

Canções do Coração: experiências com músicas, narrativas e medicina centrada no paciente durante o internato médico

Canciones del corazón: experiencias con música, narrativas y medicina centrada en el paciente durante una pasantía médica

Songs of the Heart: Experiences with Music, Narratives and Patient-Centered Medicine during Medical Internship

Marco Aurelio Janaudis, * Maria Auxiliadora C de Benedetto,** Vinicius Rodrigues da Silva, ***
Pablo González Blasco.****

* Doutor em Medicina. Secretário Geral da SOBRAMFA. ** Doutora em Medicina. Diretora de Publicações da SOBRAMFA. *** Médico em Formação na SOBRAMFA. ****Doutor em Medicina. Diretor Científico da SOBRAMFA

Correspondencia: Dr. Marco Aurelio Janaudis. **Correo electrónico:** marcojanaudis@sobramfa.com.br

Resumo

Os estudantes têm questionamentos éticos e estes vêm comumente envolvidos em emoções. São dilemas que tocam nossa afetividade, afetando-nos e movendo nossos sentimentos. Este artigo apresenta a experiência de alunos expostos a canções durante o internato médico e nos mostra como as emoções representam um papel importante na vida dos estudantes. Eles têm de lidar não somente com as próprias emoções, mas também com aquelas de seus pacientes. No entanto, poucos componentes em sua graduação formal contemplam esta realidade emocional. A narrativa apresentada e as reflexões dela decorrentes revelam, de certa forma, que a prática da medicina centrada na pessoa cabe em qualquer especialidade, ainda que esta seja a base da Medicina de Família. A adoção do método clínico centrado na pessoa e não na doença requer que atentemos para a perspectiva do paciente em relação à sua doença e às terapias propostas. Isto demanda o reconhecimento da narrativa do paciente que vai além da história clínica e a identificação de seus sistemas de crenças.

Palavras-chave: Narrativas, Medicina centrada no paciente, Educação médica.

Resumen

Los estudiantes tienen preguntas éticas y estas están comúnmente involucradas en las emociones. Estos son dilemas que tocan nuestra afectividad, nos afectan y mueven nuestros sentimientos. Este artículo presenta la experiencia de los estudiantes expuestos a las canciones durante las prácticas médicas y nos muestra cómo las emociones juegan un papel importante en la vida de los estudiantes. Tienen que lidiar no solo con sus propias emociones, sino también con las de sus pacientes. Sin embargo, pocos componentes en su graduación formal contemplan esta realidad emocional. La narrativa presentada y las reflexiones resultantes de ella revelan, en cierto modo, que la práctica de la medicina centrada en la persona encaja en cualquier especialidad, incluso si esta es la base de la medicina familiar. La adopción del método clínico centrado en la persona y no en la enfermedad requiere que prestemos atención a la perspectiva del paciente con respecto a su enfermedad y las terapias propuestas. Esto exige el reconocimiento de la narrativa del paciente que va más allá de la historia clínica y la identificación de sus sistemas de creencias.

Palabras-clave: Narrativas, Medicina centrada en el paciente, Educación Médica.

Abstract

Medical students have ethical questions and these are commonly involved in emotions. These are dilemmas that touch our affectivity, affecting us and moving our feelings. This article presents the experience of students exposed to songs –

during medical internship and shows us how emotions play an important role in students' lives. They must deal not only with their own emotions, but also with those of their patients. However, few components in their formal graduation contemplate this emotional reality. The narrative presented and the reflections resulting from it reveal, in a way, that the practice of patient-centered medicine fits in any specialty, even if this is the basis of Family Medicine. The adoption of the clinical method centered on the patient and not on the disease requires paying attention to the patient's perspective about his disease and the proposed therapies. This demands the recognition of the patient's narrative that goes beyond the clinical history and the identification of his belief systems.

Keywords: Narratives, Patient-centered medicine, Medical Education.

