

*Estudiante de Medicina -
Universidade Positivo Curitiba;
ORCID: 0000-0001-5018-0028,
**Estudiante de Medicina -
Universidade Cidade de São
Paulo; ORCID: 0009-0003-6824-
7843, *** Médica - SOBRAMFA -
Educação Médica & Humanismo;
ORCID: 0000-0002-9140-4144,
****Estudiante de Medicina -
Universidade Anhembi Morumbi;
ORCID: 0000-0002-0632-8408,
*****Estudiante de Medicina
- Universidade Cidade de São
Paulo; ORCID: 0000-0002-6672-
1201, ***** Médico - SOBRAMFA -
Educação Médica & Humanismo;
ORCID: 0000-0003-3267-9743

Recibido: 25-10-2023

Aceptado: 20-11-2023

Correspondencia:

Dr. Guilherme Ayres Rossini

Correo electrónico:

guilherme@sobramfa.com.br

Reflexões sobre dois aspectos da formação médica a partir de experiências de estudantes de medicina

Reflexiones sobre dos aspectos de la formación médica a partir de las experiencias de estudiantes de medicina

Reflections on two Aspects of Medical Training based on the Experiences of Medical Students

Brenda Gabriele Smaniotto Raulik,* Martha Freire Martins,** Daniela Monteiro Baptista da Silva,*** Leonardo de Almeida Nogueira Montenegro,**** Ricardo de Almeida Nogueira Montenegro, ***** Guilherme Ayres Rossini, MD, PhD.*****

Resumo

A utilização de metáforas para representar a complexa situação em que o paciente crônico institucionalizado se encontra pode auxiliar na melhor tomada de decisões do médico que assiste esses pacientes. O presente artigo discorre, a partir dos relatos de duas experiências clínicas de estudantes de medicina com tais pacientes, sobre dois aspectos metafóricos importantes para a formação médica: 1) *gut feelings* – habilidade reconhecida que se aperfeiçoa com os anos de prática clínica, mas que é difícil de ser definida e 2) o médico como o “segundo prisma” -em analogia ao experimento óptico de Isaac Newton- na qual o médico faz o papel de segundo prisma que recebe todas as informações do paciente, familiares e da equipe multidisciplinar (luzes coloridas) e as transforma em um plano terapêutico que dê segurança para equipe, assistência e conforto para o paciente (com a convergência de todas as luzes coloridas em luz branca de volta ao paciente).

Palavras-chave: Equipe de atendimento ao paciente, estudante de medicina, pacientes.

Resumen

El uso de metáforas para representar la compleja situación en que se encuentran los pacientes crónicos institucionalizados puede ayudar en una mejor toma de decisiones por parte del médico que atiende a estos pacientes. Este artículo analiza, basándose en informes de dos experiencias clínicas de estudiantes de medicina con estos pacientes, dos aspectos metafóricos importantes para la formación médica: 1) *gut feelings*, una habilidad reconocida que mejora con los años de práctica clínica, pero que es difícil de definir y 2) el médico como “segundo prisma” -en analogía con el experimento óptico de

Isaac Newton- en que el médico desempeña el papel de un segundo prisma que recibe toda la información del paciente, la familia y el equipo multidisciplinar (luzes de colores) y la transforma en un plan terapéutico que brinde seguridad al equipo, asistencia y comodidad al paciente (con la convergencia de todas las luces de colores en luz blanca de regreso al paciente).

Palabras-clave: Equipo de atención al paciente, Estudiante de medicina, Pacientes.

Abstract

The use of metaphors to represent the complex situation in which institutionalized chronic patients find themselves can help in better decision-making by the doctor who cares for these patients. This article discusses, based on reports of two clinical experiences of medical students with such patients, two important metaphorical aspects for medical training: 1) *gut feelings* – a recognized skill that improves over years of clinical practice, but which is difficult to define and 2) the doctor as the “second prism” -in analogy to Isaac Newton’s optical experiment- in which the doctor plays the role of a second prism that receives all information from the patient, family and the multidisciplinary team (coloured lights) and transforms them into a therapeutic plan that provides safety for the team, assistance and comfort for the patient (with the convergence of all coloured lights into white light back to the patient).

Keywords: Patient Care Team, Medical student, Patients.

