesso em: 30 out. 2021.

LOPES, Antônio Carlos. **A importância da Relação Médico-Paciente**. SBCM, 2021. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/v2/index.php/artigos/2526-a-importancia-da-relacao-medico-paciente>. Acesso em: 30 out. 2021.

MAKUCH, María Yolanda; FILLETO, Juliana. Procedimentos de fertilização in vitro: experiência de mulheres e homens. **Psicologia em Estudo**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 771-779, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/vmczbv8kjXQCYy7n4SymVzs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre. *In*: REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 55-59.

SILVA FILHO, Carlindo de Souza Machado. Os princípios bioéticos. **Residência Pediátrica**, [online], v. 7, n. 1, p. 39-41, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/residpediatr>. Acesso em: 21 jan. 2022.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>. Acesso em: 21 jan. 2022.

WOYCIEKOSKI, Carla; HUTZ, Claudio Simon. Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online], v. 22, n. 1, p. 1-11, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100002>. Acesso em: 30 out. 2021.

ANALISANDO OS EXTREMOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Ramon Werner Heringer Gutierrez
Rafaela Espíndola Costa



Discorrer sobre a “relação médico-paciente” é refletir sobre a prática médica no dia a dia e a formação profissional de determinado médico ao longo de sua trajetória. Mais que isso, é pensar o processo de interação humana que deve ser a base dessa prática em suas dimensões técnicas, humanísticas e éticas (BATISTA; LESSA, 2019). Segundo Porto (2017), a relação médico-paciente está intrinsecamente ligada às palavras, gestos, atitudes, à capacidade de ouvir, à compreensão e a diversos outros aspectos humanos. O médico deve ser capaz de considerar a condição humana daquele que busca ajuda, tratando-o com respeito e dignidade.

Sabe-se que a aplicação única do modelo biomédico é, ainda hoje, hegemônica entre os profissionais da saúde, sendo observado em diversos relatos do livro. De acordo com esse modelo, o médico deve priorizar a patogenia e a terapêutica em sua abordagem, classificando as doenças segundo forma e agente patogênico. Assim, pode-se caracterizar esse modelo como curativo, centrado na figura do médico e fragmentado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Contudo, é muito importante que o médico reflita em todos os seus atendimentos sobre os princípios fundamentais da Bioética Moderna: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, apresentados por Beauchamp e Childress, em 1979 (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009). Sobre a beneficência, em poucas palavras, entende-se que o médico deve agir em prol do bem do paciente. Além de que, ao priorizar a conduta que faça bem ao paciente, estará, em muitas situações, reduzindo o mal. Assim, o profissional assume a responsabilidade de ponderar ônus e bônus,

de modo a buscar o máximo de benefícios. A não maleficência, isto é, não infligir dano intencional, destaca que o médico não deve fazer qualquer mal ou colocar em risco os pacientes tanto individual quanto coletivamente. É necessário evitar situações de risco e avaliar se há outras técnicas que ofereçam riscos menores. A autonomia diz respeito ao autogoverno e à capacidade de deliberar sobre seus interesses, isto é, o médico deve respeitar os desejos do paciente, informando e consultando sobre sua situação de saúde. Deve fornecer informações técnicas que orientem a decisão do paciente. Garantir a autonomia é também entender que o indivíduo deve deliberar sobre seu corpo de acordo com suas singularidades, valores, crenças e subjetividades. É evidente que isso não implica em passividade do médico, o ideal é que o profissional que assumiu o cuidado do paciente defenda as alternativas médicas adequadas visando ao seu bem estar e sempre considerando a autonomia do paciente sobre o próprio corpo. Por fim, o médico deve fazer o possível para que todos tenham acesso a um serviço de qualidade. No Brasil, isso é assegurado pela Constituição Federal (1988) e versa com princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema único de Saúde (SUS) (BENSEÑOR; ATTA; MARTINS, 2002).

Outras definições importantes para essa discussão foram destacadas por Merhy (1998), que abordou o conceito das tecnologias em Saúde de maneira ampla, enfatizando que, no trabalho em Saúde, as tecnologias não correspondem somente ao conjunto de máquinas, mas, também, ao conjunto de saberes, ações e relações, como será abordado a seguir. Essas tecnologias podem ser divididas em três categorias: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves.

As máquinas utilizadas para exames de imagem e laboratoriais, instrumentos utilizados no exame físico⁵⁶, entre outros, são as tecnologias duras. Entretanto, diversos conhecimentos são mo-

56. Exame físico: é o conjunto de técnicas que o profissional da saúde detém que o permite analisar o paciente por meio de manobras que fornecem informações para compor o raciocínio clínico que leva a uma hipótese diagnóstica (YOSHIKAWA; CASTRO, 2015; PORTO, 2017).

bilizados durante um atendimento profissional bem estruturado, como a clínica do médico, o que permite inferir uma tecnologia menos dura do que as máquinas e ferramentas de trabalho, a qual é denominada de tecnologia leve-dura. Além disso, há ainda tecnologias mais leves do que as leve-duras, as quais são denominadas tecnologias leves. Essas tecnologias leves correspondem a uma abordagem assistencial de um trabalhador de Saúde junto a um paciente através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações de construção e atuação mútuos, criando momentos de falas, escutas e interpretações, acolhimento, criação de vínculo e afins (MERHY, 1998).

