

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ISABELLA FRANZIN RIBEIRO

**Sobre o desenvolvimento da empatia ao longo de casos atendidos e de
experiências vividas no curso de Medicina da UFSCar: uma análise reflexiva**

São Carlos – SP

2025

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ISABELLA FRANZIN RIBEIRO

Sobre o desenvolvimento da empatia ao longo de casos atendidos e de experiências vividas no curso de Medicina da UFSCar: uma análise reflexiva

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao departamento de medicina, como requisito necessário para a obtenção do título de bacharel em medicina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Helena Bruno.

São Carlos – SP

2025

DEDICATÓRIA

À minha avó.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a meu porto seguro, razão de eu ter chegado até aqui: minha família. À minha mãe, Luciana Franzin, que considero a própria definição de empatia e cuidado, que me acolheu e embalou a todo momento que duvidei. Ao meu pai e herói desde a infância, Carlos Eduardo Ribeiro, que me ensinou pelo exemplo sobre responsabilidade e competência, e me apoiou inesgotavelmente para eu atingir meu melhor potencial profissional e acadêmico. Ao meu irmão mais novo (apesar de não parecer — sabemos que você é mais sábio), Leonardo Franzin Ribeiro, cujo caráter e integridade me inspiram a olhar ao próximo e não desistir do sonho de um mundo justo.

À Nya. Seus olhinhos adoráveis me ensinaram a demonstrar amor quando eu me sentia uma ostra circundada por espinhos. Obrigada, cãozinho.

À minha avó, Maria Rosa Bizari Ribeiro, cuja memória eu via em todas as senhorinhas que atendi ao longo da graduação, me motivando a me doar integralmente aos meus pacientes e procurar a excelência em cada conduta que eu tomava. Agora posso cuidar da senhora, como a senhora cuidou de mim por todos aqueles anos da minha infância.

Ao meu amigo, veterano e guia, Guilherme dos Santos Silva, que em incontáveis noites de conversas sobre tudo e nada, me manteve sã (o máximo que posso ser) e me ensinou mais do que posso colocar em palavras. Quando penso no tipo de médica que quero ser, você é meu exemplo.

Ao meu trio inseparável, Beatriz Carvalho de Jesus e Oriana Alejandra Millán Marcano, que compartilharam comigo esta trajetória, em momentos regados de amor e risadas. O caminho foi muito mais feliz com vocês ao meu lado.

Por fim, a todos os pacientes que, ao longo desses seis anos, me ensinaram a acolher, entender, informar e cuidar. Um a um vocês contribuíram valiosamente para formar a médica que estou me tornando.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso busca analisar a jornada de desenvolvimento da empatia durante os seis anos da graduação em Medicina na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A autora aborda as maneiras com que a empatia e o exercício humano da medicina são ensinados e fortalecidos por meio de experiências vividas nos diferentes ciclos do curso, como o uso de narrativas nas atividades de reflexão da prática, o contato com realidades sociais diversas e os atendimentos à população, e relata casos clínicos específicos que marcaram esta trajetória em diferentes aspectos. O trabalho conclui que o curso da UFSCar é eficaz em formar profissionais com conhecimento técnico adequado e com empatia, aptos ao exercício com excelência da medicina.

Palavras chave: empatia; educação médica; humanização; medicina.

ABSTRACT

The present final paper intends to analyze the journey of development of empathy during the six years of graduation in Medicine at the Federal University of São Carlos (UFSCar). The author addresses the ways in which empathy and the human exercise of medicine are taught and reinforced through experiences lived in the different cycles of the course, such as the use of narratives in activities of reflective practice, contact with diverse social realities, and patient consultations. The paper also relays specific clinical cases that have affected this trajectory in different aspects. The paper concludes that the UFSCar course is efficient in training professionals with adequate technical knowledge and empathy, enabling them for the excellent practice of medicine.

Keywords: empathy; medical education; humanization; medicine.

