

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

**CAMILA FELIX ROSSI**

**NARRATIVA CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A VIVÊNCIA NO CURSO  
DE MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE FEDERAL: JORNADA DE ENCONTRO  
A UM PROPÓSITO DE CUIDADO**

São Carlos, SP  
2025

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

CAMILA FELIX ROSSI

**NARRATIVA CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A VIVÊNCIA NO CURSO  
DE MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE FEDERAL: JORNADA DE ENCONTRO  
A UM PROPÓSITO DE CUIDADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina, como requisito necessário para obtenção do título de graduação completa em Medicina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Carbol.

São Carlos, SP

2025

## DEDICATÓRIA

*A cada admirável docente que cruzou meu caminho e contribuiu com valiosos tijolos de aprendizado nesta longa escadaria que foi a graduação: sou eternamente grata por sua árdua dedicação e por dividir conosco o ouro invisível, o bem mais precioso do ensino na medicina: alíquotas de uma vasta experiência somadas a amor e cuidado ao próximo.*

*“Se eu vi mais longe, foi por estar sobre os ombros de gigantes.”*

*– Isaac Newton*

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	11
SIGLÁRIO.....	12
1. O INÍCIO DA JORNADA.....	13
2. CICLO BÁSICO: ISOLAMENTO, INDEPENDÊNCIA, MEDO E INCERTEZAS....	16
1. 1. A frustração do sonho.....	16
1. 2. Estrutura e funcionamento do curso.....	19
1. 3. Familiarização com a espiral.....	22
1. 4. Adentrando o mundo da Medicina.....	25
3. CICLO CLÍNICO: CRESCIMENTO NA, ENFIM, VIVÊNCIA DA MEDICINA.....	29
3. 1. O retorno ao normal.....	29
3. 2. Estrutura do ciclo clínico.....	29
3. 3. “Pega na mão e vai!” – com o que tem!.....	30
3. 4. Exponencial de crescimento.....	34
3. 5. A admiração pelo cérebro humano.....	35
4. INTERNATO: RESPONSABILIDADE, DESAFIOS E O DESTINO FINAL.....	38
4. 1. Estrutura do internato.....	38
4. 2. Compromisso e desenvolvimento.....	39
4. 3. A reviravolta no caminho.....	43
5. CUIDADO CENTRADO NA CRIANÇA: UMA PROPOSTA DE MODELO DE CUIDADO E UM PROPÓSITO DE VIDA.....	48
5. 1. Por que o Cuidado Centrado na Criança?.....	48
5. 2. O Cuidado Centrado na Criança: uma revisão da literatura.....	49
5. 3. Justificativa de Projeto.....	53
6. PROJETO DE PESQUISA UNIDO A UM PROJETO DE VIDA.....	54
6. 1. Objetivos.....	54
6. 2. Metodologia.....	54
6. 3. Discussão e resultados parciais.....	1
7. CONCLUSÃO.....	1
REFERÊNCIAS.....	1

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço aos meus pais, Andrea e Paulo, que sempre foram fortaleza e suporte para mim, que batalharam desde a minha mais tenra idade para que eu tivesse o melhor. Eles, que suaram para que eu pudesse ter o melhor ensino para chegar aonde cheguei. Eles, que mataram um leão por dia durante a pandemia para que eu pudesse manter o que conquistei, onde eu estive durante esses últimos 6 anos. Sou eternamente grata a vocês.

Sou grata ao meu irmão, que desde os meus 3 anos foi meu companheiro para tudo, meu eterno “bebê”, que sempre acreditou em mim. Ser um bom exemplo para você foi o que constantemente me impulsionou na vida. Tenho orgulho do homem que você se tornou hoje. Você vai longe, nós iremos longe! Juntos sempre!

Obrigada aos meus avós, Ana Maria, Sergio, Elisia e Anésio, que sempre manifestaram tanto carinho e admiração por mim em toda essa jornada. Sou grata por ter tantas memórias com vocês, cada um à sua maneira cuidando tão bem de mim desde tão nova e até hoje. Seguiremos criando tantas boas memórias. Vovô Ané, muito provavelmente você nem compreenda mais minhas palavras ou se lembre de mim, mas tenho boas lembranças de quando éramos pequenos e brincávamos tanto no seu escritório inundado de estantes lotadas de livros. Talvez meu amor pelo conhecimento e pelo estudo tenha nascido ali.

Não tenho palavras para agradecer meus queridos “americanos”: tia “Dedé”, tio “Lu” e meu primo “Fê”, que mesmo longe se fizeram presentes e vibraram comigo cada vitória nesse processo. Obrigada por cada apoio que vocês concederam para que eu pudesse estar onde estou hoje. Vocês são minha saudade do ano todo, e o final de ano é sempre mais feliz por podermos dividir momentos que são as memórias mais preciosas.

Sigo sem palavras para manifestar minha gratidão aos meus padrinhos, “Lili” e “Barô”, que estão entre os meus maiores fãs e são os melhores padrinhos que eu poderia ter. Obrigada por tanto carinho, tanta admiração e tanto suporte. Me orgulho

de ser o orgulho de vocês. Agradeço a Deus pelo momento que Ele guiou meus pais a escolherem vocês para me acompanhar durante a vida.

Gratidão enorme aos meus primos-irmãos: Letícia, Natália, Rafael e Flora. Leti, as minhas melhores memórias da infância foram com você, de nossas brincadeiras, aventuras e conversas. Ter uma irmã quase gêmea de idade coloriu minha vida e colore até hoje; sua presença é radiante e sempre motivo de festa. Rafa, foi e é uma alegria, os nossos papos-cabeça e músicas cantadas, sua presença nos eventos de família – especialmente com o violão – foi e segue sendo motivo de felicidade para mim. Florinha, te acompanhar crescer foi uma das maiores alegrias da minha adolescência, foi como realizar o sonho de ter a irmãzinha mais nova. Espero continuar sendo um exemplo para você e seguirei sempre te admirando nos seus tantos talentos. Amo seguir acompanhando vocês no caminhar das nossas vidas, amo o nosso laço de sangue, amo vocês. Ná, mesmo que você não leia fisicamente minhas palavras para você, saiba – e eu sei que você sabe – que você é a nossa maior saudade. Tenho certeza de que você segue olhando por nós e cuidando de nós aí de cima. Obrigada por ter sido luz para nós. Te amo para sempre.

Agradeço às minhas melhores amigas Giulia – carinhosamente, “Kelps” – e Marjorie, que estão ao meu lado há 10 anos e escolheram amar, acolher e vibrar por cada versão minha, desde a Camila adolescente, cru, até a Camila de hoje, cheia de personalidade e iniciando de fato sua vida adulta. Obrigada por terem feito parte e por terem sido conforto e alicerces em toda a minha evolução. Não tenho dúvidas de que vocês seguirão acompanhando cada fase minha até que a morte nos separe (sim, esse voto também vale para nossa amizade).

Agradeço à minha querida amiga, e agora colega de profissão, Stéfani, que coloriu meus dias de cursinho para o vestibular. Em meio ao concreto cinzento, você foi cor e alegria em dias ruins – que não foram poucos. Sou muito feliz em mantermos esse laço, já te admiro muito como profissional e seguirei te acompanhando e vibrando por você. Obrigada por se dedicar em manter nossa conexão tão especial mesmo com nossas rotinas tão atribuladas ao longo desses anos. Te levarei para o resto da minha vida.

Um agradecimento especial à minha querida amiga, Exther, por termos vivido tantos momentos juntas durante a pandemia. Em meio a uma nova cidade desconhecida, entendendo nosso novo papel de independência e em um contexto tão assustador para todos, pudemos criar excelentes memórias e ser apoio uma para outra. Muito obrigada por tanta parceria e cumplicidade. Sua presença ilumina o meu dia até hoje. Sorte de quem tem essa oportunidade de te ter como amiga. Você é uma mulher forte e incrível, e sem dúvidas será uma excelente médica.

Gratidão também especial à minha dupla de prática de tantos anos, Pedro Bottaro. Muito obrigada por tanta parceria e suporte por tanto tempo. Juntos, nossa jornada foi especial e nos moldou para sermos o que somos hoje. Você será um excelente médico, por qualquer especialidade que escolher seguir.

Agradeço imensamente ao meu querido amigo Henrique, que também foi minha dupla de prática por tanto tempo. Obrigada por tanto crescimento juntos, obrigada por ser meu apoio em tantos momentos difíceis e comemorar comigo tantos momentos felizes. Sua amizade é luz para mim e seguirei cultivando-a o resto da vida. Você já é e seguirá sendo um médico extremamente competente e, acima de tudo, humano. Esse diferencial sem dúvidas te levará longe.

Não tenho como deixar de agradecer às minhas parceiras de quadra e amigas do coração dos times de Handebol Feminino da UFSCar e da Medicina UFSCar. Obrigada por terem sido um respiro e refúgio para mim em meio à correria do curso. Obrigada por terem acreditado em mim dentro e fora de quadra, por terem me ensinado tanto no esporte, por me mostrarem o poder do trabalho coletivo no time e especialmente por terem feito eu me sentir pertencente. A graduação e a vida universitária não teriam sido a mesma coisa sem vocês. Amo cada uma, vocês têm um espacinho mais que especial no meu coração.