Nesse contexto, é inegável que o vínculo e o diálogo são tecnologias leves importantes para a construção de uma relação médico-paciente. Assim, cabe destacar a ausência de várias dessas tecnologias nos relatos apresentados. Isso permite estabelecer o raciocínio de que existem fragilidades permeando a relação médico-paciente estabelecida.

Sabe-se que, desde o primeiro encontro entre paciente e médico, são criadas expectativas tanto do médico quanto do paciente. Dentre elas, destaca-se o desejo do paciente de ser ouvido, em algumas situações, o que causa angústia não somente os sintomas físicos, mas também medos, tristezas e preocupações. É esperado que o médico se interesse pelo ser humano, não somente pela doença que o acomete, como pauta a Bioética Moderna. No entanto, infelizmente, é comum que em serviços de saúde as pessoas “percam seus nomes” e sejam chamadas pela sua condição clínica, o que é desagradável e desrespeitoso (BENSEÑOR; ATTA; MARTINS, 2002).

A inexistência de uma conduta ética durante o atendimento também foi destacada em vários relatos neste livro. Nesse sentido, é importante observar que muitos profissionais ignoram ou, até mesmo, desconhecem o Código de Ética Médica (CEM). Segundo o documento, entre os diversos tratados de boa conduta, o médico deve sempre exercer a medicina de maneira ética, sem discriminação

de nenhuma natureza e buscando respeitar mutuamente os demais profissionais, buscando o melhor para o paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Assim, faz-se essencial que os estudantes e diferentes profissionais estejam atentos às suas posturas, sempre buscando criar vínculos pautados em compromissos éticos.

Ademais, a capacidade de ouvir o paciente e se importar com o que está sendo dito fortalece o vínculo e a confiança entre médico e paciente. Nesse contexto, outro ponto que pudemos perceber foi a falta de empatia nos relatos de piores atendimentos. O termo empatia deriva da palavra grega “*empathia*” que remete a “paixão”; tem significado de “ser muito afetado” (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009). De maneira simplória, pode-se entender o termo como a mobilização diante de um sentimento de sensibilização perante a dor, o sofrimento, a dificuldade, enfim, o que incomoda a pessoa. No estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, a empatia se constitui como um dos pilares dessa relação. Dessa forma, as relações empáticas estão associadas a uma maior satisfação dos profissionais da saúde em relação a seus atendimentos e, também, numa maior satisfação dos pacientes, que se sentem acolhidos por esses profissionais. Ademais, fortalece o diálogo e os vínculos, além de ser capaz de promover uma maior adesão ao tratamento e diminuir as queixas e os possíveis processos jurídicos contra os médicos (BATISTA; LESSA, 2019).

Outrossim, há uma expectativa de que o médico seja competente e habilidoso. O paciente espera que o profissional seja capacitado para executar sua função, isto é, que domine a técnica e que saiba o que está fazendo. Além disso, faz-se essencial sinalizar a importância da disponibilidade do médico para atender seu paciente. A começar pela disponibilidade durante a consulta, isto é, prestar atenção no paciente, em suas palavras, gestos e expressões, evitar mexer em eletrônicos ou se distrair com coisas do ambiente. No geral, quando um paciente procura um serviço médico é porque há algum incômodo, podendo ser algo físico e/ou emocional, ou até mesmo algo físico que gera ansiedade e sofrimento psíquico.

Logo, o médico deve estar ciente dessa situação e buscar ser o mais transparente e acolhedor, de modo que o paciente se sinta compreendido e saiba que o cuidado oferecido é integral. É por esses e outros comportamentos que muitos pacientes costumam enxergar alguns médicos como amigos, já que estão dispostos a ouvir e não minimizar qualquer ansiedade e preocupação.

Outra questão importante é em relação à clínica. Sabe-se que a anamnese⁵⁷ e o exame físico são pontos-chave para a obtenção de um diagnóstico assertivo. Entretanto, a partir da discussão estabelecida, pode-se perceber que uma reclamação bastante comum entre os relatos negativos acerca de médicos e médicas foi de que os profissionais da saúde realizam esses processos de maneira irregular ou, até mesmo, os negligenciam, favorecendo uma conduta terapêutica insuficiente e inadequada.

A anamnese possui um significado primordial na medicina, exercendo influência de forma humanizada e colaborando com a construção de um diagnóstico baseado na queixa do paciente. Deve-se buscar destrinchar as características associadas à patologia ou doença do indivíduo (DIAS et al., 2019). Para isso, é necessário se basear em uma relação médico-paciente com respeito e confiabilidade, a qual influi não só na adesão, mas também nos resultados das mais variadas intervenções terapêuticas, como intervenções farmacológicas, mudança no estilo de vida e cirurgias (SOARES et al., 2014). Desse modo, sugere-se que algumas questões influenciem na obtenção de uma anamnese insuficiente, como tempo reduzido de consulta, falta de vínculo e diálogo na relação médico-paciente, postura antiética e arrogante.