ABREVIACES

SP - Situação Problema

ES - Estaao de Simulação

PP - Prática Profissional

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

SUS - Sistema nico de Saúde

SMu - Saúde da Mulher

SCrA - Saúde da Criança e do Adolescente

SAI - Saúde do Adulto e Idoso

SFC - Saúde da Família e Comunidade

ACC - Atividades Curriculares Complementares

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução.....	9
2. A medicina.....	10
3. O ciclo básico.....	12
4. O ciclo clínico.....	15
5. O internato.....	18
6. Conclusão.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1. Introdução

A escolha pela carreira da medicina é tipicamente narrada como uma vocação natural, nascida do altruísmo, e ao iniciar o curso, uma preocupação importante que trouxe comigo era sobre como exercer a medicina de forma humanizada e com empatia considerando que o interesse pela área não havia sido desenvolvido desta tão dita vocação. Este Trabalho de Conclusão de Curso busca traçar, mediante uma análise reflexiva, a jornada de desenvolvimento da empatia ao longo dos seis anos da graduação em Medicina na UFSCar. Abordando as experiências vividas nos ciclos básico, clínico e no internato, pretendo discorrer sobre como situações como a pandemia de Covid-19, as atividades de narrativas, o contato com pacientes em diferentes contextos e a exposição a realidades sociais extremas promoveram o desenvolvimento da empatia através do contato humano. Ao refletir sobre casos marcantes e outras experiências vividas, este trabalho demonstra como o curso de Medicina da UFSCar consolida a empatia como um pilar fundamental da prática médica, permitindo uma formação que vai além do conhecimento técnico e se aprofunda na dimensão humana da profissão.

2. A medicina

Quando tivemos as primeiras atividades do curso, como calouros emocionados, uma das perguntas que os colegas mais faziam para nos conhecermos era o porquê de termos escolhido o curso. Inúmeras vezes ouvi sobre como “era um sonho de infância”, ou “meu familiar é médico e me inspirou”, ou mesmo “sempre quis cuidar das pessoas”.

Diante destas motivações adoráveis eu me inibia em minha resposta. A verdade é que a escolha da medicina se esgueirou pela minha mente contra a minha vontade. Desde criança, quando fiquei internada por uma colecistite que quase levou minha vesícula num saquinho para o anatomopatológico, eu tinha medo dos corredores frios e inóspito dos hospitais, e sempre tive uma aflição tremenda ao pensar em agulhas e injeções. Eu gostava do cheiro de livros e de ver meus dedos manchados de tinta de caneta, então por muito tempo pensei em seguir pelo caminho das ciências humanas, da literatura, da arte.

Minha perspectiva de vida mudou no segundo ano do ensino médio. Passei por um quadro depressivo cujos efeitos me assombram até hoje — foi um período de pensamentos sombrios, isolamento e dor. Durante estes tempos de tamanha angústia que até hoje não consigo mensurar em palavras, eu comecei a perceber alguns pequenos pontos de alívio nos estudos, e foi nas aulas de biologia que comecei a me interessar pela fisiologia humana. Entender como as pequenas células do corpo contribuem uma a uma para formar um sistema tão complexo tornou-se satisfatório e mesmo acolhedor, em comparação com a arte e a literatura fúnebre que eu vinha consumindo para combinar com meu estado de espírito da época.

Mesmo assim, ainda hesitei por muito tempo em assumir meu interesse. A imensa concorrência dos vestibulares de medicina me intimidava, e tocava numa vulnerabilidade que sempre carreguei: a dúvida da minha capacidade. Era inconcebível, na minha cabeça, que eu pudesse ser aprovada. Outro aspecto que me desestimulava é que desde aquela época eu sabia o quão romantizada era esta área de atuação, e como o médico é visto por tantos como um ser iluminado,

sacerdote, que dedica toda a sua vida à nobre e altruísta missão de salvar vidas. Eu não queria ser parte deste circo, não queria me submeter a estas expectativas sociais.