À minha dupla dinâmica, minha “casca de bala”, Vinícius Mesquita: foi mais que especial cultivar a nossa quase que simbiose por esses 6 anos, especialmente durante a pura loucura do internato! Nos conhecemos e já grudamos desde a nossa primeira e única semana em São Carlos em 2020 e não foi à toa. Não tem uma

pessoa que passou pelo nosso caminho que não reconhecesse que somos o tico e o teco, o arroz e o feijão, a panela e sua tampa. Obrigada por tanta parceria, tanto apoio e tanto crescimento juntos. Vivemos dos melhores aos piores dias nesses anos, sempre um segurando o outro com algum alívio cômico ou o ombro para chorar nos momentos difíceis. Sou grata por tudo que fomos e já de antemão te agradeço por tudo o que seguiremos sendo! Sei que nossa jornada de parceria não acaba por aqui. Tem laços que temos certeza de que levaremos para a vida, e sei que de alguma forma daremos um jeito de unir a sua futura – e excepcional – prática psiquiátrica à minha prática pediátrica. E sem dúvidas teremos inúmeros encontros regados a risotos de pêra com gorgonzola, vinhos, fofocas, casos clínicos e análises! Amo você demais da conta.

À minha querida amiga Miriã Nascimento: você chegou de fininho, talvez ali na metade do segundo tempo, e em pouco tempo de amizade conquistou um espaço imenso no meu coração! Viver esses 2 anos malucos de internato ao seu lado fez tudo ser mais leve. Obrigada por ser tão parceira, tão cuidadosa, tão carismática, divertida e leal. Sua amizade foi uma surpresa que se tornou essencial nessa jornada. Quem tem uma amiga como você na vida, tem tudo. E eu seguirei tendo esse tudo, porque não te largo mais! Te amo tanto e te admiro um tanto mais. Sei que em qualquer caminho que você escolher seguir, sua trajetória será tão brilhante quanto seu sorriso.

À minha amada facilitadora do 1º ano, Larissa Campagna Martini, não tenho palavras para expressar a minha gratidão pela sua dedicação e cuidado conosco em um momento tão delicado que foi nosso início de curso na pandemia. Seu ensino com afeto foi o que me manteve firme durante dias tão sombrios. Mesmo sem contato presencial, era possível sentir exalar através da tela do computador e da ternura da sua voz tanto zelo conosco. Foi especial e inspirador iniciar essa caminhada ao seu lado. Obrigada por nos ensinar que o paciente nunca será apenas uma doença. Não poderia ter entendido o cuidado biopsicossocial com alguém melhor. Obrigada por nos ensinar e ao mesmo tempo praticar esse cuidado com cada um de nós.

Ao meu querido facilitador por quase 2 anos de prática profissional, Ubiratan Adler, sou muito grata por ter aprendido tanto com o senhor. Sua paciência conosco foi inestimável para que déssemos um salto tão grande de habilidades e conhecimento. Iniciar minha vivência na prática médica com um exemplo tão primoroso, uma relação médico-paciente bem estabelecida foi primordial para que eu seguisse acreditando na medicina. Obrigada por tanto carinho e aprendizado, o senhor é um profissional e professor admirável.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão à minha orientadora de curso, Maristela Carbol. Maris, seu carinho, paciência e orientação sempre singela e perspicaz foram um pilar essencial na minha jornada. Com a sua orientação serena, transformou os desafios em aprendizados valiosos, oferecendo a segurança necessária para que eu pudesse me desenvolver com leveza e confiança, além de palavras de encorajamento nos momentos certos. Muito obrigada por tudo.

À minha orientadora de pesquisa, mentora de especialidade, patronesse da turma e amiga, Cristina Ortiz Sobrinho Valete, deixo aqui minha imensa gratidão e admiração. Minha querida “Excloi”, não existem palavras que seriam suficientes para expressar o quão especial você foi e é na minha trajetória. Aprender com você é um privilégio. Obrigada por se dedicar tanto a nós, tanto dentro quanto fora do ambiente de ensino. Você é uma pediatra fascinante, porque une uma técnica excepcional a um cuidado afável e empático com os pequenos. Obrigada por me ensinar a dar voz a eles e respeitá-los. Você é uma professora inspiradora, que nos mostra a beleza de uma prática pediátrica brilhante guiada por um conhecimento notável. E, acima de tudo, você é uma pessoa incrível, acolhedora, calorosa e de inestimável companhia. Sou eternamente grata a você e ao Paulinho, nosso “patronesso”, por tantos bons momentos de lazer e descontração com boas companhias e ótimos menus. Vocês são fenomenais.

À minha querida psicóloga Glauce, não tenho como agradecer tanto apoio nesses 4 anos de trajetória juntas. Muito obrigada por me ensinar a olhar para mim, cuidar de mim e fazer por mim da mesma forma que faço pelos outros. Muito obrigada por me apoiar em situações tão difíceis e complexas. Obrigada por seguir acreditando que serei uma ótima profissional e vibrando cada parte do processo

comigo. Sou grata por ter um apoio profissional com tanto carinho e afeto, regado a risadas em meio às intrincadas análises. Seguiremos juntas pelos novos desafios que virão.

Ao meu amor, José Ricardo Bergamin Caldeira. Você chegou de repente e me ensinou o que é um relacionamento que soma, multiplica. Nunca nos meus melhores sonhos eu imaginei um companheiro tão parceiro como você. Você sabe o quão grata sou por cada momento, cada dia, cada hora, cada minuto, cada segundo ao seu lado. Não tenho como te agradecer o suficiente por todo o seu apoio a mim na loucura que foi a rotina (ou ausência dela) no internato. Você é ao mesmo tempo o meu porto seguro e a minha melhor aventura. Minha melhor parceria para todo e qualquer momento. Obrigada por cuidar tão bem de mim. Obrigada por me apoiar tanto, em cada conquista ou decisão. Obrigada por ser o meu maior fã e me escolher todos os dias. Obrigada por me fazer voar e continuar sendo casulo. Você é o meu grande prêmio de loteria no amor. E o que nós temos não tem dinheiro algum que compre. Te amo tanto que não cabe em mim, que essa seja só a primeira de outras tantas grandes vitórias que comemoraremos juntos.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresenta uma narrativa crítico-reflexiva da vivência no curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com o objetivo de descrever a jornada pessoal e profissional da autora e seu encontro com um propósito de cuidado humanizado. Essa trajetória motivou a proposição de um projeto de pesquisa em desenvolvimento, no modelo de uma revisão integrativa sobre o Cuidado Centrado na Criança (CCC).

**Palavras-chave:** Medicina, Narrativa Reflexiva, Cuidado Centrado na Criança, UFSCar.

## ABSTRACT

This Final Course Project (TCC) presents a critical-reflective narrative of the author's experience in the medicine course at the Federal University of São Carlos (UFSCar), with the aim of describing her personal and professional journey and her encounter with a purpose of humanised care. This trajectory motivated the proposal of an ongoing research project, based on an integrative review of Child-Centred Care (CCC).

**Keywords:** Medicine, Reflective Narrative, Child-Centred Care, UFSCar.

## SIGLÁRIO

ACIEPE: Atividade Curricular de Integração Ensino, Pesquisa e Extensão  
AVC: Acidente Vascular Cerebral  
CCC: Cuidado Centrado na Criança  
CCF: Cuidado Centrado na Família  
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente  
ENEM: Exame Nacional do Ensino Médio  
ENPE: Ensino Não Presencial Emergencial  
ES: Estação de Simulação  
UE: Unidade de Emergência  
HCFMRP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
PICO: População, Intervenção, Comparação, Outcome (Desfecho)  
PP: Prática Profissional  
SCr: Saúde da Criança  
SISU: Sistema de Seleção Unificada  
SP: Situação-Problema  
SUS: Sistema Único de Saúde  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UFSCar: Universidade Federal de São Carlos  
UFPR: Universidade Federal do Paraná  
USF: Unidade de Saúde da Família  
USE: Unidade Saúde Escola  
USP: Universidade de São Paulo

## 1. O INÍCIO DA JORNADA

Janeiro de 2020. Já seria a transição para o terceiro ano de cursinho consecutivo. *Será que vai dar certo? Ou vou falhar de novo?* Pensava comigo mesma. A ideia de enfrentar mais um ano era angustiante. Estava indo para o cursinho ainda: exausta, exaurida, sem vitalidade alguma no olhar... Ainda iria fazer a segunda fase da Unicamp e da Unesp. Com que energia? A cabeça mal funcionava mais. Já havia corrigido minha prova do ENEM, foi a primeira que havia feito. A pontuação era boa... *Será que a pontuação no TRI vai corresponder? Será que a redação ficou boa o suficiente?* Era inquietante. A todo momento havia alguma aflição passando pela cabeça. *Quando irei finalmente receber um 'sim'? Quando alguma porta se abrirá para mim?* E assim seguia. Tentando me manter na linha depois de tantos “nãos” nos últimos dois anos.

No meio do mês, saíram as pontuações: média geral excelente, nota da redação daria muito jogo. *Ufa... Acho que tem chance.* Nesse segundo ano de cursinho, algo havia mudado dentro de mim: queria a todo custo sair de casa. Já não dava mais tanta importância para a nota da Fuvest ou Unifesp. A mira era Unicamp e, pelo SISU, a opção mais razoável era UFSCar. Longe o suficiente para sair de casa – morávamos em São Paulo –, mas perto o suficiente para conseguir fazer um bate e volta de final de semana – eram 3 horinhas de viagem. *Bora, acho que vai dar.*

Ao final do mês, chegou o tão esperado momento: abertura do SISU. Dias de completa tensão. Primeira opção: UFSCar. Segunda opção: UFPR. A todo momento entrava no sistema, checava a classificação. Os pesos 2 da UFSCar abaixaram minha média geral, não passaria na primeira lista... Já na UFPR, passaria direto. *Mudar de estado sem conhecer ninguém por perto... Estar tão longe da família, com possibilidade limitada de visitas. Será? Não sei se o sul é para mim. Queria tanto UFSCar... Será que a lista roda? Será que chego lá?*

Não passava na primeira lista, mas estava tão perto... Cada dia que passava a classificação subia, mas nunca acima de 40°. E vai atrás de notas e médias anteriores, e vai atrás do quanto rodaram os anos antes, e conversa com pessoas

em fóruns do Facebook... Estava completamente tensa: precisava escolher. Se deixasse a nota da UFPR, passaria direto e não poderia esperar pela nota da UFSCar. Mas iria para tão longe de todos que conheço, mergulharia no completo desconhecido. Se quisesse tentar a chance na UFSCar, precisaria deixar apenas a nota lá e aguardar. Era abrir mão de uma certeza por um talvez.