Além disso, o exame físico é outra prática fundamental realizada pelos profissionais de saúde no processo de investigação diagnóstica. Ele agrega conceitos e métodos específicos da semiolo-

57. Anamnese: é o momento do encontro com o profissional de saúde no qual o paciente relata os eventos progressos relacionados a sua saúde, identifica sintomatologia relacionada ao motivo do encontro e discorre sobre antecedentes e fatos que se conectam aos acontecimentos recentes (YOSHIKAWA; CASTRO, 2015; PORTO, 2017).

gia clínica, tais como inspeção⁵⁸, palpação⁵⁹, percussão⁶⁰, ausculta⁶¹, além de utilizar alguns instrumentos e aparelhos simples, integrando conhecimento teórico de diferentes áreas, como a anatomia, fisiologia, patologia, entre outros (AZEVEDO et al., 2013).

Na visão de muitos pacientes, a realização de um bom exame físico por profissionais de saúde é fundamental para identificar, localizar e intervir em possíveis alterações patológicas. Além disso, possibilita ao profissional acompanhar o tratamento e a evolução da doença (SALOMÃO; AZEVEDO, 2019).

No entanto, a partir da análise realizada, observou-se que, embora o exame físico seja uma parte indispensável do diagnóstico clínico, o cenário de realização de exames físicos precários não é incomum. Tal quadro torna-se preocupante, pois pode levar a uma conduta terapêutica limitada e, por vezes, inadequada. Por fim, ainda é importante que o profissional esteja ciente de suas limitações e dificuldades e seja honesto e sincero com o paciente sobre elas, para que possa encaminhá-lo adequadamente a outro profissional.

O profissional também deve estar ciente sobre o desejo do paciente de ser informado sobre seu diagnóstico, procedimentos, alternativas à terapia e riscos envolvidos, os quais são assegurados pelo Código de Ética Médica Brasileiro. Nesse sentido, foi possível perceber nas narrativas que a didática/cuidado em explicar os procedimentos e condutas impactou positivamente. O desejo de não ser abandonado, isto é, que a preocupação médica não seja apenas relacionada ao diagnóstico e ao tratamento, mas sim em sua vida como um todo, por exemplo: com alternativas que melhorem sua

58. Inspeção: consiste na observação criteriosa da superfície corpórea do paciente. Atenta-se para cor, forma, fâcies, atitude, marcha, entre outras (YOSHIKAWA; CASTRO, 2015; PORTO, 2017).

59. Palpação: usando o tato, o profissional da saúde busca pelo corpo do paciente alterações de textura, consistência, volume, elasticidade, frêmito, edema, entre outros achados (YOSHIKAWA; CASTRO, 2015; PORTO, 2017).

60. Percussão: através de pequenos “golpes” com os dedos, o examinador provoca sons, distinguindo sons normais e patológicos (YOSHIKAWA; CASTRO, 2015; PORTO, 2017).

61. Ausculta: com auxílio do instrumento médico chamado estetoscópio, posicionado em focos de ausculta específicos de cada órgão, ausculta-se os sons (YOSHIKAWA; CASTRO, 2015; PORTO, 2017).

qualidade de vida, minimizem sofrimento e que preservem sua dignidade (BENSEÑOR; ATTA; MARTINS, 2002). Assim, com essas informações explícitas o paciente poderá discernir, analisar e concordar ou não com a terapêutica, sendo, de fato, o protagonista do encontro.

Também é importante abordar o fato de alguns profissionais insistirem em emitir opiniões pessoais/valorativas e, às vezes, o fazem de maneira rude, indelicada e que resulta em constrangimento para o paciente, o que causa um enorme impacto negativo na vida da pessoa atendida. Infelizmente, no Brasil, muitas instituições de saúde ainda reproduzem comportamentos discriminatórios e preconceituosos, o que é um grande problema no acesso e oferta de cuidado de qualidade. Os profissionais de saúde devem se atentar aos comentários, “linguajar” utilizado e gírias que, mesmo que sejam comuns no círculo social em que o profissional está inserido, podem ofender e/ou deixar o paciente desconfortável. Uma vez que é impossível estabelecer uma relação de confiança onde há pré-julgamentos e discriminações. Nesse sentido, é necessário perceber essas situações, problematizar o comportamento e descontinuá-lo, sendo que, nos casos que configuram crime, deve-se tomar providências para que os transgressores sejam punidos (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

Outra questão destacada neste livro foi a ocorrência de violência médica institucional contra mulheres. Como é discutido nesse capítulo, diversas relações desiguais permeiam a relação médico-paciente, entretanto, em muitos casos, essa desigualdade pode ser transformada em violência de gênero, por meio da qual as pacientes mulheres são anuladas como sujeitos de direitos, sendo ignorados direitos sexuais e reprodutivos, o que propicia o estabelecimento de relações marcadas por atos de negligência, maus-tratos físicos, verbais e violência sexual (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Por mais que essa realidade seja perceptível, de acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SB-

MFC), ainda há uma escassez bibliográfica. Por exemplo, os dados obtidos sobre a violência sexual instituída pelos médicos acabam sendo pautados por entrevistas e publicações em meios de comunicação em massa, o que torna difícil sua análise (BALLAROTTI, 2020). Ademais, o julgamento desses casos é, por vezes, marcado por uma ineficiência, há processos que ficam anos em trâmite e é desgastante para o denunciante e o denunciado. Logo, pensa-se que isso pode desestimular a realização de denúncias (MELLO, 2020).