Mas não tive escapatória. Meu fascínio pela fisiologia já estava consolidado, e a este ponto eu já não conseguia nem mesmo considerar exercer outra área — os cadernos cheios de histórias não terminadas foram sumariamente encaminhados às prateleiras e iniciei ativamente os estudos. Fiz um ano de curso pré-vestibular em que me isolei quase completamente, protegida de distrações por uma margem de várias cadeiras vazias entre mim e a pessoa mais próxima, e me cerquei por livros e exercícios. Quase enlouqueci (um tema recorrente na minha existência), mas ao fim deste ano extenuante, estava eu olhando, descrente e extasiada, para o anúncio da minha aprovação na Universidade Federal de São Carlos.

E a partir desta data tão simbólica, seguiram-se seis dos anos mais impactantes da minha vida.

3. O ciclo básico

Nossas atividades no ciclo básico foram profundamente marcadas por um evento inédito na história do curso (e do mundo): a pandemia de Covid-19. Tivemos uma única semana de atividades presenciais, em que nos foram introduzidos os estabelecimentos da universidade e um gosto muito breve das atividades no campus, antes da quarentena ser instalada e as atividades serem suspensas. Seguiu-se um período de seis meses sem absolutamente nenhuma atividade, em que “desfrutamos” de muitas reuniões no formato online em que discutimos nos inúmeros conselhos institucionais sobre as estatísticas de casos, as possibilidades de executarmos as atividades à distância, o retorno ao formato presencial, entre tantos outros questionamentos e apenas com a certeza da sombra de angústias que pairava sobre todos nós. Foi um período de discussões acirradas e dúvidas constantes, exacerbadas pelo medo de nós ou nossos entes queridos adoecerem. O noticiário mostrava diariamente o número aterrorizante de mortos, e mesmo nós, primeiro-anistas que não sabíamos nem aferir pressão arterial, sentíamos a impotência de não podermos estar nos cenários reais ajudando a população de qualquer maneira que pudessemos.

Nesta época, antes do início das atividades curriculares no formato online, eu procurei me inserir no máximo de programas que conseguisse. Cursei um semestre de Libras pela UFSCar, participei da Liga de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos, e também da Liga de Química Médica e Farmacologia (lembro-me da experiência fascinante de tentar entender a fisiologia do sono e o mecanismo de ação dos benzodiazepínicos quando eu não tinha base de conhecimento nenhuma). Acumulei inúmeras horas de congressos online gratuitos, das mais diversas áreas, tentando absorver o máximo possível do conhecimento cujo acesso me havia sido postergado pela suspensão das aulas.

A Liga de Cuidados Paliativos foi o passo inicial no meu contato com a empatia na profissão médica. Estudamos protocolos de comunicação de más notícias, e me lembro de ter sentido muita preocupação nesta época, praticava na frente do espelho com cenários imaginários em que eu estava comunicando um óbito ou um diagnóstico preocupante a alguém. Durante os seis anos do curso eu revisei os

protocolos diversas vezes, sempre tentando me preparar o máximo possível para essas situações.

Em setembro de 2020, ao fim do que pareceram séculos de espera, iniciaram-se as atividades curriculares online, e mesmo nessas circunstâncias, ainda que não fosse o formato ideal, sinto que o ciclo básico pôde ser proveitoso.

Nos primeiros dois anos da faculdade, nós temos três matérias principais: a Situação Problema (SP), a Estação de Simulação (ES), e a Prática Profissional (PP). A Situação Problema configura a parte mais teórica, em que estudamos as matérias-base como anatomia e fisiologia, e foi esta última, a minha matéria favorita em todo o curso. A metodologia ativa de ensino, em que discutíamos casos clínicos de variados temas e os utilizávamos como disparador para os estudos, se provou a forma mais eficiente de estudar que eu já havia tido contato: aprendemos a pesquisar em fontes confiáveis, a desenvolver uma análise crítica do material que estávamos lendo, e eu tive muito mais proveito nas horas debruçada sobre livros do que jamais teria tido sentada e absorvendo passivamente os conteúdos de uma aula expositiva. Tornei-me uma ferrenha defensora do método ativo e sinto que os prejuízos do ensino não presencial foram muito minimizados por essa característica.