Revelando o paciente em sua totalidade

“Ela mandou arrancar quatro pedacinhos do meu coração...”! “Ela é médica e tem todo o direito de arrancar o que quiser de mim...”! Estas frases são de um paciente e nos foram apresentadas durante uma aula dos alunos do quinto ano do internato médico. Após dez semanas atendendo pacientes em uma unidade básica de saúde pelas manhãs e estudando medicina centrada no paciente às tardes, os estudantes trouxeram para a sala de aula os comentários do paciente acima.

Referente à primeira frase poderíamos discutir qual foi o entendimento do paciente a respeito do procedimento proposto, quais suas expectativas, dúvidas e medos sobre “arrancar” partes do seu coração. Na segunda, percebemos que o paciente acredita que deve se entregar aos cuidados da profissional, numa atitude que pode ser entendida como respeito ou talvez submissão. Em tempos passados, parece que havia menos dúvidas nesta relação, que a confiança e o respeito em relação ao médico não eram tão colocadas em xeque. Algo foi mudando ao longo dos anos.

Neste caso mencionado poderia se pensar que se trata de um paciente com pouca capacidade de entendimento, talvez humilde, sem recursos financeiros, atendido numa unidade básica de saúde e que seguirá, sem questionamentos, o que o profissional lhe apontar como melhor opção de tratamento.

Porém, “o caso” em questão **ou**, mais especificamente, as frases apresentadas são trechos de uma recente canção de um paciente ilustre, o cantor e compositor Gilberto Gil, denominada Quatro Pedacinhos¹ e lançada em 2018. Nesta, Gil ilustra a experiência vivida durante uma internação hospitalar em que sua médica solicitou uma biópsia de seu coração.

Esta música foi escolhida e levada para a sala de aula no último dia do curso pelos estudantes de medicina, os quais, durante as semanas de internato, já haviam sido expostos a esta metodologia de utilização de músicas como um recurso para a reflexão acerca da formação pessoal e profissional^{2,3}. Na ocasião conversou-se sobre o modo como o paciente reage frente ao exame proposto. Falou-se sobre sua idade, sua família, seu legado profissional, sobre finitude e vários outros aspectos. Ao longo do curso, foram discutidos em sala de aula temas como autoconhecimento do médico e do estudante de medicina, seus anseios, dúvidas, crescimento pessoal e profissional e, para tanto, canções foram tocadas nestas ocasiões para que se fomentassem estas ponderações. *Simples Assim*, de Lenine, *Tempo Perdido*, da Legião Urbana e *Gentileza*, de Marisa Monte são alguns exemplos. Convém lembrar que na referida disciplina não ocorreu uma dicotomia entre teoria e prática, uma vez que um mesmo professor atuou durante o processo reflexivo em sala de aula e nos ambulatórios de atenção primária. Isso propiciou uma integração dos temas discutidos em sala de aula com a atividade clínica.

Contemplando o estudante de medicina em sua totalidade

É essencial que os educadores assumam a ingenuidade dos educandos para poder, com eles, superá-las. Estando num lado da rua, ninguém estará em seguida no outro, a não ser atravessando a rua. Se estou no lado

de cá, não posso chegar ao lado de lá partindo de lá, mas de cá. Temos de respeitar os níveis de compreensão que os alunos têm de sua própria realidade. Impor a eles a nossa compreensão em nome da sua libertação é aceitar soluções autoritárias como caminhos de liberdade⁴. Como professores damos por suposto que os estudantes chegam à escola médica sem conhecer medicina, mas contrariamente, cometemos o equívoco de acreditar que eles trazem em sua bagagem de vida todos os temas relacionados a emoções, virtudes, comportamentos, já entendidos e resolvidos em suas mentes.

Um autor nos ensina que o homem nasce bárbaro e só deixa sua condição primitiva cultivando-se. É a cultura que nos torna de fato humanos. Não devemos aperfeiçoar apenas a inteligência, mas também a vontade e principalmente a arte de conversar⁵.