As segundas fases já tinham passado, estava de “férias”. Mas como relaxar dessa forma? De todo jeito, precisava espairecer. Fomos viajar para a praia. Litoral norte em janeiro, céu aberto, sol queimando a pele, o mar azul lindo à frente, praia lotada, vendedores ambulantes à volta a todo momento, cheirinho de milho, espetinho, bebidas refrescantes... Tentava me divertir, mas a angústia era grande. *Será que vai dar certo? Será que vou jogar mais um ano da minha vida no lixo por enfrentar o talvez?*

Último dia do SISU. O ultimato. Tensão, nervosismo, ansiedade na estrada de volta para São Paulo. Era a decisão que mudaria completamente meu futuro. Parece uma decisão óbvia, né? Pô, se vai sair de casa de qualquer jeito, escolhe o que já está certo, mesmo que seja mais longe. Vai exigir uma adaptação de toda forma. Vendo de fora talvez soasse dessa forma, mas dentro de mim sempre houve algo que sussurrava no meu ouvido de que o meu lugar era na UFSCar. Não sei o porquê. Era um curso mais novo, ainda em construção, eu nem conhecia o método a fundo... Mas saber que não era um curso tradicional também me atraía. Estava exausta de longas aulas que pareciam (e eram) impossíveis de prender a atenção a todo o tempo. Era impossível absorver tanta informação passivamente em tão pouco tempo. Talvez eu não tivesse essa clareza na época, mas tinha essa sensação. E hoje vejo que realmente aquilo não era para mim.

Decidido: Vou arriscar pela UFSCar. Frio na barriga, mas meu coração me dizia que era o certo a ser feito. Ainda iriam sair muitos resultados de grandes universidades, a lista iria rodar.

Manifestação de interesse e a segunda chamada iriam ser presenciais.

E lá vamos nós nos deslocar até São Carlos para conhecer a minha possível nova casa... Rodeamos o campus, enorme, lindo, lotado de áreas verdes... E o frio na barriga seguia. Tensão a todo momento. *Será que vim à toa?* Pensava comigo mesma. Mas dentro de mim já morava algum tipo de acalento de certeza.

E é claro que ao final deu certo, afinal, eu não estaria aqui escrevendo esse trabalho 6 anos depois se não tivesse dado, não é mesmo?

E com sobra ainda. Fui aprovada em segundo lugar na segunda chamada. Já pude conhecer muitos dos meus futuros colegas e amigos, além de alguns veteranos muito queridos. E daí para frente foi só alegria... Tinta no rosto, novos produtos da Medicina UFSCar, muitos papos, muitas brincadeiras e uma nova casa para chamar de minha pelos próximos 6 anos!

Entretanto, contudo, todavia, essa alegria não iria durar muito. Nenhum de nós imaginava que seria assim. Afinal de contas, fui aprovada no final de fevereiro do fatídico ano de 2020...

## 2. CICLO BÁSICO: ISOLAMENTO, INDEPENDÊNCIA, MEDO E INCERTEZAS

*"É na dor que o ser se descobre. Porque  
o que nos dói é o que nos faz ser."*

– Clarice Lispector; *A Paixão Segundo G.H.* (1964)

### 1. 1. A frustração do sonho

Finalmente uma porta se abriu, o “sim” veio. E não podia estar mais feliz. Era perfeito, poderia sair de casa, conquistar minha independência, ter o meu cantinho, mas ainda assim visitar a família com facilidade quando a saudade apertasse. Na semana seguinte da aprovação, após a correria de buscar apartamento, ir atrás de mobiliário e todos esses trâmites, fomos para lá no final de semana, eu e minha mãe. A primeira semana passamos juntas para que ela pudesse receber as entregas dos móveis enquanto eu estivesse fora e me ajudar a organizar as coisas. Foi a semana de ouro, todos com sua bandana de “bixos e bixetes”, como chamamos os calouros, indo para as primeiras atividades de integração, palestras e festas, estabelecendo os primeiros vínculos e relações.

Já travamos nossas primeiras aventuras como conhecer o Restaurante Universitário, conhecer o Departamento de Medicina, ir às festas, aproveitar tudo sempre juntos, andando em “bando”, como costumam fazer os calouros.

Me lembro até hoje de uma das primeiras atividades que tivemos, em que a professora nos questionou: “Como vocês se imaginam daqui 10 anos?”. Engraçado que não me recordo tão bem da minha resposta. Mas me lembro que a perspectiva do que seria a Camila do futuro é completamente distinta da de hoje. É nostálgico recordar e reviver para notar como evoluímos de formas que nem imaginamos. A Camila bixete jamais imaginaria que ela tomaria o rumo que a Camila recém-formada pretende tomar.

Fim da primeira semana de introdução ao curso (e à vida universitária de São Carlos). Na semana seguinte tínhamos o início de fato das atividades letivas. Me

lembro que ao longo desses dias de palestras e festas já tínhamos rumores em relação à situação de um vírus que estava se espalhando pelo mundo... *Ah mas mal chegou aqui, são poucos casos... Acho que não vai se espalhar tanto assim... Acho que não vai chegar tão fácil aqui.* Pensávamos coisas do tipo. Mas de forma exponencial cresciam os casos em São Paulo capital. Ao final da semana, bateram o primeiro martelo: quarentena por 15 dias.

15 dias se tornaram 1 mês. 1 mês virou 2 meses, que viraram 3, 4... Aulas canceladas. Os casos só aumentavam, o número de mortes acompanhava curvas exponenciais. Ligar a televisão era um verdadeiro show de horrores. Precisar sair para qualquer necessidade que fosse, ir ao mercado, farmácia, pegar ônibus para voltar para a família, era sinônimo de medo e ansiedade. *E se eu pegar também? E se eu entrar na estatística e ficar grave? Se acontecer algo comigo, quem vai saber? Quem vai me socorrer?* Esses pensamentos assombravam minha cabeça constantemente. Estava completamente sozinha, com uma casa só minha para aprender a cuidar, longe de todos que conheço, minha família e amigos de São Paulo, em uma cidade em que mal conhecia ninguém. Foi assustador. Mas por muito tempo decidi seguir em São Carlos para conquistar minha independência. Nunca havia gerenciado uma casa, nunca havia feito muitos dos afazeres domésticos que eram necessários para isso. Então enfrentei o medo e segui me conectando com minha nova casa. Sabia que precisava passar por aquilo para não sofrer tanto com a adaptação de aprender a cuidar da casa junto da adaptação ao novo mundo que é uma graduação.

E as aulas? Quando iríamos finalmente começar o nosso tão sonhado curso? Era uma frustração imensa. Na única semana que tivemos de apresentação do curso, nos prometeram prática em cenário real desde o primeiro ano. Esse era o grande diferencial do curso. E então, uma semana depois, sem mais nem menos, nem prática e nem teoria teremos. *Até quando isso? Entramos em um curso da área da saúde, e a crise mundial se dá exatamente por uma questão de saúde. Não podemos ajudar? Não aguentamos mais ficar parados.* Era só o que pensávamos. E dia após dia, reunião após reunião, o início da graduação ia sendo adiado. *Até quando vão esperar a situação "regularizar" para que possamos fazer algo? Não está na hora de se mexer e pensar alguma adaptação dada a gravidade da situação*

*epidemiológica? Façamos a teoria antes da prática então, paciência. Mas não nos deixem perder mais um ano das nossas vidas. Sim, somos jovens, não é o ideal separar a teoria da prática, mas é o que dá para fazer no momento. Situações extremas exigem um contorno fora do ideal muitas vezes.* Essas eram nossas angústias e argumentos nas intermináveis reuniões online de conselhos que participamos para “brigar” por finalmente conseguirmos nossas atividades.

Não, não estávamos confortáveis. Não é porque temos a vaga garantida que queremos um “ano sabático”. Sim, temos medo, mas queremos ajudar se possível. Se não for possível, pelo menos nos dê o que estudar e conhecer sobre a medicina. Nós sonhamos por tantos anos com ela e queremos vivê-la da forma que der. E assim, seguíamos lutando para conseguir nossas aulas.

Nesse meio tempo, tivemos o privilégio de termos algumas docentes que se preocuparam conosco e não quiseram nos deixar de mãos vazias. Ao longo dos meses que estivemos parados, duas docentes que propuseram uma atividade com episódios da série “Atenção Básica” como disparadores para discussões da prática médica no âmbito do SUS e Saúde da Família e Comunidade. Foram momentos riquíssimos que nos trouxeram alguma ideia do que seria a prática nas Unidades de Saúde que estávamos tão ansiosos para fazer parte. Ainda assim, continuávamos com a desilusão de não podermos estar vivendo o que tanto sonhamos viver.

Era cansativo, exaustivo. Acorda, abre a janela, vê a luz do sol apenas por aquele buraco da parede. Arruma a cama, vai fazer café-da-manhã, come, troca de roupa (só a parte de cima), escova os dentes e abre o computador. Encontra o link, entra em reunião, abre a câmera – ou nem isso –, abre o microfone de vez em quando, faz a sua parte, acabou é “tchau, pessoal!”, sai da reunião, acha o outro link, entra em outra reunião e assim vai. O dia inteiro em frente à tela fria, sem contato humano, por vezes sem nem ver o rosto das pessoas, apenas os incontáveis quadradinhos coloridos preenchendo a tela das salas de reuniões. Íamos nos colocando em diferentes ligas acadêmicas, projetos de extensão, ACIEPEs (Atividade Curricular de Integração Ensino, Pesquisa e Extensão), para nos envolver de alguma forma com a universidade e conseguir fazer com que ocupássemos nosso tempo.