Além disso, é essencial que o médico esteja disponível para emergências. É claro que o profissional tem sua vida particular e outros afazeres e atividades, mas em situações em que não possa atender, é interessante que deixe outras opções, como contato de outro profissional ou serviços que possam ajudar, a fim de que o paciente se sinta seguro e assistido.

Desse modo, faz-se essencial destacar a necessidade de valorização dos fatores supracitados durante a formação médica, tendo em vista que os relatos desta obra ainda levantam importantes questões sobre a formação universitária no comportamento dos médicos, que podem colaborar para a obtenção de diagnósticos clínicos mais assertivos, continuidade do tratamento, entre outros. Além disso, ao destacar esses temas durante a graduação, é possível que, no futuro, sejam formados cada vez mais médicos capazes de desconstruir a visão acerca dos “médicos ruins”.

Assim, a partir dos conceitos de Merhy (1998), é possível perceber que os relatos destacam a ausência das tecnologias duras, leve-duras e leves em diferentes casos, seja pela falta de ferramentas ou máquinas, clínica insuficiente, falta de saberes, inexistência da tentativa de estabelecimento de um vínculo, inexperiência do profissional, dentre outros.

Portanto, diante de relatos tão incômodos, é passível de indignação que haja profissionais que lidam, talvez, com os dias mais difíceis da vida de alguém e agem com rispidez e arrogância, colaborando ainda mais com o sofrimento do paciente. Perante tais relatos, alguns questionamentos são levantados, como: “Por que es-

colheram essa profissão?”, “Por que decidiram lidar com vidas, com pessoas, com sentimentos?”, já que é sabido que a medicina é feita de pessoas e que sem elas a medicina não existiria. Esse cenário coloca em dúvida se um dos principais objetivos da prática médica contemporânea poderá ser alcançado: o ato de cuidar do sujeito em sua totalidade. Sendo assim, tal cuidado só será alcançado quando o encontro entre o (a) médico(a) e o paciente for capaz de produzir uma congruência entre as necessidades de saúde do paciente, suas experiências e expectativas, e os saberes e práticas do(a) médico(a) (MERHY, 2000).

Ao passo que, diante de relatos positivos de acolhimento, é inspirador olhar como esses profissionais que deixam uma marca positiva em cada paciente, porque um dia ouviram, se importaram e foram empáticos em um momento de dor, dificuldade, desespero e crise. Assim, foi possível perceber a influência da visão holística sobre a humanização da relação médico-paciente. O ser humano está inserido num contexto biopsicossocial, é um indivíduo que possui uma história singular, vive imerso em valores culturais que podem ser distintos aos de outros pacientes e, provavelmente, está fragilizado pelo seu problema de saúde (LEITE; STRONG, 2006). Nesse sentido, os profissionais que conseguem valorizar e entender todos esses aspectos deixam marcas tão positivas em seus pacientes a ponto de serem considerados os melhores atendimentos da vida dessas pessoas.

Os profissionais da saúde têm esse grande poder de impactar vidas e, como assinalou Carl G. Jung, “conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (JUNG, 1991, p. 5). Que não percam jamais a humanidade, a compaixão, a gentileza e a empatia.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência Institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro], v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2013.v29n11/2287-2296/>. Acesso em: 28 jan. 2022.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. Modelos de saúde e doença. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de *et al.* Da academia à realidade: uma reflexão acerca da prática do exame físico nos serviços de saúde. **Saúde Transform. Soc.**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 106-110, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852013000400017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2022.

BALLAROTTI, Bruna. E quando a violência vem dos médicos? **Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 11 dez. 2020. Seção: Notícias. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/violencia-vem-dos-medicos/>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BATISTA, Nildo Alves; LESSA, Simone Schwartz. Aprendizagem da Empatia na Relação Médico-Paciente: um Olhar Qualitativo entre Estudantes do Internato de Escolas Médicas do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 43, n. 1, p. 349-356, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/JRf-8vKxXWwhxm8vpsbJ3d4Ps/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BENSEÑOR, Isabela M.; ATTA, José Antonio; MARTINS, Milton de Arruda. **Semiologia clínica**. São Paulo: Sarvier, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n° 2.222/2018 e 2.226/2019. **Código de Ética Médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.

DIAS, Luciana Regina *et al.* A importância da anamnese na formação do acadêmico de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [S. l.], v. 5, p. 1-4, set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e1094.2019>. Acesso em: 28 jan. 2022.

JUNG, Carl Gustav. Obras Completas. Volume VII. **Estudos Sobre a Psicologia Analítica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes; STRONG, Maria Isabel. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O Mundo da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 203-214. 2006. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf. Acesso em: 28 jan. 2022.

MASSIGNAM, Fernando Mendes; BASTOS, João Luiz Dornelles; NEDEL, Fúlvio Borges. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 541-544, 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2022.