Os estudantes têm questionamentos éticos e estes vêm comumente envoltos em emoções. São dilemas que tocam nossa afetividade, afetando-nos e movendo nossos sentimentos. As emoções representam um papel importante na vida dos estudantes de medicina. Eles têm de lidar não somente com as próprias emoções, mas também com aquelas de seus pacientes. No entanto, poucos componentes em sua graduação formal contemplam esta realidade emocional⁶.

Sabemos, como fruto da experiência, que muitas coisas importantes da vida não são transmitidas por argumentação e sim por meio de um processo afetivo que tem mais a ver com o amor que se coloca em educar que com raciocínios especulativos. Muitas vezes, quando se trata de educar os afetos, surge uma dúvida, quase um medo, por parte de alguns educadores, de que ao se trabalhar com sentimentos e emoções os outros valores sejam deixados de lado. A dúvida é se dessa forma não se estaria promovendo uma educação superficial e fictícia, que não alcance o núcleo da pessoa e seja capaz de fomentar atitudes e valores. Educar por meio da estética não significa ancorar na emoção e sensibilidade todo o corpo de conceitos necessários para construir os valores individuais⁷. O que se pretende é provocar a reflexão, o que é imprescindível em qualquer intento de construção de personalidade. Trata-se do estabelecimento de um ponto de partida para uma aprendizagem mais profunda. Começar pelo belo, pelo que nos toca os afetos, para depois mergulhar na construção de valores que, além de serem atrativos, tenham um autêntico fundamento.

Evocando narrativas e construindo significados

A mesma canção, Quatro Pedacinhos, foi levada posteriormente para uma reunião clínica que ocorre semanalmente com um grupo de médicos focados em clínica médica e cuidados paliativos. Naquela oportunidade, foram discutidos artigos científicos relacionados a cardiologia. Seguiram as discussões e, ao final, foi apresentada a canção Quatro Pedacinhos. Todos ouviram atentamente e, quase automaticamente, experiências vividas começaram a ser transmitidas:

Um dos médicos da referida equipe recordou certo caso que vivenciou ainda durante seu período de internato acadêmico. Naquela ocasião, um paciente, portador de cardiopatia grave, necessitava passar por cirurgia cardíaca para troca valvar. No entanto, algo angustiava profundamente o paciente, que era muito humilde e de escassa formação educacional. Os médicos que o acompanhavam imaginavam tratar-se de medo ou insegurança em relação aos riscos da cirurgia ou até mesmo do pós-operatório e possíveis complicações. O surpreendente foi que, uma vez que o paciente era acompanhado também pelos internos que rodizavam naquela enfermaria, e sentia-se cuidado por eles, teve liberdade e abertura para abrir-se aos futuros médicos para expor o que realmente o angustiava. Contou, assim, que há muitos anos tivera um relacionamento extraconjugal do qual, então, muito se arrependia. Seu grande receio era que, ao ser operado e ter “o coração aberto” (literalmente falando), fosse exposto tudo o que guardava “no coração-emoção” e sua esposa descobrisse de tais feitos e o abandonasse. Ao falar isso aos alunos, sentir-se acolhido e ser explicado pelos -

mesmos que isso não ocorreria, e que os “segredos do coração” não seriam revelados, o paciente tranquilizou-se e foi submetido à cirurgia. Fato inesperadamente cômico a priori, mas que revelou a importância da relação médico-paciente (neste caso representado pelos alunos que cuidavam do paciente) e a necessidade de acolher as angústias, não partindo de pressupostos tomados com base em ideias pré-concebidas.

A narrativa apresentada e as reflexões dela decorrentes revelam, de certa forma, que a prática da medicina centrada na pessoa cabe em qualquer especialidade, ainda que esta seja a base da Medicina de Família. A adoção do método clínico centrado na pessoa e não na doença requer que atentemos para a perspectiva do paciente em relação à sua doença e às terapias propostas. Isto demanda o reconhecimento da narrativa do paciente que vai além da história clínica e a identificação de seus sistemas de crenças. A visão de vida e o sistema de crenças influenciam a forma como o paciente vivencia sua doença e seus processos de cura. Quando questões associadas ao coração se apresentam em nossa prática clínica, essa ideia parece se concretizar fortemente.