Introdução

A atuação médica em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é caracterizada por

inúmeras peculiaridades e demandas, as quais exigem uma atenção diferenciada. Nos idosos, uma condição patológica recém-instalada ou a descompensação de uma doença crônica de base nem sempre são caracterizadas por sintomas e sinais típicos e explícitos. Convém lembrar que, em decorrência da síndrome demencial comumente presente em parte dos residentes nas ILPI, a anamnese fica prejudicada.¹ O termo anamnese se origina do grego *aná* (trazer de volta, recordar) e *mnesis* (memória). Significa trazer de volta à mente os fatos relacionados com a pessoa e suas manifestações de doença² o que não é uma possibilidade para grande parte dos pacientes que residem nas ILPI. Portanto, em tal ambiente, o médico assistente deve buscar aprimorar suas habilidades de observação para captar sutilezas e complementar a Semiologia com a realização de um exame físico acurado mediante a utilização das técnicas propedêuticas usuais: inspeção, palpação, percussão e ausculta.³

O termo Semiologia se origina das palavras gregas *semeion* (sinal) e *logos* (palavra, discurso, tratado) e diz respeito à avaliação das doenças nas pessoas, por meio de seus sinais e sintomas.⁴ Em tais cenários, assim como é difícil obter a história da doença a partir da anamnese, o exame físico nem sempre resulta em informações úteis para a realização de um diagnóstico, pois, algumas vezes, os pacientes não apresentam alterações evidentes do padrão de normalidade ou as alterações detectadas são provenientes de condições crônicas pré-existentes.

Assim, é essencial contar com a colaboração de toda a equipe de saúde-enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e cuidadores(as) – a qual acompanha o hóspede longitudinalmente no dia a dia e que, por isso, tem condições de identificar alterações no padrão basal do paciente e comunicá-las ao médico. Este é responsável por interpretar as informações provenientes desses profissionais e por associá-las com as informações obtidas por meio da Semiologia Médica.

Vale ressaltar a necessidade de se trabalhar de forma colaborativa com o grupo multiprofissional, especialmente a equipe de enfermagem, pois, muitas vezes, as informações subjetivas, insights e intuições -*gut feelings*-^{5,6} tanto de médicos quanto de profissionais da enfermagem são essenciais para a realização do raciocínio

clínico, elaboração de um plano terapêutico individualizado e tomada de decisões tais como solicitar exames laboratoriais e/ou encaminhar o paciente para internação ou atendimento em pronto socorro.

Fazemos parte de uma equipe médica que atua em diversos cenários clínicos, incluindo uma ILPI, acompanhamento de pacientes crônicos e em Cuidados Paliativos e, além disso, atuamos em uma instituição de ensino sediada em São Paulo, SP, Brasil, onde conduzimos um programa de estágios dirigidos a estudantes de medicina cursando qualquer fase do curso. Estes têm a oportunidade de acompanhar os médicos da equipe nos diversos cenários citados, incluindo a ILPI. Durante o estágio, os estudantes são introduzidos ao modelo denominado Medicina Narrativa ou Medicina Baseada em Narrativas⁷ e orientados a escrever uma narrativa que os tenha impactado e propiciado ensinamentos ou lições de vida. Essa narrativa é apresentada aos tutores na reunião de encerramento do estágio como um trabalho de conclusão. A maior parte das narrativas apresentadas emerge nas ILPI e a partir delas temos realizados muitas reflexões que fornecem subsídios para a construção de uma prática clínica caracterizada pelo profissionalismo médico,⁸ o qual diz respeito à excelência técnica e ao humanismo. Nessas reflexões, a utilização de metáforas e analogias para representar a complexa situação vivida pelo paciente crônico institucionalizado é muito útil, sendo que uma delas esbarra no experimento óptico de Isaac Newton e inspirou a composição deste texto.

Neste artigo são apresentadas duas narrativas compostas por estudantes como requisito para obtenção do certificado de conclusão do estágio, a partir das quais se promove uma reflexão acerca de temas emergentes, especialmente aqueles que evocam *gut feelings* e segundo prisma.

Considerações sobre gut feelings

A expressão *gut feeling* tem sido traduzida como pressentimento, sensação ou resposta emocional baseada em um instinto. A ideia mais cabível de *gut feeling*, para o propósito desta reflexão, seria intuição. Diz-se “ideia” porque a definição desse fenômeno ainda é pouco compreendida⁹. Alguns artigos de língua inglesa também podem trazer o termo popular “*rule of thumb*”

– medida que se segue com base na experiência pessoal ao invés de cálculos exatos. Não obstante tais definições e termos, não é simplesmente uma intuição (que pode estar certa ou errada) que nos evoca reflexões, mas o seu desfecho: se o atalho utilizado para tomar a decisão – quando as razões dessa não podem ser facilmente descritos - mais tarde se mostra o caminho correto (e que, portanto, seria o percorrido, caso se possuísse todas as razões à mão a tempo), então tratar-se-á de um bom *gut feeling*. Mas como adquirir bons *gut feelings* ou uma boa intuição, consistentemente?