MELLO, Daniel. Conselho de Medicina cassou registro de sete médicos por assédio em SP. **Agência Brasil**, São Paulo, 14 jan. 2020. Seção: Saúde. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-01/conselho-de-medicina-cassou-registro-de-sete-medicos-por-assedio-em-sp>. Acesso em: 28 jan. 2022.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção

no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: CAMPOS, Cezar Rodrigues. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/33023409_A_perda_da_dimensao_cuidadora_na_producao_da_saude_uma_discussao_do_modelo_assistencial_e_da_intervencao_no_seu_modos_de_trabalhar_a_assistencia. Acesso em: 28 jan. 2022.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface Comunidade, Saúde e Educação**, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/hWjdyMG9J4YhwPLLXdY3kFD/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

PORTO, Celmo Celeno. **Exame Clínico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. R. **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413906>. Acesso em: 28 jan. 2022.

SALOMÃO, Graciela da Silva Miguéis; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. Os fios visível e invisível da experiência do exame físico para o cliente. **Texto e contexto – Enfermagem**, [S. l.], v. 19, n. 4, p.675-681, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/GjgkD-nQXPNfwtcmd9YtzFBR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2021.

SAMPAIO, Leonardo Rodrigues; CAMINO, Cleonice Pereira dos Santos; ROAZZI, Antônio. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicol. cienc. prof.**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 212-227, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414=98932009000200002-&lng=pt&nrmiso. Acesso em: 28 jan. 2021.

SOARES, Márcia Oliveira Mayo *et al.* Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão de um estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [Brasília], v. 38, n. 3, p. 314-322, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300005>. Acesso em: 28 jan. 2022.

YOSHIKAWA, Gilberto; CASTRO, Roberto Chaves (Org.). **Manual de semiologia médica: a prática do exame físico**. Belém-PA: EDUEPA, 2015.

SOBRE O(A)S ORGANIZADOR(A)S

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

Professora Adjunta do curso de Medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé e do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social-IMS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, Formação e Licenciatura em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba. Colaboradora de Extensão na Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN e de Pesquisa na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, Rio de Janeiro-RJ. Gosta de cantar, ver filmes, estar com a família e os amigos, e de viajar em busca de novas aventuras!

Mônica Gomes de Andrade

Docente efetiva de Psiquiatria e Psicologia Médica do curso de graduação em medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Mestre em Atenção Psicossocial (2018) pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB). Criadora da Metodologia Ativa de Ensino-Aprendizagem: “O olhar do paciente sobre o médico” (2020.1). Criadora e coordenadora da Oficina do Cuidado (2014) no curso de medicina da UFRJ/Macaé. Médica graduada (2002) pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Psiquiatra com residência (2007) no IPUB/UFRJ. Psicoterapeuta (2006) pelo Instituto de Fenomenologia Existencial (IFEN). Entusiasta da Medicina Narrativa. Aficionada por Literatura. Cofundadora do Clube de Leitura Feminista de Glicério (2022). Ciclista de montanha. Mãe da Flora, 2 anos. Militante pela Equidade de Gênero na Academia.

Ramon Reis dos Santos Ferreira

Professor do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé e do curso de

Psicologia do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). É mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ) e especialista em psicopatologia (FCMSCSP) e em Saúde Mental pelo programa de residência multiprofissional do IPUB/UFRJ. Tem como interesse de pesquisa os campos da psicanálise, saúde pública, psicopatologia, filosofia e neurociências. Gosta de tudo que envolva os seres humanos (especialmente suas histórias).

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Adelaide Rodrigues de Moura

Aluna do 3º ano do curso de medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Atualmente é secretária da liga de anestesiologia de Macaé e aluna de iniciação científica na área de saúde pública. Já participou do projeto de extensão no grupo de extensão e pesquisa em espiritualidade e saúde. Nascida e criada no interior por pais que não tiveram acesso ao ensino, entende que acesso a saúde de qualidade é um direito que deve ser ofertado a todos. Nas horas vagas gosta de ler, estar com amigos, tomar bons cafés e apreciar a fofura dos animais de estimação.

Ana Carolina de Matos Machado Cunha

Graduanda de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Atuou como Facilitadora de Aprendizagem e como monitora no Curso Introdutório de LIBRAS. Sua Iniciação Científica foi direcionada à utilização da Musicoterapia em Unidades de Terapia Intensiva, a fim de tornar o tratamento contra a COVID-19 mais humanizado. Participou da Liga Acadêmica de Plantas Alimentícias não convencionais, Medicinais e Fitoterapia, difundindo conhecimento científico sobre diversas Plantas Medicinais em mídias digitais. Atualmente, é representante discente perante a UFRJ e atua como monitora de Propedêutica Médica, orientando graduandos com a elaboração de anamneses. Essa jovem carioca, escorpiana e flamenguista, de 21 anos, quando ainda estudante do IFF - Macaé, foi premiada com o 1º lugar no II Concurso de Contos e Ilustrações, com o conto “A percussionista”. Em sua vida, não podem faltar bons livros, banhos revigorantes de mar e a companhia de quem ama.

Bárbara da Silva Ferreira

Capixaba, tem 23 anos. Técnica em aquicultura pelo Instituto Federal do Espírito Santo, cursa, atualmente, o 7º período de medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, instituições das

quais se orgulha muito. Já foi monitora de Anatomia e facilitadora de aprendizagem, com ênfase em Libras. É aluna de Iniciação científica na área de microbiologia, com pesquisa direcionada ao estudo das propriedades antibacterianas presente no muco da pele de peixes, estudo que une suas duas áreas de formação. É também extensionista em um projeto direcionado à promoção da saúde mental materna. É apaixonada por esportes, saúde e bem estar físico e mental, tendo como prioridade construir uma vida equilibrada e saudável em todos os aspectos. Ama passar tempo com sua família e amigos, além de valorizar boa comida e boas conversas.