A sensação de algo palpitando forte e rapidamente no centro do peito, diante de uma situação de perigo, ou de uma pulsação suave e agradável, nos seus momentos de descanso, era, certamente, familiar a nossos ancestrais. De acordo com Levetin⁷, os sons da natureza e os ritmos corporais inspiraram a criação da música, a qual, segundo alguns autores, surgiu antes mesmo da linguagem falada. Deste ponto à compreensão de que esse órgão que pulsa no interior do peito – o coração – é o mantenedor da vida deve ter sido um simples passo. Assim, é fácil compreender a riqueza de significados evocados pelo coração ainda hoje, os quais vão bem além do discurso científico que é transmitido a nossos pacientes nos cenários de prática clínica e que afirma que o órgão nada mais é que uma bomba biomecânica.

Em um projeto de pesquisa, tivemos a oportunidade de atuar em entrevistas de história oral de vida de dezenas de pacientes que haviam sido submetidos a transplante cardíaco e já haviam retornado a sua vida normal e de seus familiares⁸. Uma interpretação qualitativa a partir das transcrições dessas entrevistas revelou um conteúdo muito rico e dentre os temas emergentes destacamos a “polaridade em relação ao significado do coração”. Essas duas falas de pacientes sintetizam ilustram essa polaridade:

O coração é apenas uma bomba. Não mudei em nada após o transplante. Apenas voltei a viver normalmente. Antes da cirurgia, não conseguia dar dois passos que já sentia falta de ar. O que mais me incomodava era a sede. Daria tudo para tomar um copo de suco gelado, mas se bebesse um pouquinho de água a mais já ficava todo inchado e, algumas vezes, cheguei a ter edema agudo. (depoimento de um paciente em pós-operatório tardio de transplante cardíaco)

Para mim o coração é um mistério muito grande. Não consigo decifrar o coração. Acho que ele é tudo. Tenho até medo dele. Às vezes, a gente sente alguma coisinha estranha e já fica alisando o coração, acarinhando-o para que nada ruim aconteça. Mas é complicado. Acho que são os dois órgãos que nos comandam – o coração e o cérebro. São as duas coisas que mais sofrem na gente, porque o coração é tanto amor e porque o cérebro armazena um monte de coisas. E essas coisas passam para o coração, que, às vezes, fica apertadinho. O coração é afetado pelos pensamentos. Se a gente não está pensando, e está com a mente calma, o coração também está tranquilo. Mas se a gente está com problemas, o coração sente. Eu penso assim. (depoimento da irmã e uma paciente transplantada, a qual havia sofrido um infarto do miocárdio e havia se recuperado com a realização de angioplastia)

Algumas das narrativas coletadas no projeto reforçam a ideia da importância em se atentar para o sistema de crenças dos pacientes e familiares, e como esses podem influenciar os resultados clínicos. Alguns pacientes recuperados relataram, indignados, que uma paciente havia passado por uma cirurgia bem sucedida. Ela estava

se recuperando bem, mas referia que sempre enxergava o “espírito do doador”, ao seu lado ou flutuando em seu quarto, o que a fez deprimir-se e revoltar-se. Parou de tomar os medicamentos antirrejeição e começou a ingerir bebidas alcoólicas, o que causou sua morte. Os pacientes não se conformavam por ela ter desperdiçado a chance recuperar uma nova vida. Aparentemente, ninguém havia dado atenção ao relato de experiência dessa paciente, que certamente necessitava de um apoio psicológico ou psiquiátrico e, quem sabe, de assistência espiritual. Outra paciente, muito bem recuperada, referiu-se a uma viagem para o interior nordestino para visitar seus familiares. Sua visita causou grande comoção na pequena cidade quando souberam que ela havia sido submetida a transplante cardíaco. Algumas pessoas lhe perguntavam se ela estava viva ou morta, uma vez que carregava dentro de si o órgão de alguém que já havia morrido, enquanto outras a consideravam um zumbi. No entanto, essa paciente lidou bem com a situação e essas crenças de seus conterrâneos não a afetaram. Provavelmente, ela já tinha introjetado totalmente a crença de que o coração é uma bomba biomecânica, ideia que tantas vezes lhe havia sido transmitida no pré-operatório.