Fala-se mais sobre a intuição no âmbito da enfermagem do que na dos médicos, e é interessante como estudos frisam que enfermeiras mais experientes tomam mais decisões acertadas e, dessas últimas, a forma de raciocínio mais usada para as tomar é a intuição¹⁰. Em relação aos médicos, conclusão semelhante se fez ao comparar, na área da radiologia, a intuição cognitiva de médicos mais e menos experientes em suas decisões clínicas radiológicas: a dos menos experientes refletia uma heurística pouco robusta (em quantidade de conhecimento teórico e prático), a qual não obstante pudesse ser, com certa frequência, efetiva, era propensa a viés e erros sistemáticos; a dos mais experientes, por sua vez, refletia profundo conhecimento e habilidade adquiridos em determinado domínio após anos de prática e *feedback*¹¹. Em suma, a “*rule of thumb*”, torna-se mais fidedigna

conforme os anos de prática.

O lado negativo da intuição, *gut feeling* e *rule of thumb*, por conseguinte, é seu uso sem a experiência e a prática. Decisões intuitivas em situações de incerteza são frequentemente relacionadas a erros e a viés. Os anos de prática podem não extinguir a incerteza na vida médica, mas certamente a mitigam (ao menos no que diz respeito à incerteza técnica, informação médica.⁵

Considerações sobre segundo prisma

Isaac Newton (1642-1727) realizou uma série de experiências fundamentais sobre a luz e as cores. Ele observou que o feixe de luz solar penetrava em cor branca no prisma (primeiro prisma), e, na parede oposta (segundo prisma), eram projetados feixes coloridos com as cores do arco-íris. Ainda, ao realizar um novo experimento em que permitia que somente uma cor incidisse no segundo prisma, não observou nenhuma decomposição a mais. O feixe desviava, mas continuava da mesma cor. Com tais experimentos e observações, Newton reforçou sua teoria: a luz branca seria uma mistura heterogênea das demais cores e cada qual sofre um desvio diferente pelo prisma.¹² Existe uma analogia entre o experimento óptico de Isaac Newton, com o exercício da profissão médica, em uma linguagem educativa para estudantes de medicina ou médicos em formação, Figura 1.

Figura 1. Adaptação do experimento óptico de Isaac Newton



Adaptação do experimento óptico de Isaac Newton, para representar o papel do médico como segundo prisma: o médico como segundo prisma representado na forma geométrica retangular verde da Figura faz o papel de transformar todas as informações provenientes dos diferentes olhares em luz branca de volta ao paciente e familiares. Fonte: Imagem elaborada pelo Professor Pablo González Blasco.

Esta ideia, concebida pelo Prof. Dr. Pablo González Blasco e apresentada em diversas de suas aulas e palestras, pode ser explicada da seguinte forma:

“Usando uma metáfora adequada, é possível afirmar que a doença provoca no paciente uma ruptura, uma divisão, semelhante ao que um prisma exerce sobre a luz: abre o espectro do arco-íris, e em cada cor estão representadas as várias limitações e complicações que o paciente sofre. É hora de atender cada uma delas e, para isso, são chamados profissionais de “diferentes comprimentos de onda”: enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas. Cada um atua com competência dedicada, dentro do seu espectro, atendendo aquilo que é necessário. Mas, ao mesmo tempo, parece que o paciente – a pessoa – está diluído entre os variados espectros profissionais, sendo necessário um profissional que congregue as ações, fazendo-as convergir para o paciente, que é o verdadeiro protagonista do processo. Portanto, é necessário um segundo prisma para coletar o arco-íris e convertê-lo em luz branca, padronizando os cuidados. O médico de família é, por natureza e vocação, um segundo prisma, um coordenador de todos os esforços que o cuidado exige.”

“Coordenar não é apenas gerenciar e dar ordens, mas, principalmente, integrar as pessoas que participam do processo. Para isso é preciso entender a dinâmica familiar – de cada família, que é diferente – e exige capacidade de adaptação como já mencionamos. Quando as portas do lar se abrem para os profissionais de saúde – porque é assim que as coisas funcionam hoje, diferente de quando o médico era um ator individual no cuidado - de alguma forma a família passa a fazer parte da equipe. Parte informal, mas necessária, pois as decisões são sempre compartilhadas e a família tem voz e voto nesse processo. Cabe ao médico como coordenador garantir que a família continue a

ser simplesmente família, e não a desempenhar outras funções para as quais não esteja preparada, técnica ou psicologicamente. Por outro lado, quando a família participa nas decisões - quando é solicitada a colaboração que pode prestar - sente-se integrada nos cuidados - percebe que está a fazer algo pelo doente - e não incorre no sentimento de omissão, um fardo pesado com o qual as famílias frequentemente se sobrecarregam, mesmo que inconscientemente.”¹³

Narrativa de um estudante de Medicina de 4º ano (1)