Beatriz do Valle Goudard

Estudante do ciclo clínico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Participa da Associação Atlética Acadêmica de Medicina, na diretoria de produtos. É aluna de Iniciação Científica na área de Bioética, com pesquisa direcionada ao estudo da formação médica a nível acadêmico. Atualmente é monitora de Propedêutica, assim como diretora de comunicação e mídias da Liga Acadêmica de Metabologia e Endocrinologia de Macaé (LAEM). Para além do ambiente acadêmico, adora passar o tempo com a família, amigos e apreciar a natureza. Quanto a seus hobbies, fazer atividade física, ler e ouvir música estão dentre os preferidos.

Cecília Santos de Brito

Estudante do ciclo clínico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, um campus marcado pelo processo de interiorização, motivo de muitas lutas por condições de ensino dignas e também de muito orgulho para os estudantes. Participa do Centro Acadêmico de Medicina, na coordenação de Estágios e Vivências. É aluna de Iniciação Científica na área de Neurohistologia, com pesquisa direcionada ao estudo da Epilepsia a nível celular. Já foi monitora de Biologia Molecular e Bioquímica, assim como diretora de pesquisa e extensão da Liga Acadêmica de Neurociências de Macaé (LANEUMAC). Para além do ambiente acadêmico, adora passar

tempo com sua família e amigos, e a arte é de grande importância em sua vida. Quanto a seus hobbies, desenhar, tocar piano e fazer bolos estão dentre os preferidos ☺.

Daniella Rodrigues David

Estudante do ciclo clínico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Defende que a Medicina que vai além do que se vê nos livros, laboratórios e salas de aula. Para ela, títulos discentes são importantes, mas aqui insuficientes para traduzir sua estrada na medicina. Encontrou no curso para promover cura e ser gente que cuida de gente. Logo percebeu o significado multifacetado de curar e se matura a cada dia para que sua presença na vida dos pacientes, por si só, já seja terapêutica. Para Daniella, a Medicina, em essência, apenas se faz em profundidade no paliar de histórias e no medicar de existências. Defensora incansável de que o cuidado genuíno só existe no encontro entre ciência e poesia. Hoje, poetizar a medicina é seu hobby favorito. De tudo, carrega um currículo que, de tão interno e feito de si, não cabe em nenhum Lattes.

Eduarda Machado Nascimento

Mineira em terras fluminenses. Atualmente, é graduanda em Medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé e aluna de Iniciação Científica, na qual pesquisa a prevalência de infecções em unidades de terapia intensiva de diferentes hospitais do Estado do Rio de Janeiro. Atua como monitora voluntária de Saúde da Criança, como Vice-Diretora da Liga Acadêmica de Neurociências de Macaé (LANEUMAC) e como membro da Liga Acadêmica de Neonatologia e Pediatria da UFRJ Macaé (LANP). Amante de viagens, filmes, literatura, espiritualidade e astrologia.

Ellen dos Santos Brito

Terceiranista do curso de Medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Atualmente está envolvida em projetos de pesquisa e extensão na área da Fisiopatologia Renal. Apesar de almejar a clínica, simpatiza com a docência e, por isso, já atuou como monitora na dis-

ciplina de Anatomia Humana e, extraclasse, leciona informalmente como orientadora de redação. Envolvida em movimentos estudantis desde o primeiro ano, já atuou no Centro Acadêmico de Medicina Macaé, Comissão Eleitoral Estudantil e, atualmente, faz parte da Comissão de Formatura. Assim como na vida acadêmica, sua vida pessoal é impulsionada pelo desejo de experimentar novos desafios, porém, como um ponto de constância em sua jornada, desde a infância tem a escrita como seu refúgio pessoal. Pois eis que de um refúgio se fez a autoria de um capítulo deste livro, motivo de grande orgulho de sua parte.

Gabriel Marcelino Barbosa

Estudante do ciclo clínico de Medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Participou de projetos de extensão ligados aos movimentos de inclusão biopsicossocial de minorias e de discussão dos processos de subalternização na saúde. É aluno de Iniciação Científica na área de fisiologia renal, com pesquisa direcionada ao estudo dos desdobramentos da diabetes tipo 2 no processo de filtração glomerular. Para além da universidade, gosta de se divertir com os amigos, e a atividade física é de grande importância em sua vida. Quanto a seus hobbies, jogar futebol, tocar violão e cantar estão dentre os preferidos.