Fomentando a prática da medicina centrada na pessoa

Muitas vezes, ao atendermos um paciente, acabamos por colocar nosso foco na doença, nas preocupações que a doença carrega consigo e em nossos medos e inseguranças quanto ao relacionamento com o próprio paciente e seus familiares, deixando que uma leve cortina de fumaça se forme diante de nossos olhos, mais especificamente entre nós e o paciente e vá ficando mais densa com o passar do tempo. Fica tão cinza, encorpada, que nos impede de enxergarmos nosso doente em suas reais necessidades.

Por exemplo, durante as aulas na faculdade de medicina, falamos sobre o uso de medicamentos com os estudantes. Aqueles usados para controle da hipertensão, diabetes, dor e depressão estão entre os mais frequentes e quando perguntamos para os alunos o que poderiam nos dizer a respeito destas drogas, geralmente as primeiras respostas são referentes aos seus efeitos colaterais. Dentre os comentários mais frequentes, citamos “O enalapril pode causar tosse e hipotensão”, “a metformina causa acidose” ou “a fluoxetina causa dependência e não se pode tomar bebida alcoólica junto”. E entendemos que se o raciocínio do estudante segue nesta direção é porque foi orientado desta forma. Afinal ele, aluno, não tem como distinguir sobre a importância dos conteúdos que são oferecidos.

Diante de nossas preocupações pessoais quanto à possibilidade do paciente vir a desenvolver algum sintoma indesejável com o uso do medicamento, estamos ensinando aos estudantes a “medicina do terror”, a “medicina do confronto” ou talvez “da defesa”, colocando em primeiro lugar a probabilidade de um tratamento não só não ser eficaz como ainda causar algum dano ao doente, o que carrega em si o fantasma de processos judiciais. Esquecemo-nos de colocar o bem estar do paciente em primeiro lugar e de ensinar a nossos alunos que a resposta a um medicamento também depende do comportamento idiossincrásico do indivíduo frente ao tratamento proposto.

Por serem obviedades, esquecemos de reforçá-las e na maioria das vezes observamos uma certa perplexidade entre os jovens alunos quando falamos que o enalapril baixa a pressão e, conseqüentemente previne problemas cardiovasculares, ou que a metformina controla a glicemia e, assim previne nefropatia diabética, e que a fluoxetina trata depressão! E que esta colabora em amenizar sofrimentos que muitas vezes são do corpo e da alma juntos, que muitas vezes impedem as pessoas de, apenas com a força de vontade, recuperarem-se de sintomas como falta de vontade para trabalhar, estudar, comer e realizar as atividades diárias. Que se trata de um desequilíbrio químico ocorrendo no cérebro desta pessoa e que sem o remédio muitas vezes não se chega à cura do mal. Nós professores, temos de ser positivos em nossas ações juntos aos estudantes.

Os alunos ainda deveriam ser conscientizados que é necessário ter uma atitude positiva em relação aos pacientes e familiares. Vale ressaltar que todo medicamento, além de seu efeito farmacológico, carrega consigo

um efeito placebo ou nocebo, o qual está em parte relacionada à expectativa – positiva ou negativa – do paciente em relação ao tratamento administrado. E o médico tem o poder de influenciar positivamente nessa expectativa⁹. O antropólogo francês Le Breton, enfatiza a importância da atitude do médico frente a seu paciente, referindo que quando o primeiro se mostra otimista em relação a determinado tratamento, acreditando nele com entusiasmo, seus resultados clínicos são melhores¹⁰