Em uma ILPI com mais de 100 hóspedes, maior parte com grau de dependência 1 (idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda), a equipe de enfermagem separou, para a visita médica de intercorrências diárias, o caso de uma senhora de 79 anos institucionalizada devido ao quadro de demência, há mais de 5 anos, apesar disso, até então, sempre foi independente para atividades básicas de vida diária (ABVD) dentro da instituição. Eis que há 1 semana, daquele dia da visita, apresentou quadro de fadiga e prostração. Devido ao discurso incoerente e problemas de cognição decorrente da demência, a anamnese direta estava prejudicada, e o exame físico era normal. As únicas informações objetivas encontradas foram em exames complementares, que deveriam ser somados aos gut feelings intuitivos da enfermeira para elaboração de uma estratégia assistencial. Para embasar sua intuição, a enfermeira mostrava um exame de sangue com uma leve pancitopenia, que não existia em um outro exame mais antigo. A elaboração de hipóteses diagnósticas, o encaminhamento para o hematologista e a observação clínica vigilante para sinais de alarme, acalmou e deu segurança para a equipe. O hematologista solicitou exames de vitaminas, imunofenotipagem e algumas sorologias, entre todos solicitados, o único alterado era um IgM positivo para citomegalovírus. Se não se tivesse contemplado os gut feelings da enfermeira, que acionou a equipe médica, não teria sido realizado o diagnóstico, pois os sintomas poderiam ser imputados à condição crônica e demência pré-existentes.

Reflexão acerca da primeira narrativa apresentada

Os gut feelings podem ser observados no texto a partir do olhar da enfermeira sobre o paciente.

Sabemos pela narrativa que este idoso possuía grau de demência e condição clínica basal prévia. Como então perceber alguém que com saúde parece doente, que estaria realmente doente?⁶ Neste sentido vê-se a importância do acompanhamento, do médico generalista ou especialista que atua na medicina de família, saber toda a história desse paciente, prestar esse atendimento integral é essencial quando se trata de ILPIs, clínicas de reabilitação e cuidados paliativos, pois os benefícios são maximizados a partir desta integração na trajetória da doença,¹⁴ tudo isto permitiu um acesso rápido e mais completo ao prontuário do hóspede e demonstrou a conclusão de que a pancitopenia não era basal neste idoso, mas uma alteração importante a justificar o *gut feeling* da enfermagem, e ao mesmo tempo indicar uma nova decisão a ser tomada.

Neste primeiro momento, o *gut feeling* da profissional envolve o agir do primeiro prisma, a partir de então novas informações agregam este primeiro feixe de luz, como o exame de sangue, exames complementares, o prontuário do paciente, etc. todos estes feixes de luz convergem para um segundo prisma, onde se estabelece um agir médico a conduzir a nova conduta, aqui fica evidente a interdependência entre a decisão médica para com todas as demais atuações da saúde,¹⁵ pois sem as informações precisas não haveriam os feixes de luz, verdadeiros indicadores do norte para a decisão médica. É a convergência destes feixes de luz que fazem com que um novo feixe reluz a partir do segundo prisma. Na narrativa vemos que o médico trouxe possibilidades diagnósticas, determinou encaminhamento ao hematologista, assim como uma observação clínica vigilante aos sinais de alarme e por fim deu segurança à equipe.

Narrativa de um estudante de Medicina do 5º ano (2)

“Na manhã da uma quarta-feira, que seria meu último dia de estágio prático na SOBRAMFA, acompanhei um dos professores SOBRAMFA no residencial para idosos, como já havíamos feito por diversas vezes. Nosso cotidiano por lá era dinâmico, com duas torres residenciais para fazer avaliações e muitas demandas de pacientes e familiares, envolvendo reuniões para esclarecimento de cuidado e visitas de rotina e intercorrência. Passávamos com as enfermeiras, que nos contavam o que havia acontecido desde

a tarde do dia anterior até aquela manhã. Todos os dias tínhamos solicitações de praticamente todos os⁹ andares do primeiro e segundo prédios e debatíamos e aplicávamos condutas sequencialmente, além das conversas com os pacientes, tentando deixá-los bem espiritualmente.

Nesta quarta, o dia estava muito atípico. Fomos praticamente direto do 9o para o 2o andar, pois não havia demanda de nenhum paciente para aquela manhã. Achávamos até engraçado. Quando no segundo andar, após discussão dos casos vistos e descrição de condutas, uma das gerentes recebe uma chamada brusca pelo rádio: “Enfermeira! Desça com o doutor urgente! Estamos no andar menos! “. Ela questionou o motivo da urgência e não obteve resposta, ouvindo apenas outro chamado: “Enfermeira, desça rápido!”. Todos na sala desceram - preocupados - sem saber o que esperar.