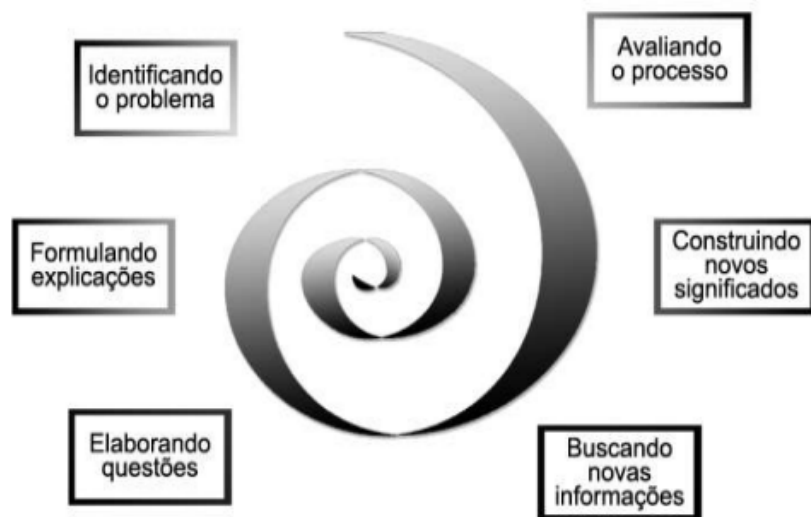
Pelo menos em meio a todo esse emaranhado de dificuldades, a turma ainda conseguiu achar alguma calorosidade por meio das telas: de noite, abríamos novamente alguma sala de reunião, mas dessa vez com uma outra aba em algum jogo online que pudéssemos jogar todos e dar boas risadas. Foi a fuga que encontramos para tornar o peso das incansáveis reuniões que tínhamos durante a semana. E assim pudemos cultivar alguma aproximação pessoal em meio ao isolamento físico, criando boas memórias.

E assim seguimos, por seis meses até o tão esperado (e depois tão temido) ENPE: Ensino Não Presencial Emergencial. Vencemos. Foram seis longos meses de intermináveis reuniões, vendo outras universidades retornarem às atividades como era possível, e sem nenhum horizonte para nós da UFSCar. Mas enfim conseguimos. Em setembro de 2020 pudemos finalmente iniciar o tão esperado curso de medicina. Era apenas online, apenas teórico, não era o ideal, mas era um “cheirinho” do que sonhamos. E lá vamos nós entender como funcionava na pele o método e a divisão de “matérias”... São tantas siglas: SP, ES, PP... Então vou esclarecer a você, leitor.

## **1. 2. Estrutura e funcionamento do curso**

O Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) adota uma abordagem pedagógica construtivista, que se baseia na aprendizagem significativa por meio da integração entre teoria e prática por meio da utilização de metodologias ativas. Nesse sentido, o processo de ensino-aprendizagem é centrado no estudante, pois assumimos uma postura corresponsável na construção de novas capacidades. O professor, por sua vez, atua como um “facilitador”, mediando, estimulando e orientando o desenvolvimento das competências. O aprendizado é desencadeado pelo confronto com situações-problema de saúde-doença que nós futuros médicos iremos encarar na prática profissional, sejam elas reais ou simuladas. Assim, o objetivo final é formar um profissional que construa uma autonomia para continuar aprendendo por toda a vida. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2007).

O processo ensino-aprendizagem nessa abordagem se desenvolve através de movimentos de construção contínua que remetem à lógica da espiral, garantindo a progressão do conhecimento. O aprendizado é desencadeado por situações-problema de saúde-doença, a partir das quais os estudantes devem estabelecer uma discussão. Isso implica, primeiramente, em explicitar suas concepções e conhecimentos prévios, e, em seguida, formular questões e perguntas que guiem a busca por novas informações. Posteriormente, o grupo discute a situação-problema à luz das novas informações trazidas, que foram estudadas baseando-se em fontes consolidadas. Assim, ocorre um movimento de construção de novos significados que integra o conhecimento adquirido com as capacidades anteriores, preparando o estudante para atuar frente a situações de maior complexidade. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2007).



*Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2007.*

Neste modelo de ensino-aprendizagem, durante as etapas de construção de novos significados e avaliação dos processos pudemos nos impactar com a evolução em um curto período de estudos, ao confrontar o conhecimento anterior, muitas vezes genérico e incorreto, ao conhecimento adquirido, que passamos a apresentar com maior profundidade e propriedade. Trata-se, por isso, de um processo que pudemos descobrir ser extremamente efetivo, pois nos faz sair da zona de conforto ao nos forçar a formular hipóteses sobre algo que não dominamos,

com ideias muitas vezes grosseiramente erradas. E assim, após a busca das informações corretas, confrontamos nossos erros anteriores com uma pitada de comicidade e boas risadas, dizendo “*Nossa, não sabíamos nada disso mesmo!*”. E assim encontrávamos conforto de estarmos evoluindo em uma espiral ascendente, cada vez mais acumulando conhecimento.

Nessa estruturação, os elementos disparadores da aprendizagem são as situações-problema de saúde-doença que devem ser enfrentadas na prática profissional. O confronto com essas situações, sejam elas reais ou simuladas, é crucial para garantir uma aprendizagem significativa, articulando as dimensões ética, social, técnica e subjetiva. As situações ocorrem em cenários de ensino-aprendizagem diversos: nos cenários reais, a inserção no mundo do trabalho estimula a formação de vínculo e corresponsabilização com pacientes e equipes; e nos cenários simulados e protegidos, como na Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional (UESPP), o objetivo é permitir que o erro apareça sem a produção de danos e expor todos os estudantes a um conjunto de experiências comuns. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2007).

Cada ciclo é composto por três tipos de Unidades Educacionais (UEs) complementares: a Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional (UESPP), que utiliza cenários protegidos e controlados para a construção de saberes e divide-se em duas frentes: a Situação-Problema (SP), que tem como disparador um caso clínico, e a Estação de Simulação (ES), que tem como disparador uma simulação de atendimento em saúde que é realizada pelos estudantes; a Unidade Educacional de Prática Profissional (UEPP), que promove o confronto direto com a realidade em cenários reais, nas unidades de saúde; e a Unidade Educacional Eletiva, que permite ao estudante escolher uma área de interesse para aprofundamento do conhecimento ao realizar estágios em outras instituições (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2007).

Se expor a esse novo método de construção de um curso foi minimamente desafiador. Vínhamos de uma vida inteira expostos a um modelo de ensino tradicional, que consiste apenas na recepção passiva de conhecimento com aulas puramente expositivas. A sua responsabilidade é aprender a reproduzir

adequadamente um conhecimento dado já “mastigado”, processado. Na metodologia ativa baseada em problemas, nos tornamos corresponsáveis pelo processo de construção do conhecimento ao ter que adotar uma postura constantemente ativa. Como escutamos desde o começo, ter autonomia no aprendizado é adquirir a habilidade de “aprender a aprender”.

Porém, quando somos expostos a apenas um jeito de aprender durante toda a nossa infância e adolescência, ter a responsabilidade de fugir do *status quo* que perdurou por tanto tempo é extremamente desconfortável. Entretanto, após essa adaptação inicial, torna-se engrandecedor. Afinal de contas, como médicos precisamos dominar a habilidade de buscar informações em fontes corretas e aprender de forma autodidata com elas para o resto da nossa vida. Não iremos ter professores para nos dar aulas a cada atualização que sair, não é mesmo? Dessa forma, somos desde o início incumbidos de desenvolver essa habilidade tão primordial para a vida profissional.

### **1. 3. Familiarização com a espiral**

Nesse contexto, no primeiro ano letivo de curso (que durou um tempo menor devido ao atraso da pandemia) se resumiu a uma aventura para desbravar o mundo das formas de adquirir conhecimento e descobrir a melhor forma para mim. Alternando entre resumos à mão, digitados, mapas mentais, desenhos anatômicos, softwares de anatomia, fui testando cada uma das possibilidades que achei que poderiam servir para mim, considerando que sou uma pessoa extremamente visual e sinestésica que precisava aprender anatomia por uma tela de computador. Confesso que não foi nada fácil e era frustrante não poder visitar o tão sonhado laboratório de anatomia, poder ver e pegar peças que não me deixariam nunca mais esquecer de estruturas anatômicas.

No primeiro ano, nossa frente mais teórica, a Situação-Problema (SP) tinha como principal objetivo disparar por casos o estudo dos sistemas do corpo humano. A cada sistema, como respiratório, cardiovascular, osteomuscular, estudávamos pelo menos 4 tópicos: (1) Anatomia, ou seja, como são a forma e a estrutura dos elementos que compõem aquele sistema, inclusive vasos (artérias e veias) que

levam o sangue para eles e a inervação, quando coubesse; (2) Fisiologia, isto é, quais são as funções e como se dá o funcionamento das estruturas daquele sistema; (3) Histologia, que estuda como são as estruturas dos tecidos e células que compõem as estruturas anatômicas, como tecidos e órgãos – é como pegar fatias dos órgãos e vê-los no microscópio; e (4) Embriologia, que traz como se dá o desenvolvimento das estruturas daquele sistema no embrião ao longo da gestação – vemos informações como quando as estruturas aparecem, de que parte do embrião elas vêm –, pois isso muitas vezes influencia na posição anatômica dos órgãos maduros como conhecemos hoje.