A ES e a PP foram mais afetadas pelo caráter não presencial. A experiência do contato simulado com o paciente era prejudicada por ser feita por meio de videochamadas, eliminando muito do aspecto não verbal da relação médico-paciente. Tivemos que aprender a aferir sinais vitais e as bases do exame físico por nós mesmos, treinando em nossos familiares e tentando tirar dúvidas à distância. Da mesma forma, perdemos uma importante faceta da Prática Profissional do ciclo básico, que era o acompanhamento de famílias ao longo dos anos, por meio de visitas domiciliares. Esta matéria ficou restrita a atividades teóricas e reflexivas, muito diminuída em relação à sua proposta no Projeto Político Pedagógico (MEDICINA UFSCAR, 2007).

O tempo da Prática Profissional não foi todo perdido, no entanto. Uma atividade muito interessante ocorreu no segundo ano do curso, em que por meio de diversas narrativas, apresentamos aspectos de nossas vidas aos colegas do grupo, criando

um exercício de empatia ao ouvirmos as histórias uns dos outros. Lembro-me que na época eu estava relutante nessas atividades, mas posteriormente, tanto pela pesquisa em literatura quanto pela análise retrospectiva, foi possível concluir que as narrativas são uma excelente ferramenta não só para o desenvolvimento da empatia, mas também para outras habilidades como comunicação e reflexão (CLARO; MENDES, 2018). Também assistimos diversos vídeos sobre diferentes meios de vida no Brasil — palafitas, cortiços, povos ciganos — e fizemos reflexões sobre as implicações em saúde dessas populações, que sinto que contribuíram para nos preparar para lidar com a diversidade humana que encontraríamos na prática médica nos anos seguintes.

Apesar das limitações impostas pela pandemia, e de ter sido um período regado de frustrações, o ciclo básico foi uma etapa importante no desenvolvimento profissional, e estabeleceu os primeiros tijolos na construção tanto do conhecimento clínico, quanto das habilidades de comunicação e conexão humana que usamos nos anos seguintes.

4. O ciclo clínico

O ciclo clínico, composto pelo terceiro e quarto anos, foi o marco do nosso retorno às atividades presenciais. Pudemos viver todas as experiências universitárias que nos haviam sido negadas pela pandemia — a vida em outra cidade, as discussões no Departamento de Medicina, a ocupação dos espaços universitários. Passei semanas estudando na Biblioteca Comunitária, acompanhando a crescente complexidade dos temas abordados, e neste tempo tive contato com pessoas de diferentes cursos com as mais diversas histórias de vida, expandindo meu olhar para a relação com o outro, de uma forma inédita.

A Prática Profissional teve uma mudança drástica neste novo ciclo. Não só passamos a atender pacientes, como a carga horária se expandiu e dividiu-se para contemplar as diferentes áreas da medicina: Saúde da Mulher (SMu), Saúde da Criança e do Adolescente (SCrA), Saúde do Adulto e Idoso (SAI) e Saúde da Família e Comunidade (SFC). Houve uma notável desigualdade na densidade dessas atividades — nossa experiência com atendimentos em pediatria no ciclo clínico foi acentuadamente circunscrita por uma série de infortúnios que ocorreram neste período (professores afastados, cenários de prática perdidos), e em Saúde da Mulher frequentamos pouco as Unidades de Saúde, e percebemos que precisaríamos recuperar a experiência perdida nessas áreas no internato.

No terceiro ano, na atividade de Saúde do Adulto e Idoso, tive meu primeiro atendimento, o qual deixou um impacto marcante na minha trajetória. L, de 59 anos, havia vindo do nordeste para visitar sua filha e aproveitou para renovar suas receitas na UBS. A consulta foi sem intercorrências e o protocolo de atendimento foi seguido à risca do que aprendemos: solicitamos alguns exames, fizemos as orientações sobre os hábitos de vida saudáveis, ouvimos e esclarecemos todas as dúvidas do paciente. Mas eu nunca esquecerei a imediata ansiedade que aquele simples atendimento me causou. Eu temia ter esquecido alguma pergunta ou algum aspecto fundamental do exame físico que poderia ter revelado algum diagnóstico importante — eu estava no terceiro ano, acompanhada por um preceptor e a paciente estava ótima. Obviamente eu exagerei em minha preocupação, mas aquela senhora foi meu primeiro anúncio da responsabilidade que eu passaria a sentir por todo

paciente que caísse sob meu cuidado.