Na minha cabeça, já estava acontecendo alguma emergência, o chamado era muito urgente pela característica da voz. Mas preferi acreditar que seria apenas um mal-estar de alguém do prédio e que nós fôssemos resolver logo no local. Chegando lá, uma das prestadoras de serviço do residencial se encontrava sentada no sofá, mas sem sustentar a postura, como se estivesse largada. Ela gemia e mostrava uma fâcies de dor intensa, inesquecível. Ela nos falou: “Dr., meu útero, Dr., saiu do lugar”. O professor prontamente a deitou no sofá e levantou sua camisa para avaliar o abdome. Não havia sinais sugestivos de hemorragia visíveis, mas a dor à compressão e descompressão nos deixou com o abdome agudo na cabeça. Pouco tempo depois, sua prima, também prestadora de serviços do prédio, nos comunicou de sua gravidez. Prontamente, a funcionária, em dor, completou: “o embrião deve estar fora do útero, doutor”.

O professor olha para mim e fala: abdome agudo hemorrágico (AAH) por gravidez ectópica rota é a principal hipótese. Pegou um estetoscópio e um esfigmomanômetro e aferiu a pressão arterial: 90 por 60 mmHg. Ao saber do valor, me assustei. Ela já estava taquicárdica e sua pressão estava decrescendo, já não era uma hemorragia compensada. Olhei suas mucosas palpebrais e vi a palidez. Administramos soro fisiológico na paciente, queríamos aumentar sua volemia para que chegasse ao hospital no melhor estado geral possível e fosse para a sala de cirurgia. Chegando lá, o diagnóstico foi confirmado

e o procedimento cirúrgico foi realizado. Buscamos por notícias ao longo do dia. Ela ficou bem.”

Reflexão acerca da segunda narrativa apresentada

Nesta segunda narrativa, o caso descrito envolveu diretamente o raciocínio clínico objetivo. O raciocínio clínico é como o médico escolhe uma rota para um objetivo final (o diagnóstico e o manejo) num cenário imaginário onde há vários caminhos (alguns possíveis, outros, não desejáveis para o objetivo). Toda vez que o médico se depara com um paciente, é como se ele estivesse nesse lugar imaginário e tem que decidir se fará sua rota pelo deserto, por uma floresta tropical, um centro urbano, uma geleira. Se o objetivo é chegar numa cachoeira, pode ser mais sensato tentar o caminho pela floresta tropical – mas é possível que uma geleira em degelo forme uma cachoeira também. Contudo, o instinto levará a maior parte das pessoas mais provavelmente a floresta do que à geleira – o porquê sai do escopo dos fins deste relato, mas o fenômeno existe e a analogia é uma tentativa didática.

A narrativa do aluno bem demonstra isto com impactante relato do caso da paciente com abdômen agudo hemorrágico por gravidez ectópica rota. Nota-se que este diagnóstico existia desde o início, mas ainda não era conhecido, na teoria dos prismas ele reflete o primeiro feixe de luz sobre o primeiro prisma a gerar tantos outros que nortearão o segundo prisma.^{12,13} Percebe-se que no decorrer da narrativa os feixes de luz resplandecem a partir da técnica. No caso dos feixes de luz que dependem da técnica, podemos citar a anamnese; sinais e sintomas como os gemidos de dor e a postura “largada” da paciente; também a dor referida ao exame de palpação abdominal e a avaliação da pressão arterial pelo método auscultatório.

Não bastassem tais condutas tipicamente clínicas, foi necessária uma boa relação médico-paciente para que se chegasse ao diagnóstico em questão, pois neste caso uma gravidez ectópica causava o abdome agudo encontrado, e foi através da boa comunicação entre médico-paciente e também da acompanhante, que pontos relevantes foram trazidos a melhor conduzir o diagnóstico de AAH por gravidez ectópica rota. O que pode parecer um mero detalhe ou até mesmo uma singela contribuição é capaz de mudar completamente a condução do caso.

Ora, a informação fornecida pela prima e o *gut feeling* exteriorizado pela própria paciente direcionou um diagnóstico de abdome agudo para um abdome agudo hemorrágico por gravidez ectópica rota.

A ausência deste feixe luz teria feito com que a atuação do segundo prisma, ou seja, do médico, fosse insuficiente ao refletir o diagnóstico e a seguinte condução do caso. Mas graças a contribuição e convergência dos tantos feixes de luz refletidos o caso seguiu à cirurgia e terminou com uma vida sã e salva. Neste cenário narrado fica evidente que o rápido raciocínio e julgamento foram decisivos para o feliz desfecho do caso. De acordo com o *Oxford English Dictionary*, a “capacidade de julgar corretamente em assuntos relacionados à vida e conduta; solidez do julgamento na escolha dos meios e fins” é a definição de sabedoria. Em concordância, o dicionário de língua portuguesa Michaelis também traz como parte da definição “conhecimento, natural ou adquirido, das verdades ou do que se julga verdadeiro; o conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, geralmente por meio de reflexão ou experiência; sofisticação”. Corolário: para saber qual rota tomar, é necessário ter sabedoria e, no contexto desse relato, sabedoria médica.