O que aconteceria se eles, alunos, tivessem aprendido de modo contrário? O que precisamos fazer para que se inverta esta lógica e mostremos a eles que nossa preocupação maior é fazermos o bem aos nossos pacientes? Que eles, pacientes, desejam nossa ajuda e que não estão entrando numa guerra conosco médicos, mas sim contra ela, a doença, e que depositam em nós a confiança para irmos na frente no campo de batalha? Que quando se cria um bom vínculo e uma relação de confiança com o paciente e seus familiares e se atua com excelência técnica, não há o que temer. Nesse caso, mesmo que resultados não sejam os desejáveis, há um reconhecimento de que a medicina, apesar de seus avanços, tem suas limitações e que o médico está fazendo o seu melhor.

Outra questão levantada por nossa canção do coração foi: como podemos cuidar de alguém sem nos envolvermos? Acreditamos que é exatamente esse envolvimento que nos remete ao comprometimento junto a estas pessoas. Como pode um médico cuidar de um doente sem se envolver? Como pode um professor ensinar, transmitir conhecimento sobre alguma coisa a alguém, sem se envolver com o aprendiz? O estudante observa as ações, comprometimento e atitudes do professor. E quando se sente confiante, amparado por este, arrisca a tomar decisões e iniciativas próprias em prol do doente ou da família.

Certa vez, já ao término do atendimento a uma senhora diagnosticada previamente com Doença de Alzheimer, tivemos de administrar medicamentos para controlar as crises de agitação e agressividade da paciente. A filha sentiu-se segura porem percebemos que faltava algo. Sim, e se não desse certo? E se houvesse problemas com a dose ou algum efeito colateral? Estávamos num ambulatório didático, no sistema público. Não estávamos diariamente disponíveis. Eu pedi para que a filha nos deixasse o número de seu telefone e que, durante a semana, a estudante responsável telefonaria para ela a fim de ter notícias. Em meu íntimo pensamento, imaginava que o mais fácil, seria que a estudante passasse seu número para a filha, mas admito que fiquei na dúvida em tomar tal liberdade sem consultar a aluna previamente. Então pensei nesta solução alternativa. Porém, para minha alegria, a jovem tomou esta iniciativa de imediato e sem titubear. Sem me consultar, anotou o número de seu celular no receituário médico e ofereceu à filha da paciente. Sim, ela, aluna, estava focada na doente e na filha. Fiquei refletindo sobre diversos pontos.

Como médicos, sabemos que por vezes temos de renunciar a certos compromissos, horários, presença de entes queridos devido às solicitações profissionais. Não raramente, isto causa incomodo ou mau humor em nós profissionais. Queremos dividir a nossa vida em duas partes. Somos médicos das 08 às 19hs e depois somos pais, mães, maridos, esposas, filhos, amigos, etc. Ficamos tentados a desligar o celular, mesmo sabendo que aquela ligação certamente será atendida por nós do que por outros. O sofrimento e a angústia são inevitáveis. Os conflitos familiares também. Porém, conhecemos há alguns anos uma citação belíssima de em um livro de Eugenio D'Ors¹¹, a qual nos tem servido de fonte de inspiração:

“Mas eu te digo que qualquer ofício torna-se filosofia, torna-se arte, poesia, invenção; quando o trabalhador dá a ele sua vida, quando não permite que essa vida se parta em duas metades: uma para o ideal, outra para os afazeres quotidianos, mas converte a tarefa diária e o ideal numa mesma coisa que é, simultaneamente, obrigação e liberdade, estrita rotina e inspiração constantemente renovada.”

A reflexão embasada neste excerto pode em muito contribuir para nosso conhecimento pessoal e profissional. Quando paramos de dividir nossas vidas em duas metades e a vivemos por inteiro, nos sentimos mais plenos.