No quarto ano, nesta mesma matéria, tive o primeiro contato com a diretriz de longitudinalidade do cuidado preconizada para o SUS pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Pude acompanhar uma paciente ao longo do ano letivo inteiro, desde a primeira consulta, até o momento em que demos alta do ambulatório de Saúde do Adulto da Unidade de Saúde Escola. A paciente S., de 60 anos, apresentou um quadro depressivo iniciado após o falecimento de sua mãe, de quem havia cuidado por oito meses. Ao longo de todos os atendimentos, além do ajuste medicamentoso, pudemos diferenciar o luto normal do adulto do luto complicado (ZISOOK; SHEAR, 2009) e oferecer suporte, principalmente através da escuta ativa (SHEAR; MULDBERG; PERIYAKOIL, 2017). Fizemos a retirada do medicamento ao fim dos atendimentos e fiquei muito grata por ter a oportunidade de acompanhá-la e de ajudar a aliviar seu sofrimento nesta fase de sua vida.

Na ES finalmente tivemos as simulações presenciais, e principalmente na área de SFC foram abordados temas muito importantes para o nosso desenvolvimento, como o lidar com as doenças sífilis e hanseníase, que nos impulsionou a treinar a abordagem mais humanizada possível para que pudéssemos lidar com situações mais difíceis, como as que envolvem estigmas sociais. Foi uma atividade muito bem pensada para nos estimular no exercício empático e nas habilidades de comunicação.

Na SP, os casos clínicos mudaram, e passaram a ter uma abordagem mais focada no diagnóstico e no tratamento, do que nas matérias básicas. Se tornou ainda mais interessante, e apesar de demandar muitas noites em claro junto aos livros, essa mudança construiu parte do conhecimento fundamental que seria aplicado nos anos seguintes, no internato.

Adicionalmente, nestes dois anos participei da Liga Acadêmica de Cardiologia da UFSCar, primeiro como ligante e depois como gestão. Eu gostava muito de cardiologia desde antes de entrar no curso, e as atividades apenas sedimentaram este meu fascínio.

Por fim, outro aspecto que ganhou relevância no ciclo clínico foi a matéria de Atividades Curriculares Complementares (ACCs). Precisávamos cumprir 200 horas de estágio e de cursos, adicionalmente às demais matérias do curso. No terceiro ano, dei um passo um pouco maior do que a perna e estagiei na Unidade Coronariana da Santa Casa de São Carlos. Fui armada com todos os meus mínimos conhecimentos de terceiro ano para um ambiente de terapia intensiva, e tive que lidar, ao mesmo tempo, com inúmeras patologias novas, com a burocracia das evoluções, com os diversos exames como a radiografia e o eletrocardiograma, e os tratamentos complexos que os pacientes estavam recebendo. Foram quatro semanas desafiadoras, mas fui muito bem recebida pelos residentes e preceptores, e ao final, fui capaz de evoluir os pacientes que estavam sob os meus cuidados com considerável eficácia, levando em consideração o meu despreparo para este tipo de espaço. Tive ali o primeiro contato com o óbito de um paciente, uma experiência triste, mas extremamente necessária para nossa formação. Observei atentamente a comunicação da notícia aos familiares por parte do médico residente, que a fez com maestria. Até hoje tenho este residente como exemplo, especialmente quando presencio esses momentos mais sensíveis da prática médica.

Na ACC do quarto ano, fugi completamente do meu interesse por cardiologia devido à falta de oportunidade de estágios na área, e passei três semanas na Ginecologia e Obstetrícia. Acompanhei desde consultas por endometriose a partos, e apesar de não ter a menor afinidade por esta área, pude reconhecer que é certamente uma das mais necessitadas de empatia. As pacientes encontram-se em uma situação de extrema vulnerabilidade e de incertezas, e é fundamental o cuidado e o respeito neste momento (MIRANDA; AIRES; SANTOS, 2024).