Discussão

A analogia do experimento óptico de Newton e a reflexão sobre o *gut feelings* apresentados neste artigo podem ajudar a representar a complexa situação que o paciente crônico institucionalizado se encontra, propiciando uma melhor tomada de decisão do médico que assiste esses pacientes e auxiliando o médico a lidar com qualquer tipo de situação não prevista ou indesejável.

Acolher com atenção as demandas da equipe, inclusive as informações intuitivas, pode auxiliar na criação de um ambiente de cuidado harmonioso, em que os profissionais multidisciplinares se sintam reconhecidos pelos seus esforços no cuidado do paciente, valorizados e estimulados a melhorar e buscar aprendizado de maneira continuada. Para o médico, construir uma relação de confiança com a equipe é imprescindível no cenário de pacientes institucionalizados. Além de facilitar o trabalho, valorizar o *gut feelings* intuitivo da enfermeira que diz: “doutor, ela está diferente, está com uma

cara estranha, alguma coisa aconteceu”, possui fundamentos lógicos na semiologia médica. A fisionomia do indivíduo é de fundamental importância na avaliação da saúde e da doença. Existem os diferentes tipos de fâcies, que podem ser características de certas doenças ou até mesmo inespecíficas. O mínimo desvio do estado de saúde logo se reflete na fisionomia do indivíduo, que muitas vezes pode ser percebida até pelo leigo.¹⁴

A percepção sensível é necessária para o bom julgamento da enfermagem, e isto começa com um pressentimento vago e uma avaliação global que inicialmente passa por uma análise crítica. Amiúde, enfermeiros descrevem suas habilidades perceptivas usando expressões como: “descarga de sentimentos”, “uma sensação de inquietação” ou “o sentimento de que algo não vai bem”¹⁵ A maior parte dos artigos que abordam a intuição na clínica situa-se no campo da enfermagem. Isto pode ser explicado pelo fato de que o cuidado com os pacientes se encontra nas mãos dos enfermeiros, uma vez que eles estão mais em contato com o doente, tendo a tarefa de cuidar de sua saúde e assistir o doente. Em geral, somos mais intuitivos ao fazer nosso trabalho regular e lidar com pacientes que conhecemos bem.¹⁶

De alguma maneira, qualquer profissional da saúde que presta assistência a outro ser humano pode possuir algum tipo de sentido intuitivo, que pode ser norteado pelo propósito do bem-estar e conforto do paciente. Nesse sentido, a identificação e valorização do próprio *gut feelings* do médico assistente também é necessária, podendo ser estimulada durante a formação do profissional. No processo de racionalização de uma intuição, o simples fato de dar um nome para intuição proporciona a ilusão de algo palpável, tangível.

A criatividade pode ser utilizada para transformar todo contexto em uma conduta que pode variar desde a simples observação, até o encaminhamento ao hospital passando pela solicitação de exames complementares para dar sustentação para uma linha argumentativa a ser comunicada aos familiares do paciente. É preciso ficar atento para o efeito colateral dessa ilusão, ao dar um nome, o médico revela uma doença e, ao mesmo tempo, nega as outras possibilidades de diagnósticos, inclusive a saúde. Enquadrar em síndromes mais amplas

e relativas, auxiliam no momento da comunicação de mais de uma possibilidade de prognósticos, sendo que o médico conta com uma importante ferramenta intelectual: o raciocínio clínico.

Há cada vez mais artigos abordando o tema da sabedoria médica^{5,17} e parece haver consenso de que é necessária prática (vivência na trincheira) para se obtê-la. No entanto, a dimensão intuitiva, que poderia adquirir o papel relevante em todo o processo, permanece um quebra-cabeça inacabado, muitas vezes subvalorizado e tido como trivial.^{6,17} Para ter um julgamento altruísta é fundamental ter como linha guia da sabedoria médica o entendimento da moléstia que faz o doente sofrer, e não qualquer tipo de outros possíveis ganhos secundários egoístas.