Gabrielle de Matos Amorim

Estudante do ciclo clínico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, imensamente grata pelo processo de interiorização das faculdades federais iniciado ainda na década de 2000 e muito realizada com a cidade que escolheu pra sua formação. Participa do Centro Acadêmico de Medicina, como coordenadora da Extensão Popular. É aluna de Iniciação Científica na área de Biotecnologia, com pesquisa direcionada ao desenvolvimento de testes diagnósticos para COVID-19 e toxoplasmose à baixo custo. Além disso, também atua como extensionista do projeto “Mentes em Ação”, relacionando o cuidado da saúde

mental ao cinema, através de pesquisa debruçada sobre filmes que abordam esse tema. Também é responsável por auxiliar na fundação da LAOME - Liga Acadêmica de Ortopedia e Medicina do Esporte, atuando como diretora de comunicação, pesquisa e extensão. Para além do ambiente acadêmico, valoriza muito suas relações com a família e os amigos mais íntimos, e sempre que pode, opta por passar tempo de qualidade com os entes queridos. Quanto a seus hobbies, é assumidamente cinéfila, adora ler, praticar exercícios físicos e cozinhar.

Giulia Amorelli Maia de Almeida

Aluna do 6º período de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, campus onde está realizando um grande sonho. Atualmente é diretora de ensino e de Mídias Sociais da Liga Acadêmica de Neurologia (LiN), também participa da Liga Acadêmica de Neonatologia e Pediatria (LANP) e dos projetos de extensão e iniciação científica Câncer & COVID-19 e Compreensão sociosubjetiva da produção de saúde, adoecimento e cuidado de profissionais do município de Macaé-RJ no enfrentamento à COVID-19. Além disso, já foi monitora de Histologia e Anatomia durante o ciclo básico e participou da Bateria Inimigos de Teseu e do Festival de Conhecimentos UFRJ - Futuros Possíveis como apoio técnico. É apaixonada por filmes, literatura, jogos de tabuleiro e maquiagem. Durante as horas vagas, adora ir ao cinema, se encontrar com os amigos para fazer maratonas de jogos e conhecer novos restaurantes e cafeterias.

Juliana de Oliveira Mansur Pacheco

Estudante do ciclo clínico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Atua como ligante da Liga Acadêmica de Oncologia (LAOMAC- UFRJ Macaé) e da Liga Acadêmica de Neonatologia e Pediatria (LANP UFRJ-Macaé). É aluna do projeto “Iniciação Científica no Método da Cartografia”, com pesquisa direcionada ao estudo das produções científicas qualitativas em saúde. Outrossim, é membro da extensão denominada “O Teatro e a Promoção da

Saúde na Escola: Possibilidades de Atuação Socioeducativa na Atenção Primária à Saúde” e já atuou como monitora de Anatomia e Histologia. Em seu tempo livre, gosta de estar com seus amigos e família, praticar natação, assistir filmes e cozinhar.

Lara Satler Cosmo de Resende

Estudante do 5º período de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, campus Macaé. Além do currículo obrigatório do curso, é monitora de Anatomia, participa do projeto de extensão “Conhecendo o Corpo: incentivo a prática de atividades físicas”, e faz parte de duas Iniciações Científicas: “Raio X da Anatomia” e “Uso do eye-tracking como ferramenta para avaliação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade”. Fora das atividades acadêmicas, gosta de passar seu tempo livre lendo e assistindo séries. Está sempre ouvindo música e cantar é um de seus passatempos favoritos.

Lorena Faria de Oliveira

Estudante do 5º período de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. É aluna de Iniciação Científica sobre o estudo comparativo da prevalência de infecções em unidades de terapia Intensiva de hospitais do Estado do Rio de Janeiro e dos projetos de extensão e pesquisa sobre a promoção da saúde à pessoa com deficiência: ações educativas para as atividades da vida diária e do projeto que estuda sobre o processo de compreensão socio subjetiva da produção de saúde, adoecimento e cuidado por profissionais no enfrentamento à Covid-19. Em suas horas vagas gosta de estar com a família e amigos, ir à igreja e ler livros.

Luísa Lisbôa Machado

Estudante do ciclo clínico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Já foi aluna de Iniciação Científica na área de microbiologia, com pesquisa direcionada para o estudo da prevalência de infecções bacterianas em UTIs do estado do Rio de Janeiro.

ro. Atualmente é vice-presidente da Liga Acadêmica de Anestesiologia de Macaé (LAAM) e ligante na Liga Acadêmica de Cirurgia Vascular (LACIV) onde está participando da escrita de um livro e artigos sobre a área. Para além do ambiente acadêmico, adora passar tempo com sua família e amigos, sua fé em Deus é a coisa mais valiosa que possui. Quanto a seus hobbies, cantar, ouvir música e ver o pôr do sol estão dentre os preferidos.

Nathanielle Silva de Andrade

Estudante do ciclo básico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Participa do Centro Acadêmico de Medicina, na coordenação de Acessibilidade e Permanência. É aluna de Iniciação Científica na área de Saúde pública, com pesquisa direcionada ao estudo das condições de saúde da população negra de Macaé - RJ, além de ter contribuído com um projeto de extensão que tinha como objetivo informar a população de Macaé acerca das condições sanitárias em relação a pandemia de COVID-19, ação feita através de um teleatendimento. Já foi monitora de Histologia e Anatomia, assim como diretora administrativa da Liga Acadêmica de Neonatologia e Pediatria (LANP) e atual presidente da mesma. Para além do ambiente acadêmico, adora passar tempo com sua família e amigos, e valoriza muito a arte do teatro e da dança. Quanto a seus hobbies, costurar, ler e exercitar-se estão dentre os seus preferidos.