O ciclo clínico foi um período de mudanças importantes, com o advento do ensino presencial e com a mudança do foco para o atendimento aos pacientes. Acredito que este momento construiu o repertório teórico e desenvolveu as habilidades que necessitaríamos para os dois anos seguintes que, a meu ver, foram os mais impactantes: o internato.

5. O internato

Todos os alunos, quando entram no curso de medicina, esperam ansiosamente por este momento: a carga horária maior, o ambiente hospitalar e as atividades práticas intensificadas. E certamente esse período faz jus à fama, pois, além de ter sido o mais desafiador, também foi o que mais nos ensinou.

Iniciei essa fase dos meus estudos com três semanas de ACC na cirurgia. Eu não tive contato com esta área antes, e pude experienciar pela primeira vez a importância das técnicas de antissepsia e assepsia, o cansaço físico das horas em pé no centro cirúrgico e a sensação dos tecidos fisiológicos de alguém na palma da minha mão. Apesar do fascínio que todo estudante de medicina tem inicialmente pela área devido à novidade, senti falta do raciocínio clínico, do contato mais próximo com o paciente, do ajuste medicamentoso fino, e foi a partir dessa experiência que começou a se consolidar a minha escolha pela área de Clínica Médica.

Quando o quinto ano começou efetivamente, iniciamos com Cirurgia, então completei um total de dez semanas seguidas nessa área. Retrospectivamente, observo que foi o período mais exaustivo — eu acordava às quatro da manhã e estudava de pé com o caderno apoiado sobre a cômoda para não dormir. Os plantões eram longos e cheios, e para quem estava acostumada a um volume baixo e tempo amplo para os atendimentos, certamente uma adaptação drástica foi necessária. Apesar da fadiga, considero que foi um estágio extremamente importante, principalmente no setor de urgência e emergência, pois nos preparou para situações que podem cair em nossas mãos nas unidades em que trabalharemos, como casos de abdome agudo e trauma diversos.

O segundo estágio foi o de Clínica Médica. Neste acompanhei uma das pacientes que mais me afetou durante a graduação. Dona N., de 100 (cem!) anos, estava internada para cuidados de fim de vida — era sarcopênica, completamente dependente para atividades de vida diária e não comunicativa. Apesar de eu nunca ter trocado uma palavra sequer com ela, criei uma contrarreferência que me pesou

emocionalmente por toda a semana que a acompanhei. Tive que entender que aquele era o momento de colocá-la em cuidados paliativos exclusivos, para evitar a distanásia e promover uma morte digna (FELIX; COSTA; ALVES, 2013), e lutei muito contra a ansiedade do “e se houvesse algo mais a fazer?”. Quando por fim ela veio a óbito, chorei como se fosse parente minha, mas com a tranquilidade de que fomos capazes de promover os cuidados adequados para que ela tivesse um final confortável, indolor e respeitoso. Compreendi com aquele caso que a morte é parte integral da prática médica, e que, quando o óbito é iminente, há momentos em que não nos cabe lutar contra a progressão fisiológica, mas sim, aliviar o sofrimento do nosso paciente.

Finalizando o quinto ano, outra experiência crítica foi durante o quarto estágio, de Medicina de Família e Comunidade, quando fizemos uma intervenção em saúde em uma ocupação irregular na cidade. Nestes dias íamos armados com caneta, protetor solar e quaisquer equipamentos que conseguíssemos transportar para atender as pessoas, em um consultório improvisado dentro de um barraco, numa maca empoeirada e com uma mesa bamba e esta foi a população na situação mais vulnerável que já vi. Não havia ali apenas problemas como hipertensão ou diabetes, os quais eu estava acostumada a tratar em meus ambientes limpos e com ar condicionado. Naquele grupo de pessoas, ouvi relatos de uma família dilacerada pelo luto de uma morte neonatal, de um rapaz morando sozinho após ter sido expulso de casa por ser homossexual, de sobreviventes dos mais nefastos tipos de abuso. Eu vi casas erguidas com tábuas e materiais improvisados, sobre o chão de terra batida, por vezes sem teto, e crianças correndo descalças entre animais, ambos igualmente cobertos por poeira e carrapatos. Naquele momento fui confrontada com a realidade de que o que eu estava vendo não era num país distante como eu via em noticiários, mas sim a meros quilômetros da minha casa confortável. Ali havia uma população invisível, que não tinha acesso ao absoluto mínimo para a dignidade humana. Penso que essa atividade na ocupação foi um teste final para tentar criar empatia e consciência de classe nos alunos, pois não posso ver como nada além de uma falha fundamental naquilo que nos torna humanos, alguém que estivesse diante deste tipo de exposição e não sentisse no mínimo uma angústia lancinante pelo sofrimento do próximo e uma profunda amargura pelo completo desrespeito à dignidade humana.