Mas como fazer? Como colocar isto em prática? Fundamentalmente apresentando no âmbito familiar quais são as demandas profissionais que temos e no profissional, quais são nossas prioridades familiares. Explicar aos filhos, esposas, maridos, amigos, que em determinado dia há um evento profissional importante para se participar no período noturno, bem como explicar ao chefe que precisamos das férias ou do final de semana livres em determinados momentos. Isto exige reflexão, conversas, planejamento, e treinamento, mas a serenidade que se obtém certamente compensa. Deixamos, por exemplo, de ficar preocupados em verificar os aplicativos de comunicação a todo momento enquanto estamos com nossos pacientes ou familiares.

O conhecimento objetivo é muitas vezes considerado científico e valioso no mundo médico, enquanto informações, discussões e reflexões, subjetivas sobre si mesmo ou sobre o ser humano são vistas muitas vezes como "soft" e de segunda importância. Porém para o alívio do sofrimento de nosso paciente, este conflito não é apenas falso, mas também um impedimento¹².

O que a princípio pode parecer o problema, na verdade é a solução. Por que temos medo, por exemplo, de deixar o paciente falar? Porque sabemos que ele não contará sua história da maneira como aprendemos na universidade, cabendo a nós direcioná-lo para não gastar muito tempo, além do que, ele poderia falar por um tempo muito prolongado, nos atrasando.

Estamos tão preocupados com a rotina a ser gerida, que esquecemos haver publicações que nos mostram que, se deixarmos o paciente falar, ininterruptamente na consulta, ele consegue fazê-lo em média, por 2 minutos, transmitindo o que é lhe mais importante no momento, ou seja, hierarquizando seus problemas. No entanto, essas mesmas publicações mostram que nós, os médicos, interrompemos o paciente em torno de 18 segundos após ele começar a falar. E por quê? Por medo dele falar demais e nos atrapalhar¹³.

Então, como fazer¹⁴? Eis algumas sugestões simples que damos aos nossos alunos para o atendimento ambulatorial, as quais fazem toda a diferença:

- 1) **Antes de chamar o paciente, ler o prontuário. Ao menos as duas últimas consultas, a fim de evitar aquela situação em que ele, diante de nós, e nós com os olhos no papel ou computador e um silêncio incomodo na sala.**
- 2) Deixar a caneta em cima da mesa – não escreveremos durante a consulta, exceto informações como medicamentos para que não haja confusão posterior.
- 3) **Afastar o mouse, o teclado e principalmente, o monitor do computador para o lado da mesa, para que não haja barreiras entre nós e o paciente.**
- 4) Olhar, olhos nos olhos.
- 5) **Iniciar a consulta com questões abertas como por exemplo: Como posso ajudá-lo? Qual o motivo de sua vinda hoje? Estas perguntas abertas nos ajudam muito a evitarmos o direcionamento da consulta. Por exemplo, se iniciamos a entrevista com a pergunta: “como está sua diabetes?” E gastamos o restante do tempo analisando tudo sobre a diabetes do paciente, corremos o risco de, ao faltarem 3 minutos para o fim do tempo, ele nos dizer ”Dr, gostaria de dizer apenas mais uma coisinha: tenho me sentido desanimado, triste, choroso, nos últimos tempos”. E aí temos pouco tempo para abordar o que realmente estava afligindo o paciente.**
- 6) E buscar fazermos a nós mesmos a seguinte pergunta durante o atendimento: Por que o paciente veio a esta consulta? Pegando do exemplo acima, o verdadeiro motivo não era a preocupação com a diabetes, mas sim com a tristeza e desânimo que o acometia.

Apesar de muitos estudantes, em um primeiro momento, demonstrarem receio ou mesmo medo de não anotar informações da consulta durante a consulta (simultaneamente com o exposto pelo paciente – conforme sugerido no item 2 acima), é importante salientar que o que realmente importante não será esquecido, o fundamental será lembrado para ser registrado no prontuário. Isso também é treinamento.