Soa complexo, não é mesmo? Porque realmente é... E toda semana tínhamos a missão de dominar essas áreas de cada um dos tantos sistemas presentes no nosso corpo. Era interessante e cansativo ao mesmo tempo. Durante as discussões, os facilitadores iam nos guiando para que trouxéssemos os pontos essenciais de conhecimento dentro de cada tema, e sempre recebíamos um *feedback* caso houvesse alguma “lacuna” de aprendizagem que saltou aos olhos. Se necessário, estudávamos após o fechamento para suprir essas lacunas.

Toda SP apresentava uma ementa com os assuntos obrigatórios de estarem presentes nos estudos, e é assim que nos balizávamos. E parece que sempre faltava algo. Me lembro muito claramente da sensação ser de um discreto desespero, pois cada sistema representava um mundo de informações novas que pareciam de certa forma jogadas, pois não conseguíamos relacioná-las ainda com a prática. Era angustiante: *Meu Deus, são muitas coisas para lembrar... Até onde preciso saber? Quão profundamente devo ir? Será que meu estudo está muito raso? Será que vou me lembrar de tudo isso?* Eram as principais preocupações que tínhamos. Tentávamos confiar na espiral construtivista de aprendizagem, mas ainda ficávamos inseguros.

Hoje vejo o quão natural e necessário é esse tipo de desconforto que tanto nos incomodava. Penso que isso nos ensinou a ter a paciência de confiar no processo e no nosso trabalho. Afinal, um primeiro contato é desafiador e pode ser assustador, o que faz com que muitos fujam ou evitem. Mas nós aprendemos a

enfrentar e confiar no nosso trabalho, pois no futuro vemos que colhemos os frutos da dedicação de ter criado uma boa base.

Não podemos negar, é realmente muito difícil de início. É um processo que exige resiliência, que muitos não têm. Mas hoje vejo como isso contribui para a nossa vida, para a nossa postura ativa e segura em cenários de estágio, que sempre é vista como um diferencial. É sobre a autonomia de dizer “Não sei doutor, mas irei estudar e depois podemos discutir” ou então “Eu não tenho domínio dessa técnica, mas se você me guiar no processo eu faço”. É sobre saber ir atrás do conhecimento e não fugir quando não sabemos algo. É sobre saber que está tudo bem não dominar tudo e que isso deve ser um motor para aprender, e não motivo de vergonha ou de deixar de fazer pelo paciente. É sobre dar a cara a tapa, mesmo com o desconforto das primeiras experiências, pois temos a confiança de que elas nos trarão o aprendizado que precisamos. Na medicina, é só fazendo, colocando a mão na massa que se aprende. E nós sempre estamos lá dispostos a ter as experiências práticas, apesar da insegurança que as primeiras vezes trazem.

No âmbito da Estação de Simulação (ES), a ideia era nos introduzir habilidades básicas que precisávamos ter para realizar atendimentos em saúde, com o desafio de fazer isso de forma remota. As simulações facilmente foram adaptadas para entrevistas online com os pacientes simulados, que apesar de produtivas, ainda perdíamos alguns parâmetros de análise, como a linguagem não verbal do paciente (e os docentes da nossa). E as habilidades de exame? Bom, tivemos oficinas online ensinando a técnica, e como não poderíamos aplicá-las nos pacientes, a solução foi treiná-las em quem estivesse em casa, em isolamento conosco. E lá vamos nós treinar medir a pressão, medir cintura abdominal, fazer ausculta cardíaca e pulmonar, examinar um abdome nos nossos queridos parentes. Acho que nós, calouros da pandemia, devemos ainda mais à nossa família por terem disposto do seu tempo para nos servir de “cobaias” de aprendizado. E sem dúvidas sempre fizeram com paciência e orgulho no olhar de ver seus pequenos médicos nascendo.

Na Prática Profissional (PP) que morava o real desafio – O que fazer na prática online? Sim, a PP deve ter um componente teórico a ser cumprido, porém os

disparadores para isso deveriam vir da nossa vivência nas unidades. Se não estamos lá, o que fazer então? Nos restava estudar sobre temas pré-determinados então: estrutura do SUS, seus princípios e seu funcionamento, os modelos de cuidado que ele propõe, tanto no âmbito ideal quanto o real. Acabamos tendo uma adaptação de disparadores, claro, muitas vezes com episódios de séries ou documentários para iniciarem as discussões.

Ao final, ainda fizemos um trabalho estatístico de coleta de dados sobre a nossa regional de saúde que resultou do que chamamos de “mapa de saúde”. Mesmo sem conhecer o SUS da região de fato, tínhamos que mapear dados que pudessem ser relevantes para o planejamento em saúde da região. Como fazer isso sem nem ter uma vivência real de como o sistema funciona? Por fim, completamos o trabalho com excelência e pudemos discorrer sobre esses dados em diversos aspectos.

Mas ainda seguíamos com a constante sensação de que faltava algo.

#### **1. 4. Adentrando o mundo da Medicina**

No segundo ano letivo, pode-se dizer que tivemos um gostinho maior ainda do que se trata a prática médica. Ainda de forma remota, ainda cansados de apenas olhar a tela do computador o dia inteiro, mas pelo menos havia algum desenvolvimento. Foi a primeira volta da espiral que sentimos.

No âmbito mais teórico da Situação Problema, começamos a nos aventurar pelas doenças mais comuns dos diversos sistemas. O fisiológico que estudamos no ano anterior tornou-se patológico (ou doente), e com isso a fisiologia começou a dialogar com a fisiopatologia, que envolve as alterações das funções normais do corpo por alguma doença. Acho que assim fica claro como a espiral gira, não é? Por exemplo, primeiro estudamos o sistema respiratório em suas funções normais. Após, estudamos na teoria as alterações que ocorrem no caso da infecção por Tuberculose, por exemplo. E então aprendemos a identificar os sintomas que devem nos acender um alerta para uma possível infecção por Tuberculose. E, por fim, estudaremos um pouco do tratamento para essa infecção, entendendo pela

estrutura do agente causador da doença o porquê de usarmos cada remédio para tratar. E assim, a cada vez que temos contato com o tema, vamos construindo mais uma camada de conhecimento e consolidando as anteriores.

Com isso, no segundo ano pudemos ter o gostinho de estudar um pouco na teoria cada uma dessas camadas. Íamos nos sentindo cada vez mais próximos da medicina. Porém, ainda sem a prática clínica, o sentimento é que as informações ficavam um pouco jogadas. Cada doença a ser estudada parecia um universo de informações que não sabíamos até onde ir, até aonde nos aprofundar, e parecia impossível lembrar de tudo aquilo. *Será que meu estudo é suficiente? Acho que preciso filtrar as informações, mas como fazer isso se não sei o que é mais importante? É coisa demais para lembrar. Será que um dia irei saber tudo isso de cabeça? Parece muita “decoreba”.* Eram esses os pensamentos constantes. Sentia como se precisasse ter uma memória de elefante para fazer medicina. Eram tantas doenças, e dentro de cada uma era um universo de informações diferente.

Enquanto isso, na ES, começávamos a realmente pegar o jeito de como realizar um atendimento. A cada simulação íamos perdendo o medo de fazer a entrevista com o paciente (que chamamos de anamnese) sem depender de um roteiro pré-estruturado. Seguíamos nos aprofundando nas técnicas de exame físico de cada sistema (e dá-lhe treino nos familiares como cobaias). Tentávamos nos desenvolver, mas ainda sentíamos falta de algo. Faltava alguém pegando na nossa mão enquanto fazíamos os exames para mostrar o correto. *Será que estou fazendo essa manobra certo? Será que é assim mesmo que se palpa um abdome? Sinto que ainda não peguei o jeito de estruturar um roteiro de exame completo. O que falta? Como melhorar?* Seguíamos cheios de dúvidas e inseguranças constantes. Tentar aprender habilidades práticas sem uma supervisão enquanto realizamos a técnica é frustrante. A sensação era de não estar aprendendo direito.

Quando manifestávamos essas inseguranças aos facilitadores, as respostas eram constantemente semelhantes: “Fiquem calmos, quando vocês virem a pessoa na sua frente e tiver que lidar com a doença que terá um ‘rosto’, colocando a mão na massa para fazer o exame, vocês nunca mais esquecerão o que é preciso saber, como fazer o exame ou os achados alterados”. Tá certo. Mas e quando iríamos ver

a pessoa na nossa frente? Quando teríamos esse contato com o paciente? Nesse ponto já tínhamos completado um ano de pandemia. Já não aguentávamos mais encarar as telas o dia inteiro e ficar confinados em casa. Insistiam em nos dizer que era inviável estarmos em campo prático, mesmo com EPIs. Quando achávamos que o COVID ia nos dar uma trégua, veio a segunda onda da pandemia. Parecia interminável. Então a sensação era constante de que faltava algo para dar nó nos pontos.

Enfim, em meados de agosto/setembro de 2021 chegou o momento tão ansiado desesperadamente por todos: a vacinação em massa contra a COVID-19. Me lembro até hoje da emoção que senti ao tomar a primeira dose da tão esperada vacina. Era sinônimo de cura, de salvação, de liberdade. Sentia orgulho do SUS, sistema que estudando aprendemos a valorizar com tanto carinho. E assim as coisas foram se flexibilizando... E até que enfim! Chegou a hora! Conseguiríamos ter alguma vivência nas unidades de saúde, ter contato com pacientes, e realizar algumas oficinas de técnicas de exame presencialmente.