Houveram, é claro, outras experiências muito importantes ao longo do ano, como os estágios de Pediatria e de Saúde da Mulher, em que finalmente senti que pudemos recuperar o atraso nessas áreas deixado pelos infortúnios do ciclo clínico. Tivemos contato com as patologias mais comuns e aprendemos a lidar com essas populações especiais, e ao final de um ano exaustivo, mas muito rico em aprendizagem, havíamos construído uma infinidade de novos conhecimentos.

Foi com a sensação de descrença que cheguei, finalmente, ao último ano do curso de medicina. Durante as últimas ACCs, que realizei na área de clínica médica, fui constantemente confrontada com memórias dos anos anteriores, e até mesmo do ensino médio, quando eu pensava que seria impossível chegar até aquele momento. Sofri com dúvidas sobre minha capacidade por longos anos, mas estava diante de mim a prova indiscutível de que consegui conquistar os meus objetivos, tão somente com a minha dedicação para tal.

O primeiro estágio, neste último ano, foi o de Clínica Médica. Sentimos logo nas primeiras semanas a diferença de tratamento que o sexto ano apresentava. Ao mesmo tempo, em que nossas opiniões eram mais respeitadas e o relacionamento com os pacientes se tornava mais bem estabelecido, a cobrança por decisões clínicas estava muito mais presente, e nós éramos muito mais responsabilizados pelos nossos pacientes. Foi um momento de ansiedade e estresse, mas que serviu bem para criar este novo senso de independência e nos preparou bem para o ambiente pós-formatura, em que estaremos praticamente sozinhos com as vidas de pessoas nas nossas mãos.

Neste estágio houve outra paciente que deixou mais uma marca latente em mim. Cuidei de dona V., 83 anos, uma adorável tabagista inveterada que não queria interromper o uso do cigarro, mesmo sabendo que sua doença pulmonar faria com que ela fosse embora daquele hospital dependente de oxigênio domiciliar. Foi uma dança intensa para compensá-la o bastante para conseguirmos dar a alta, e me dediquei ao máximo para alcançar esse resultado. Entretanto, menos de um mês depois, dona V. retornou, anúrica, sem indicação ou mesmo interesse em iniciar diálise. A maior batalha deste momento foi manejar o diálogo com seus vários filhos,

que não conseguiam aceitar a partida iminente da mãe, e queriam que ela tentasse a terapia de substituição renal mesmo sem indicação clínica para isso, movidos pela agonia da ideia de perdê-la a ponto de considerarem uma medida extrema, que prolongaria sua vida forçadamente e às custas de um sofrimento desnecessário. Acompanhei o trabalho do meu colega que assumiu o caso nessa segunda internação, e lutei novamente com a contratransferência e com a amargura de saber do fim inevitável daquela vida tão simpática e gentil. O óbito desta paciente também foi doloroso para mim, mas me provou, ao final de seis anos, que a experiência pode até atenuar o sofrimento pessoal que sentimos, mas que a empatia não se apaga pela repetição se os estudantes não cederem ao processo de desumanização (MORETO; BLASCO, 2012). Minha preocupação com a empatia que cultivei desde o início do curso permitirá que eu a mantenha.