Além disso, vale ressaltar o anseio do acadêmico em resolver todos os problemas expostos pelo paciente no momento da consulta. Como, em grande parte das vezes, o acompanhamento clínico na faculdade não tem longitudinalidade, isto é, o aluno não acompanha o paciente, mas o vê apenas momentaneamente sem poder seguir seu cuidado ao longo do tempo, o estudante busca solucionar a maior parte dos problemas em uma única consulta. O ensino prático de que o cuidado médico integral significa cuidado continuado reforça a questão de que é necessário dar atenção às prioridades de forma inicial, partindo às secundárias a posteriori, algo que pode parecer lógico, mas muitas vezes não é ensinado na Academia. Em serviços privados de saúde – hospitais, casas de repouso e ambulatorios de continuidade, tivemos a oportunidade de atuar como preceptores junto a estudantes de medicina e tivemos a oportunidade de exemplificar como se dá o cuidado dos pacientes e familiares de acordo o método clínico centrado na pessoa, o qual foi em parte descrito neste texto. De acordo com suas avaliações e depoimentos ficou claro seu entendimento sobre as vantagens da adoção de tal método, para paciente, familiares e próprio médico. Uma estudante do quarto ano de medicina comentou: “Que alívio; foi como se tivessem tirado um peso enorme de meus ombros. Não tenho de resolver todos os problemas do paciente em uma única consulta.”

Considerações Finais - as canções do coração que nos motivam

A medicina centrada na pessoa requer que se contemple o paciente em sua totalidade, considerando-se suas dimensões emocional, familiar, social, cultural, espiritual e seu sistema de crenças. Adotando-se exclusivamente o modelo biomecânico de ensino e prática das ciências da saúde, não é possível essa qualidade de cuidado. É necessário escutar o coração – no sentido metafórico – dos pacientes e dos estudantes, atentar para suas narrativas pessoais e para as canções do coração que os motivam. E que essas vozes sejam a enzima para a promoção da reflexão em ambientes didáticos e clínicos. Mediante a reflexão, a canção – “Quatro Pedacinhos”, adquiriu um total e profundo significado dentro do contexto no qual foi trabalhada. E nos permitiu adquirir um pouco mais de conhecimento acerca das sutilezas e nuances do ser humano, conhecimento esse essencial para a boa prática médica, ou seja, a prática da medicina como ciência e arte.

Referências

1. Gil G, álbum OK OK OK, 2018, Quatro Pedacinhos
2. Janaudis MA, Fleming Michelle, Blasco PG, The Sound of Music: Transforming Medical Students into Reflective Practitioners, Creative Education, 2013. Vol.4, No.6A, 49-52
3. Newell GC, Hanes DJ. Listening to music: the case for its use in teaching medical humanism. Acad. Med. 2003;78:714-9.
4. Freire P. A importância do ato de ler, 21 ed., 1982
5. Gracián B, A arte da Prudência, Ed. Sextante 2003, Rio de Janeiro
6. Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro). 2014 , v.71, p.15 – 24
7. Levetin D. In Search of the Musical Brain. Cerebrum. 2000; 2 (4): 1-24
8. De Benedetto MAC, Vieira NV, Gallian, DMC. Memória do Coração: visões acerca do coração humano a partir da experiência do transplante. Revista Internacional De Humanidades Médicas, 2014; 3 (1): 25-39.
9. Blasco PG, De Benedetto MAC, Villaseñor IR. El arte de curar: el médico como placebo. Aten Primaria. 2008; 40(2): 93-5.)
10. Le Breton D. Antropologia da Dor. São Paulo: Fap-Unifesp Editora; 2013.)
11. D’Ors E. Aprendizaje y Heroísmo, Eunsa. Pamplona, 1973
12. Cassel EJ, Diagnosing suffering: a perspective, Annals of Internal Medicine, 1999;131:531–534
13. Beckman HB, The effect of physician behavior on the collection of data, Annals of Internal Medicine, 1984
14. Cortes JM, Blasco PG, Educación medica centrada en el paciente, Unión Editorial, 2017, Madrid