Pedro Victor dos Santos Monteiro

Acadêmico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ - Macaé, com ingresso em 2020/1 e, atualmente, se encontra no ciclo clínico. Participa do Centro Acadêmico de Medicina “II de Abril”, na coordenação de relações externas. Integra a Liga Acadêmica de Neurologia (LiN), como Secretário, e a Liga Acadêmica de Cirurgia Geral (LACIM). É estudante de Iniciação Científica na área de Neurociências, com pesquisa direcionada ao estudo da Doença de Alzheimer. É monitor de Anatomia, e foi bolsista do Projeto de Ex-

tensão intitulado “Promoção da Saúde à Pessoa com Deficiência: Ações educativas para as atividades da vida diária”. Indo além do ambiente acadêmico, considera a arte como uma parte essencial da sua vida. Realizando, como hobbies favoritos, o teatro, a escrita literária e a música.

Rafaela Espíndola Costa

Estudante do ciclo clínico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. É aluna do projeto de Iniciação Científica ENU-SA- Envelhecimento, Nutrição e Promoção da Saúde, na área do envelhecimento e HIV/AIDS, também participa das ações de extensão nesse mesmo projeto na área do envelhecimento, trabalhando especialmente com os idosos da Guarda Sênior do município de Macaé. É integrante da Liga Acadêmica de Doenças Crônicas (LADOC). Além disso, gosta de artesanato, jardinagem, da vida no campo e de compartilhar momentos com sua família, amigos queridos e seus pets.

Ramon Werner Heringer Gutierrez

Discente do sexto período de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Monitor Bolsista de Anatomia. Aluno do projeto de Iniciação Científica “Efeitos da música na saúde humana”, com publicação de artigos na área. Membro do Grupo de Pesquisa em Música e Musicoterapia da UFRJ (GPEMUSA). Diretor de Ensino da Liga Acadêmica de Endocrinologia e Metabologia da UFRJ Macaé (LAEM).

Rodrigo de Oliveira Cardoso Müller

Estudante do 3º ano da graduação em medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Atualmente, é aluno da extensão e da pesquisa no Grupo de Extensão e Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (GEPESaúde) sediado na UFRJ-Campus Macaé. A pesquisa é voltada ao cuidado dos pacientes em palição. Nascido e criado no interior de São Paulo, acredita que a medicina e os pacientes devem ser levados a sério. Nas horas vagas gosta de passar tempo com familiares e amigos.

Sara Cangussu Braga

Estudante do ciclo básico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. É aluna de Iniciação Científica na área de Fisiologia renal, com pesquisa direcionada a novos marcadores de lesões renais em pacientes com diabetes mellitus. Para além do ambiente acadêmico, adora passar tempo com sua família, amigos e seus cachorros, além de priorizar o tempo consigo mesma, e vê na literatura a forma de expressão mais integral de um ser. Quanto a seus hobbies, fotografar e cozinhar estão dentre suas atividades mais valiosas.

Taís Caroline dos Santos Silva

Estudante do 5º período de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. É aluna de Iniciação Científica sobre o Ensino de Cuidados Paliativos nas Graduações de Medicina do Brasil e do projeto de extensão e pesquisa sobre o processo de compreensão socio subjetiva da produção de saúde, adoecimento e cuidado por profissionais no enfrentamento à Covid-19. Além disso, também faz parte da Liga Acadêmica de Anestesiologia (LAAM-UFRJ Macaé). Sobre sua vida além da Medicina, adora estar com familiares e amigos, ir à igreja e tocar piano.

Thaís Maria Paim Oliveira

Estudante de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Participa do Centro Acadêmico de Medicina II de Abril como coordenadora de Assuntos acadêmicos, tesouraria e Coordenadora de Acessibilidade e Permanência. Além disso, participa de uma iniciação científica com o tema “Bioengenharia tecidual aplicada a fisiologia renal”. Já foi monitora de Anatomia do Sistema Locomotor, participa da Liga Acadêmica de Anestesiologia (LAAM) e é uma das diretoras da Liga Acadêmica de Cirurgia Interna (LACIM). Na sua jornada acadêmica sempre buscou explorar a multidisciplinaridade que a faculdade buscou oferecer. Fora da academia, divide seu tempo entre sua família

e amigos e tem como hobbies assistir filmes, séries e leitura, além de dedicar parte do seu tempo ao estudo musical através da flauta transversa.

Thyeli Spacini

Estudante do ciclo clínico de Medicina no Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, uma capixaba que se mudou para a cidade, para realizar o sonho de se formar médica na melhor Universidade do país. Atualmente, participa da Liga de Anestesiologia. Já atuou como monitora de Anatomia e Histologia, assim como foi aluna da Iniciação Científica na área de Saúde Mental, e integrou as Ligas de Oncologia, Neonatologia e Pediatria, Psiquiatria e Empreendedorismo na Medicina. Divide o tempo com o marido e a cachorrinha Hana, realiza passeios conhecendo os pontos turísticos do Estado, além dos hobbies de dançar, ler e usar redes sociais.

editora



redeunida

ISBN 978-85-54329-82-2



9 788554 329822 >

Editora Redeunida, Av. Augusto de Lima, 100



Editora Redeunida, Av. Augusto de Lima, 100