Os demais estágios do sexto ano seguiram na mesma linha do que ocorreu no quinto ano de nossos estudos, permitindo a consolidação dos conhecimentos e os ajustes finos em nossas habilidades, nos preparando para a entrada no mercado de trabalho. Preciso destacar o valor imensurável do estágio de ambulatórios, em que sentimos muita independência para dar diagnósticos e estabelecer condutas, sendo essa uma experiência valiosíssima, que nos fez reconhecer que estamos prontos para realizar os atendimentos após a formatura. Ainda falta o último estágio — encerrarei o internato como o comecei, no centro cirúrgico —, mas não tenho dúvidas de que será produtivo e terminará de consolidar nossa formação médica com qualidade.

6. Conclusão

Ao final de seis anos de uma jornada que eu pensava ser impossível, fica evidente que o desenvolvimento profissional e pessoal foi moldado por uma série de experiências transformadoras. Do estudo solitário e focado no pré-vestibular ao ambiente hospitalar desafiador do internato, cada fase do curso contribuiu para a construção de um repertório extenso de habilidades e conhecimentos.

A empatia, tema central desta reflexão, mostrou-se uma habilidade que pode ser ensinada, mas que necessita ser constantemente cultivada. As atividades iniciais durante a pandemia destacaram a eficácia das reflexões e das narrativas no ensino da empatia na faculdade de Medicina. Posteriormente, o contato direto com os pacientes no ciclo clínico e, de forma mais intensa, no internato, submete os alunos a situações de responsabilidade e vulnerabilidade que consolidam o olhar humanizado. O cuidado com os pacientes em momentos delicados mostrou que a empatia pode mitigar o sofrimento do paciente tanto quanto os tratamentos medicamentosos, e que não se esgota com a repetição, desde que o profissional não ceda à desumanização e se esforce para o exercício ativo desta habilidade.

Outras experiências, como o acompanhamento da ocupação irregular, obrigou os alunos a confrontarem realidades que transcendem a medicina, expondo-nos ao aspecto socioeconômico da saúde, e nos preparando para cenários hostis à dignidade humana. Situações como esta consolidaram a consciência de classe e a necessidade de atuar com compaixão em todos os contextos. Em conclusão, esta análise demonstra que, apesar dos desafios e infortúnios vividos ao longo desses

seis anos, como a pandemia e eventuais deficiências nos cenários, a Medicina UFSCar é capaz de formar profissionais não apenas com conhecimento técnico, mas com a consciência de que a empatia, o acolhimento e a escuta ativa são os pilares de uma prática médica de excelência.

REFERÊNCIAS

UFSCar. Departamento de Medicina. **Projeto Político Pedagógico**: Curso de Medicina / CCBS. São Carlos: UFSCar, ago. 2007. Disponível em: <https://www.dmed.ufscar.br/arquivos/projeto-pedagogico-2007>. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017 . **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 set. 2025.

ZISOOK, Sidney; SHEAR, Katherine. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. **World Psychiatry**. Wiley Online Library, v. 8, n. 2, p. 67–74, jun. 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>. Acesso em: 19 set. 2025.

SHEAR, M. K.; MULDBERG, S.; PERIYAKOIL, V. Supporting patients who are bereaved. **The BMJ**, p. j2854, jul. 2017. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.j2854>. Acesso em: 19 set. 2025.

CLARO, Lenita Barreto Lorena; MENDES, Anna Alice Amorim. Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina. **Interface** -

Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 65, p. 621–630, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200621&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 set. 2025.

MIRANDA, Roberta De Paiva; AIRES, Flávia Cavalcante; SANTOS, Diana Góis Dos. A HUMANIZAÇÃO NO PARTO E O COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 3, p. 2682–2694, 2024. Disponível em: <<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13415>>. Acesso em: 13 set. 2025.

FELIX, Zirleide Carlos; COSTA, Solange Fátima Geraldo Da; ALVES, Adriana Marques Pereira De Melo; *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2733–2746, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 set. 2025.

MORETO, Graziela; BLASCO, Pablo G. A erosão da empatia nos estudantes de medicina: um desafio educacional. **Rev Bras Med**, v. 69, n. 1, p. 12-7, 2012.