Tivemos a oportunidade de por algumas semanas ao final do ano letivo acompanhar o cuidado de famílias que eram contempladas pela USF Antenor Garcia, uma unidade na periferia de São Carlos. Tratou-se de uma experiência marcante, tanto por ser a primeira, quanto por termos a dimensão do quanto o cuidado é realmente o que estávamos estudando antes: uma união do biológico, do psicológico e do social, o biopsicossocial. Ficávamos nos perguntando antes de iniciar: *O que faremos se não sabemos suspeitar de doenças, diagnosticar, medicar? De que ajuda seremos para essas pessoas? Mas acreditamos na proposta e fomos de braços abertos acreditando que algum cuidado poderíamos oferecer àquela população.*

Por fim, descobrimos que as questões de adoecimento daqueles núcleos familiares que acompanhamos iam muito além de afecções puramente biológicas dos sistemas do corpo. Vinham de um adoecimento de saúde mental trazido pela sobrecarga do contexto social. Tratar uma lombalgia (dor na lombar) ou enxaqueca com medicamentos de uma mãe solo de 3 filhos não ia curar a constante preocupação que assombravam a cabeça dela de conseguir colocar comida na

mesa e dar o cuidado devido das crianças com uma rede de apoio limitada. Foi um choque de realidade que nos colocou os pés no chão de que realmente cuidar na medicina pode ir muito além de diagnosticar e medicar. Por vezes uma simples escuta já tirava o peso que vivia sobre aquelas pessoas. Realmente pudemos ver que o paciente nunca se resume apenas a uma doença, e o cuidado não deve se resumir em apenas medicar.

E assim encerramos o “ciclo básico”, isto é, os dois primeiros anos da graduação de medicina. Não foi um período fácil, seja pelos sentimentos que a pandemia de COVID-19 trouxe para todos nós, seja pelas lacunas de apoio ao ensino e aprendizagem que o ensino remoto na medicina causou. Foi cansativo, parecia interminável, e a sensação de algo faltando respirava na nossa nuca constantemente. Mas enfim, o tempo passou, e chegamos no tão sonhado “ciclo clínico”. Talvez nós tenhamos sido uma das “gerações” de calouros que mais sonhou com ele, pois ele significava que teríamos não apenas o contato com o paciente (que estávamos tão ansiosos), mas também o retorno ao convívio social, cuja falta reverberou tantas coisas na saúde mental de todos nós.

### 3. CICLO CLÍNICO: CRESCIMENTO NA, ENFIM, VIVÊNCIA DA MEDICINA

*“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”*

– Paulo Freire; *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa* (1996)

#### 3. 1. O retorno ao normal

Na transição para o terceiro ano (início de 2022), após o sucesso da vacinação em massa contra a COVID-19 a flexibilização da pandemia era progressiva e finalmente tivemos a confirmação tão esperada: o curso retornaria com algum componente presencial! *Meu Deus, achei que esse momento nunca fosse chegar! Chegou a nossa vez de viver a medicina!* Era o sentimento coletivo da turma. Na época, talvez tenha sido um sentimento equivalente ao de retorno ao país natal após um exílio, tanto no âmbito da graduação como de todos os aspectos da nossa vida.

Aquilo era sinônimo de retornar a acordar pela manhã e arrumar-se para sair de casa! Voltar a ter uma rotina que envolva se deslocar para a universidade, utilizar as salas do Departamento de Medicina (DMed), conhecer a Unidade de Simulação em Saúde da Prática Profissional de Saúde (USPPS) descer a pé para o Restaurante Universitário, carinhoso “RU”, também conhecido como “bandejão”, andar pelo campus lentamente na caminhada de retorno (e subida!) após o almoço, poder visitar a BCo (Biblioteca Comunitária da UFSCar) para estudar em conjunto, comer delícias dos *food trucks* de trás da BCo nos momentos de intervalo, finalmente viver a vida universitária plenamente.

E assim fomos, nos tornar enfim universitários de verdade!

#### 3. 2. Estrutura do ciclo clínico

O segundo ciclo do curso de medicina, que denominamos “ciclo clínico” apresenta uma mudança importante que justifica seu “apelido”: passamos a ter quatro períodos reservados para a Prática Profissional na semana, isso porque ela se desmembra em 4 grandes áreas: Saúde do Adulto e Idoso (SAI), Saúde da Mulher (SMu), Saúde da Criança (SCr) e Saúde da Família e Comunidade (SFC). Assim, passamos a ter um período integralmente reservado para as experiências práticas de cada uma dessas áreas.

Aliado a isso, a Estação de Simulação (ES) também apresentou essa mesma divisão, para que pudéssemos desenvolver habilidades práticas exigidas por essas áreas dentro de um cenário controlado de simulação de atendimentos. Neste contexto, passamos a quase que toda semana estarmos presentes na Unidade de Simulação da Prática Profissional de Saúde, a USPPS, um prédio construído na universidade inteiramente voltado para simular os ambientes de atendimento em saúde. Nela há salas de atendimento e urgência com todos os aparatos para simular o contexto ambulatorial e hospitalar, uma sala para simulação em centro cirúrgico e até mesmo ambientes para simular o atendimento domiciliar. Tudo para que a simulação seja mais fidedigna à realidade.

Consigo me lembrar da sensação de conhecer pela primeira vez a USPPS. Todos animados, tirando foto na frente do prédio, vislumbrados com toda a infraestrutura que foi construída inteiramente para o nosso aprendizado. Era de tirar fôlego pensar: *Caraca, estou em um curso que tem um prédio com estrutura feita única e exclusivamente para nos preparar para a prática!* O peito já enchia de alegria e orgulho.

### **3. 3. “Pega na mão e vai!” – com o que tem!**

O início do ciclo clínico foi um choque, acredito que duplamente: pela primeira vez iríamos realizar atendimentos de fato, sermos os responsáveis por coletar a história dos pacientes e fazer o exame físico. Isso por si só já é uma grande mudança, visto que no ciclo básico mesmo em condições normais apenas acompanhávamos os atendimentos. Porém, pela pandemia, não tivemos tão fundamentada essa vivência, não é mesmo? Conseguimos apenas fazer alguns

poucos acompanhamentos domiciliares, que carregam alguma semelhança com o atendimento em contexto de unidade de saúde, porém imensas diferenças, principalmente por ter sido por pouco tempo. Não conseguimos ter uma ideia sequer do cuidado longitudinal (contínuo ao longo de um tempo) feito pela Atenção Básica.

Além disso, o contexto da pandemia também prejudicou as nossas negociações de cenários de prática. A nossa possibilidade de estar presentes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), os famosos “postinhos”, do município dependiam de negociação com o município para liberar da presença de alunos com seus professores e/ou preceptores (profissionais que trabalham nessas unidades e ganham um adicional para também nos ensinar quando estivermos lá). E como era esperado, a pandemia acabou com todos esses contratos com a prefeitura, e assim precisávamos reconquistar esse território.

O sistema de saúde estava desmembrado, tudo havia se voltado para a COVID-19, desde os “postinhos” até os hospitais. Um imenso número de pacientes perdera seguimento de suas doenças crônicas durante a pandemia. Quase que todas as USFs perderam grande parte do contato com o seu território de atendimentos domiciliares por conta do isolamento. E nesse contexto de reestruturação do SUS, que não seria simples para as equipes, nós do curso de Medicina da UFSCar precisávamos convencer que os estudantes e professores estariam lá para ajudar, e não atrapalhar. Por isso fomos a “trancos e barrancos” reconquistando a confiança das equipes dos “postinhos”.

Porém, isso ainda nos custou ficar por diversos meses sem cenário de prática, especialmente nas frentes de Saúde da Criança e Saúde da Família e Comunidade. Foram 2 anos de cabo de guerra para conseguir manter ao menos uma ou duas unidades para que a turma de 40 alunos pudesse estar presente, com em média um ou dois períodos de prática na Unidade, quando muito. Passamos meses sem ter prática de fato nessas frentes. A relação com as equipes era frágil, íamos pisando em ovos para continuar a convencê-los de que valia a pena nos ter por lá.

Na Saúde da Criança ainda fomos especialmente prejudicados ao longo desses 2 anos por também uma insuficiência de docentes. Por duas vezes tivemos facilitadoras da SCr que necessitaram de afastamento por condições de saúde e tivemos períodos sem atividade pela ausência de professores substitutos para suprir essa falta. Tanto na prática como na simulação da prática de SCr tivemos uma lacuna importante de carga horária e, portanto, de experiência. Sinto que eu, pessoalmente, já cansada de tantas faltas, acabei inclusive sentindo uma aversão pela área, pois acabou sendo sinônimo de “dor de cabeça” por todos esses problemas por muito tempo.

Ao final do 4º ano ainda tivemos a oportunidade de aprender um pouco sobre Puericultura em um cenário desafiador: ambulatório de neuropediatria na USE, Unidade Saúde Escola da UFSCar, uma unidade de atendimento ambulatorial intermediária à população. A puericultura é o conjunto de ações de saúde exercidas de forma contínua e global, da infância à adolescência, com foco na promoção, prevenção e acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Sendo assim, tínhamos que aprender como fazer essa avaliação do crescimento e desenvolvimento normal das crianças, antes de entender o patológico.

Porém, o único cenário disponível para nós seria um em que obrigatoriamente as crianças já apresentariam um neurodesenvolvimento afetado. Por vezes, eram atendimentos difíceis de realizar. Primeiramente por ser nosso primeiro contato com a semiologia pediátrica, que por si só já é diferenciada e considerada desafiadora. Além disso, eram pacientes neurodivergentes e ainda menos colaborativos, o que exigia um tato refinado. Acredito que por esse “salto”, tratou-se de uma experiência que provocou um imenso desconforto, era uma atividade que nos tirava da zona de conforto constantemente, e fugia do ideal para desenvolvermos as competências que precisávamos no momento. Claro que éramos gratos por ter ao menos algum cenário de prática, mas o desafio constante em cada atendimento e a corrida contra o relógio com um “Plano JK” para aprender o que precisávamos ter visto de puericultura nos 2 anos em poucos meses era de certa forma frustrante. Claramente não daria tempo de aprendermos com qualidade. Mas enfim, nós e o docente que tão bem nos acolheu fizemos o que foi possível

dadas as condições. Mas creio que todo o histórico tenha criado um sentimento coletivo de distanciamento da saúde da criança. Era um território que foi pouquíssimo explorado por nós.