Segundo o médico Walter E. Maffei, moléstia é o conjunto de alterações funcionais e morfológicas de caráter evolutivo, que se manifestam no organismo submetido a um estímulo, contra o qual ele reage.¹⁸ De certo ponto de vista, o estímulo pode ser interno ou externo, variando desde um micróbio até um pensamento. Saúde ou estado hígido (do grego *hygieia* = saúde) e doença ou estado mórbido (do latim *morbus* = doença) são dois conceitos abstratos que se opõem e não podem ser expressos em uma simples definição. Doença pode ser definida como qualquer alteração do padrão de normalidade aparente, independentemente da gravidade. Na linguagem médica, é representada pelo sufixo “*patia*”, acrescentado ao nome do órgão, em grego; por exemplo, fala-se em *neuropatia*, condição muito frequente nos pacientes institucionalizados. Qualquer manifestação anormal do organismo, como uma dor, fraqueza, odor fétido na urina, diarreia, etc., pode ser considerado um sintoma. O sintoma é a expressão fundamental da alteração da saúde e, portanto, o sinal de alarme da doença. O sinal é qualquer anomalia verificável pelo médico ou profissional da saúde. As cores refletidas pelo paciente são os sintomas misturados com os sinais percebidos pela equipe multidisciplinar, podem variar desde informações objetivas como “notei uma mancha avermelhada na virilha durante o banho do hóspede”, até informações subjetivas como “essa diarreia começou depois do estresse durante a visita com o familiar”.

Com relação à figura 1, é possível observar no extremo esquerdo um feixe de luz brilhante,

o qual representa o estímulo. O paciente com a doença é o primeiro prisma que no experimento de Newton é responsável por transformar a luz brilhante em luz colorida. O segundo prisma é representado pelo médico que recebe todas as informações da equipe multidisciplinar, formada por fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais. Essas informações são representadas através do espectro de cores que atinge o segundo prisma. O médico, educador de formação humanística, antropológica e filosófica, é capaz de transformar as diferentes cores recebidas em um feixe único de luz brilhante em forma de uma conduta ou plano terapêutico ao enfermo e aos familiares. O exercício da empatia durante a comunicação e aconselhamento nas tomadas de decisões é uma ferramenta importante. A prioridade deve ser o conforto e cuidado centrado no paciente institucionalizado.¹⁸

Ao absorver os mais diversos feixes de luz é necessário selecioná-los de acordo com os sinais e sintomas que apresentam a doença, que já existe, mas que ainda não é conhecida. É preciso ter técnica e sensibilidade neste sentido, para absorver os feixes de luz resplandecidos pela doença apresentada, desprezando aqueles que não são por ela emitidos, esta seleção cabe ao segundo prisma, ou seja, ao médico que a partir deles resplandecerá a resposta adequada: o diagnóstico e a conduta. Refletir adequadamente os feixes de luz não depende somente do conhecimento médico, o que é indispensável, mas terá igual ou maior peso neste ponto uma medicina humanizada, pois sem ela, a técnica se mostra muitas vezes insuficiente.^{7,18} O feixe de luz colorida que contenham sentimentos angustiantes, culpas, julgamentos, entre outros sentimentos negativos ao se chocar com o segundo prisma (médico) pode até desviar, mas deve-se evitar ao máximo refletir como um espelho com a mesma carga (ou até pior), de volta para equipe. O médico jamais pode se comportar como espelho. Tal conduta, impediria que o paciente recebesse todo o potencial terapêutico da equipe.¹⁹

Segundo o filósofo J. W. Goethe, para existir cores é preciso que exista um contraste entre a luz e a escuridão,²⁰ sem a sombra, as cores não existiriam. Pode-se dizer que existe uma polaridade no primeiro prisma, ela pode ser observada claramente no comportamento do enfermo

(e até dos familiares), que pode até se manifestar através da impaciência e toxicidade por parte deles. Dependendo do ambiente de trabalho, a equipe multiprofissional pode ser “contaminada” por essa toxicidade, em ambientes com cobranças excessivas, medidas punitivas e metas irreais de lucro tornam o contexto não favorável para a condução do caso, uma vez que além do médico precisar lidar com os enfermos, ele encontrará dificuldades para liderar a equipe multidisciplinar.²¹

De maneira geral, o médico como segundo prisma representa a capacidade de receber essa carga e transparecer como luz branca de volta para o paciente. A atuação ímpar desse profissional deve ser pautada em diagnóstico e conduta, que se interligam intrinsecamente à atuação multidisciplinar dos demais profissionais da saúde.²² Ocorre que assim como a doença incide “em luz”, seu diagnóstico é incerto antes de uma avaliação, que precisa ser bem conduzida e interpretada, e neste ponto o médico deve assumir com maestria o papel de segundo prisma, pois nele incidirão tantos feixes de luz capazes de sanar as tantas hipóteses diagnósticas. Muitas vezes não há como o segundo prisma transparecer em forma de luz branca sem os feixes que lhe cheguem, e por isso, seja diretamente ou indiretamente, a decisão médica será uma decisão compartilhada.^{23 (23)}