Apesar de todos os percalços, seguimos com 2 anos intensos de aprendizagem prática tanto em cenário real quanto controlado. Sinto que tivemos docentes excelentes que ao mesmo tempo que lamentavam as nossas lacunas de habilidades herdadas da pandemia, correram contra o relógio conosco e nos apoiaram ao máximo durante as atividades para que tivéssemos os hiatos preenchidos. Cada simulação, cada síntese de conhecimento, cada atendimento e discussão foram aproveitadas ao máximo. Não tínhamos tempo a perder, a pandemia já havia nos tirado muito ele. Eles realmente pegaram nas nossas mãos e foi uma relação mútua de confiança e dedicação para correr atrás do prejuízo.

O salto de um ciclo para outro é tão marcante que me recorro até hoje dos tremores, do nervoso e da ansiedade antes de cada simulação. *Será que estudei certo? Será que vai ser muito difícil, vou dar conta? Não sei se farei o exame certo, espero não passar vergonha.* Chegava a ser cômico o quanto nos preocupávamos em errar com um paciente que era fictício, que não se prejudicaria de fato com qualquer lacuna nossa. E mesmo nervosos emergimos nas histórias das simulações. Acertamos, mas também erramos e erramos muito! Aprendemos que faz parte errar, esquecer de algo. As discussões após rendiam boas risadas e frases como *“Agora vocês não vão esquecer nunca mais!”*. E de fato, nunca mais esquecemos.

Mas inesquecível foi o choque que tivemos quando iniciamos na prática da SAI (Saúde do Adulto e Idoso), que meu grupo fez também na USE, cujo volume de pacientes era relativamente maior do que os colegas de outros grupos comentavam que tinham nas unidades. No primeiro dia, era realmente nosso primeiro dia da vida de prática de atendimentos. Chegamos na USE em uma segunda-feira cedo, vislumbrados com o tamanho da unidade, ansiosos positivamente com o que estávamos por vir mas ao mesmo tempo negativamente com um frio na barriga e a sensação de que não saberemos o que fazer quando o paciente estiver na nossa frente.

Por conta disso, acredito que esperávamos alguma orientação, alguma recomendação para seguirmos durante os atendimentos, algum modelo ou algo do tipo. E para nossa surpresa, após chegarmos na sala de reuniões e nos apresentarmos ao professor (nosso querido Dr. Ubiratan), ouvimos a seguinte frase: *“Vamos lá pessoal, bora atender!”*. Gelamos, nos entreolhamos. Devemos ter ficado pálidos naquele momento, pois ele caiu em risadas ao ver nossos rostos apavorados e comentou em um tom desafiador e encorajador ao mesmo tempo algo como *“Vão lá gente, vocês estão aqui para aprender e só se aprende fazendo!”*. Me lembro que a sensação era de ter esquecido tudo que havíamos aprendido até o momento de anamnese e exame físico nas simulações. Aquilo era real, não era mais um ambiente controlado, não sabíamos o que poderia acontecer se errássemos.

Mas acredito que a “casca” que criamos com o método desde o início nos fez não travar no momento. Todos seguimos com nossos atendimentos, e claro que dentro das nossas limitações realizamos boas consultas, e fomos elogiados por pacientes e pelo próprio Dr. Ubiratan. Me lembro desse ocorrido com muito carinho, pois além da comicidade daquela cena, ela representa o início da subida da montanha cujo topo nós mal enxergávamos, e jamais poderíamos imaginar qual seria a sensação de chegar até lá. Hoje vejo o quão alto subimos, pelo simples fato de que habilidades que hoje são corriqueiras e banais um dia pareceram aterrorizantes de serem realizadas.

### **3. 4. Exponencial de crescimento**

Apesar de todos os pesares, de todos os cenários nada ideais, das lacunas que não deveríamos ter, da correria contra o tempo, nós subimos a montanha. Ao final do 3º ano letivo, e ainda mais do 4º ano, era gritante o quanto pudemos evoluir com os conhecimentos teóricos e as habilidades práticas. Com a progressão do ano íamos cada vez mais amarrando os assuntos das Situações Problema (frente teórica) com temas de simulações na ES ou na vida real na PP. Era mágico ver e rever assuntos e perceber como realmente a espiral gira, e de forma ascendente. Era visível como a cada novo contato com um assunto, seja ele no fisiológico ou no

patológico, nós estabelecemos uma relação diferente com ele. Cada passagem pela espiral realmente deixava um tijolinho de conhecimento, e quando voltávamos ao “mesmo ponto” do giro, estávamos na realidade um pouco acima, e a bagagem anterior deixava o aprendizado mais simples e leve.

E assim, pouco a pouco, o sentimento que nos assombrava de insegurança ia sendo substituído pela certeza de que estávamos no caminho certo.

Ao final do ciclo clínico, éramos novos estudantes de medicina. A bagagem de conhecimento teórico e prático adquirida em tão pouco tempo – que foi pouco mesmo, porque o calendário foi condensado – era impressionante. Com a desenvoltura que passamos a ter para coletar histórias, realizar o exame físico, fazer algumas hipóteses diagnósticas e já entender um pouco da lógica de alguns tratamentos, nem se poderia imaginar que no primeiro dia de prática tivemos tanto desespero para realizar essas tarefas, que passaram a ser simples.

O sentimento era realmente de orgulho ao notar essa evolução impressionante, vencendo tantos obstáculos. A curva de aprendizagem foi de fato exponencial. No início dessa subida, jamais imaginávamos o quão alto chegaríamos tão rápido – e também jamais imaginaríamos que não estávamos nem na metade da jornada, cuja subida passaria a ser ainda mais íngreme, nos levando mais e mais alto!

### **3. 5. A admiração pelo cérebro humano**

Em meio a toda essa caminhada, nós estudantes de medicina recebemos constantemente a fatídica pergunta, de professores, colegas e familiares: “*E qual especialidade você vai seguir?*”. Talvez pareça algo singelo, simples de responder, afinal, muitas vezes a resposta terá no máximo 2 a 3 palavras. Mas se trata de uma decisão que guia o rumo das nossas vidas para sempre. Diferentes respostas trazem caminhos completamente distintos.

Antes de iniciar na vida universitária de fato, apenas com uma ideia imaginária da medicina, a minha resposta para essa pergunta baseava-se apenas

na ilustração de uma medicina glamurosa e romantizada. Queria ser cirurgiã cardíaca. Como uma boa fã do seriado *Grey's Anatomy*, sonhava em me tornar como a excepcional Dra. Cristina Yang, cirurgiã cardíaca competentíssima e admirada por muitos. Como as séries nos enganam, não é mesmo?

Bastou passar pelo ciclo básico que pude perceber que na realidade não me afeiçoava tanto assim pela cardiologia. A anatomia é linda, deslumbrante. Até hoje em dia a beleza do coração humano me encanta. Mas estudos de cardiovascular, especialmente da fisiologia, não faziam o meu próprio coração acelerar.

Em algum momento, quem passou a ter esse efeito foi outro protagonista: o cérebro humano. Um órgão complexo e extraordinário em toda e qualquer função que desempenha – e sabemos que não são poucas! Ironicamente, esse órgão sim passou a fazer meu coração bater mais forte.

Essa história de amor começou lá na Liga de Farmacologia, quando fizemos um simpósio de Psicofarmacologia, no qual estudamos sobre diferentes classes de psicofármacos e suas ações no Sistema Nervoso Central. Psicofármacos são como a Sertralina, o Escitalopram, o Clonazepam que você ou sua tia tomam, sabe? Que diminui os sintomas de ansiedade, depressão, insônia... Ou então os remédios para convulsões, transtorno bipolar, transtornos esquizofrênicos, todos medicamentos que agem de alguma forma no cérebro. E foi paixão à primeira vista. A complexidade que para muitos afasta, amedronta, para mim só me aproximava e me admirava mais e mais.

A admiração pelo cérebro humano traz à tona dois pesos de uma mesma balança: psiquiatria e neurologia. Durante o ciclo básico e no início do ciclo clínico, a minha balança pendia mais para o lado da psiquiatria. Passei a achar as mudanças de comportamento e humor dos transtornos psiquiátricos impressionantes, e entender como as medicações agiam para reverter isso é incrível. Acredito também que o contexto de calamidade de saúde mental trazido pela pandemia tenha influenciado e muito nessa afeição à época. Ver como o isolamento deixou todos nós adoecidos mentalmente me fez de certa forma ter vontade de ajudar pessoas com esse tipo de sofrimento.

Ainda assim, me faltava um pouco conhecer o outro lado dessa moeda para tirar a dúvida. Fazia parte da Liga de Neurologia, mas ver as aulas teóricas e poucas práticas na época não seria o suficiente para decidir. Então fui atrás de um estágio eletivo e conheci a Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), da Universidade de São Paulo (USP), em um estágio de emergências neurológicas. Foram 4 semanas de imersão no mundo da neurologia que fariam qualquer um se apaixonar (mas sou suspeita para dizer, não é mesmo?).