Considerações finais

A melhor maneira de formar um médico capaz de contemplar os *gut feelings* e atuar como um segundo prisma baseia-se em propiciar vivências das demandas espontâneas de atendimento em saúde no âmbito da prática clínica paralelamente a reuniões científicas – em busca da excelência técnica e promoção de reflexões de caráter humanista. É na beira do leito do enfermo, olhando, escutando-o, exercendo um conjunto de manobras semiológicas em busca de sinais, solicitando a opinião da equipe multidisciplinar, liderando os planos de cuidados, auxiliando nos telefonemas com os familiares e em toda gestão operacional do cuidado do paciente, identificando dificuldade, pedindo conselho aos médicos mais experientes da equipe, elaborando e participando de programas de educação médica continuada que se constrói esse médico. O cenário de prática garante ao doente, equipe e médico, o resultado final satisfatório de todos os prismas.

Referências

1. Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance care planning in the elderly. *Med Clin North Am*. 2015 Mar;99(2):391-403.
2. Barberino Santos J. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. *Brasília méd*. 1999;36(3/4).
3. Midão CM de V, Ruiz-Moreno L. O ensino da Semiologia nas escolas médicas do Estado do Rio de Janeiro. *Rev bras educ med*. 2010 Sep;34(3):397-405.
4. Marcondes de Rezende J. Fundamentos etimológicos da linguagem médica [Internet]. 2004 [cited 2023 Apr 19]. Disponível em: http://ibmexporto.com.br/material_suplementar/fundamento_etimologicos_da_linguagem_medica.pdf
5. Hall KH. Reviewing intuitive decision-making and uncertainty: the implications for medical education. *Med Educ*. 2002 Mar;36(3):216-24.
6. Melin-Johansson C, Palmqvist R, Rönnerberg L. Clinical intuition in the nursing process and decision-making-A mixed-studies review. *J Clin Nurs*. 2017 Dec;26(23-24):3936-49.
7. De Benedetto MAC. O Papel das Narrativas como Recurso Didático na Formação Humanística dos Estudantes de Medicina e Enfermagem. Tese. [Doutorado em Ciências da Saúde]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.
8. DeAngelis CD. Medical Professionalism. *JAMA*. 2015 May 12;313(18):1837.
9. Nyatanga B, Vocht H de. Intuition in clinical decision-making: a psychological penumbra. *Int J Palliat Nurs*. 2008 Oct;14(10):492-6.
10. Payne LK. Intuitive decision making as the culmination of continuing education: A theoretical framework. *J Contin Educ Nurs*. 2015 Jul;46(7):326-32.
11. Patel SH, Itri JN. The role of intuitive cognition in radiologic decision making. *J Am Coll Radiol*. 2022 May;19(5):669-76.
12. Silva CC, Martins RA. A “Nova Teoria sobre Luz e Cores” de Isaac Newton: uma tradução comentada. *Revista Brasileira de ensino da Física*. 1998; 18(4): 313-27.
13. Roncoletta A, Levites MR, Monaco CF, Blasco PG. Las Nuevas Competencias del Médico Familiar: Coordinando los Cuidados en el Hospital y Atendiendo a los Pacientes Crónicos en su Domicilio. Una Experiencia Brasileña. *Arch Med Fam*. 2009; 11:78 – 89. Disponible en https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010_mai_nuevas_competencias_del_medico_familiar.pdf
14. English I. Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner’s novice to expert model. *J Adv Nurs*. 1993 Mar;18(3):387-93.
15. Greenhalgh T. Intuition and evidence-uneasy bedfellows? Stories of intuition. *British Journal of General Practice*. 2002;52(478).
16. Boudreau JD, Cassell EJ. Medical Wisdom. *Perspect Biol Med*. 2021;64(2):251-70.
17. Glück J, König S, Naschenweng K, Redzanowski U, Dorner L, Straßer I, et al. How to measure wisdom: content, reliability, and validity of five measures. *Front Psychol*. 2013 Jul 12; 4:405.
18. Janaudis MA. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. *Mundo Saúde*. 2010 Sep 30;34(3):300-10.
19. Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. Understanding palliative care and hospice: a review for primary care providers. *Mayo Clin Proc*. 2017 Feb;92(2):280-6.
20. Goethe JW. Doutrina das cores. Editora Nova Alexandria; 2018.
21. Beers E, Lee Nilsen M, Johnson JT. The Role of Patients: Shared Decision-Making. *Otolaryngol Clin North Am*. 2017 Aug;50(4):689-708.
22. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *J Nurs Scholarsh*. 2015 May;47(3):275-84.
23. Heggland L-H, Hausken K. Patient participation, decision-makers and information flow in surgical treatment. *J Clin Nurs*. 2014 May;23(9-10):1430-44.