Meus olhos brilhavam a cada novo caso identificado e prontamente revertido de AVC (acidente vascular cerebral), que era a principal demanda da UE. Ver os déficits neurológicos aparecendo, entender o mecanismo de cada alteração e após ver a reversão da maioria deles com o tratamento, parecia um passe de mágica. Além disso, a cada discussão de outros casos dos mais diversos, era uma aula de neurofisiologia e neuroanatomia. Foram semanas de muito muito proveito em um ambiente extremamente acadêmico e acolhedor. Me encantei. Nesse momento a balança quase capotou para o lado da neurologia. Parecia resolvido, iria ser neurologista clínica. Era reconhecida pela minha afeição e facilidade com neurologia em todos os grupos.

Pois bem, o destino parecia estar traçado. Mas ainda restava passar pela parte mais esperada e ao mesmo tempo temida da viagem: o internato.

## 4. INTERNATO: RESPONSABILIDADE, DESAFIOS E O DESTINO FINAL

*“A academia não é o paraíso. Mas o aprendizado é um lugar onde o paraíso pode ser criado.”*

*– Bell Hooks; Ensinando a Transgredir: A Educação Como Prática da Liberdade (1994)*

Enfim, chegamos. Nossa reta final. A verdadeira imersão na medicina. No internato, o 5º e 6º anos letivos do curso, finalmente temos um constante contato com a Prática Profissional. Puramente mão na massa. O momento de ganhar alguma experiência antes de sermos nós com o CRM na mão.

### 4. 1. Estrutura do internato

O internato no curso de Medicina da UFSCar é dividido em 5 estágios com duração de 7 semanas cada um ao longo do ano letivo. Mutuamente no 5º e 6º ano apresentamos 4 grandes áreas de estágio: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria. O 5º estágio se difere por ano, sendo no 5º ano letivo o de Saúde da Família e Comunidade, que frequentamos “postinhos” na Atenção Básica e temos algum contato com Saúde Mental tanto nos CAPS quanto nas internações hospitalares no HU. Já no 6º ano, o 5º estágio trata-se de um estágio de ambulatorios, no qual acompanhamos durante essas 7 semanas diversos ambulatorios de especialidades, tanto clínicas quanto algumas pediátricas.

Em todos esses estágios, estamos inseridos diariamente na atenção hospitalar, dentro do Hospital Universitário (HU) da UFSCar, da Santa Casa de São Carlos e da Maternidade da Santa Casa de São Carlos. Nestes cenários, somos constantemente expostos ao contato direto com paciente, seja no cuidado ambulatorial (consultas), de internação, na urgência (Pronto Atendimento) ou auxiliando em cirurgias.

Quando não estamos em cenários de prática, estamos em atividades para adquirirmos bagagem teórica para atuar corretamente nestes serviços. Tudo gira em

torno do ato médico, de saber o que fazer e o que não fazer, e como fazer. Com isso, estamos constantemente em contato com médicos mais experientes, desde docentes do curso até residentes das especialidades e chefes que se tornam preceptores, ou seja, profissionais chefes de alguma especialidade do serviço que orientam, supervisionam e ensinam tanto nós alunos quanto os residentes. Além disso, frequentemente somos apoiados pela equipe de enfermagem, especialmente técnicos, que nos auxiliam em diversas funções do dia a dia. Em bons cenários, também temos o privilégio de ter contato com a equipe multiprofissional do serviço, composta por fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e inclusive o serviço social. Todos têm algo a nos ensinar. E são eles a bússola que nos guia em meio ao caos do ambiente físico e intelectual completamente desconhecido de cada serviço e especialidade.

#### **4. 2. Compromisso e desenvolvimento**

O caminho de adquirir experiência na profissão traz a outra face da moeda: a responsabilidade. Se você irá aprender a cuidar da saúde das pessoas, você deve ter consciência de que você tem a obrigação de ofertar o melhor cuidado àquela pessoa que está na sua frente. Claro que a todo momento nos estágios somos supervisionados por profissionais experientes, mas constantemente somos lembrados que devemos ter esse compromisso com cada paciente nosso. Por isso somos instigados a estudar, estudar, estudar e estudar cada vez mais para que possamos garantir isso. Não, nós nunca saberemos de tudo. Mas quanto mais estudarmos e formos atrás, mais estará garantida a qualidade da nossa prática médica.

Estar de frente a essa responsabilidade é ter a consciência de que por vezes o melhor a ser feito é reconhecer e admitir que você não sabe algo, seja para o preceptor ou docente quanto para o próprio paciente, e afirmá-los que irá estudar para ofertar o seu melhor. Se nos deixarmos levar pelo nosso ego, que não gosta de ser ferido, fechamos os olhos para esse dever e podemos tomar condutas que têm consequências deletérias, inclusive fatais. Colocar o ego acima da responsabilidade é ferir o nosso propósito na medicina, incluído no juramento que tão logo faremos, o juramento de Hipócrates, nosso guia ético da profissão: *“Aplicarei os regimes para o*

*bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”.*

Precisamos saber o que fazer para ajudar o doente. E muitas vezes não saber é angustiante exatamente pela consciência dessa responsabilidade. Se tomarmos uma decisão terapêutica errada, isso pode custar a vida de alguém. E ninguém te conta o quanto isso vai te afligir até que você sinta na pele. Principalmente porque por diversas vezes a prática traz mais incertezas do que certezas. A medicina não é uma ciência exata. As pessoas não são todas iguais. Duas pessoas com uma mesma doença podem ter quadros completamente distintos. Se tem uma coisa que aprendemos no internato é que na medicina nada é nunca, e nada é sempre. É um eterno talvez. Um talvez que pode te assombrar por dias e noites à fio. E por vezes, como se não pudesse piorar, quando há a certeza, ela vem acompanhada da sensação de impotência. Tem diagnósticos que, quando finalmente batemos o martelo, não nos traz uma perspectiva de cura. E eu não julgo dizer o que é mais doloroso: perder um paciente pelo talvez ou pela certeza.

Vejo que esse é o principal desafio do internato: lidar com a dicotomia entre encantar-se com a expansão do seu conhecimento e amedrontar-se porque quanto mais ele aumenta, mas você sabe como as coisas funcionam, mais você sabe o que pode dar errado. E assim, mais você recebe e sente o peso de cada conduta que você toma. Não, não é uma experiência inteiramente linda e regada a flores, e eu também não acho que deva ser. A vida real não é um jardim, ela é uma selva que ao mesmo tempo que tem vegetações maravilhosas, há espinhos escondidos que irão te machucar. Se vivermos eternamente confinados em um jardim, nunca veremos as lindas imagens que a selva nos traz. E ao caminhar pela selva, após esbarrar pela primeira vez em cada tipo de espinho, você vai aprendendo a caminhar a tempo para se blindar de novos acidentes doloridos. Mais do que isso, você aprende na selva que há coisas externas a você que você não pode controlar. Você pode tomar todo o cuidado do mundo para pisar em espinhos, e eventualmente dar de cara com uma cobra que irá lhe picar. É inevitável, você não tinha como tirar a cobra dali para que aquele encontro não aconteça. Mas pode controlar a situação para que talvez você e ela não se confrontem. Esse tipo de experiência o seu jardim fechado jamais lhe daria.

Dito isso, a exposição que temos no internato traz uma mistura de sentimentos que forma o nosso caráter como profissionais. E é esse sentimento vivo na pele que acaba sendo nosso motor para nos dedicarmos ao máximo em cada conversa, cada anamnese, cada exame físico, cada estudo e cada procedimento. Pode ser amedrontador ser responsável pela saúde de alguém, mas ao mesmo tempo gratificante entregar o seu melhor e receber em troca o carinho dos pacientes. Tem momentos, frases e ações de retribuições das pessoas cuidadas por nós que são impagáveis. É isso o que nos faz querer continuar e sermos cada vez melhores.

E em meio a esse emaranhado de sentimentos ainda nos deparamos com a nossa infinita ignorância. De início, a sensação era de que não sabemos nada de medicina, mesmo depois de 4 árduos anos de estudos. Cada estágio traz um mundo de conteúdos e habilidades que nós nem sonhávamos em ter antes de pisar naquele cenário. É uma eterna sensação de “Eu sou uma completa ignorante”. E então a responsabilidade com nossos atuais e futuros pacientes vai nos guiando para aumentarmos cada vez mais o nosso horizonte de conhecimentos.

Te afirmo, querido leitor, que essa sensação não nos deixa em momento algum. Não acabou nesse momento que estou escrevendo esse texto, nos 45 minutos do segundo tempo da graduação, não terá sumido quando esse texto estiver exposto para você ler, e talvez nunca desapareça. Eu sinceramente acredito e espero que esse seja o caso. Já mais de uma vez tivemos preceptores que nos disseram *“No dia que eu tiver certeza de tudo que falo e achar que já sei de tudo, por favor me aposentem da medicina”*. Sim, a sensação de não saber nos traz insegurança, e é essa insegurança que nos protege de não sermos ignorantes errantes tomando ações sem temer as consequências. Sim, a sensação de não saber pode nos assombrar, só não pode nos paralisar. Ela deve nos motivar. Nem sempre é fácil lidar com isso, mas é melhor que ela esteja presente do que não esteja.

Quando quase me paraliso com isso, gosto de pensar sobre o Efeito Dunning-Kruger: um fenômeno que ocorre quando pessoas com pouca habilidade

em uma área superestimam seu conhecimento, enquanto pessoas altamente competentes tendem a subestimar suas habilidades. Essa falha de autopercepção ocorre porque a incompetência impede a pessoa de reconhecer sua própria ignorância, levando-a a uma confiança exagerada, enquanto o conhecimento aprofundado revela a complexidade do assunto e a vasta quantidade de conhecimento que ainda falta (DUNNING; KRUGER, 1999). Assim, me conforto na ideia de que se tenho a sensação de que não sei, é porque tenho algum conhecimento que me permita também reconhecer a falta dele. O internato é uma constante briga com essa sensação.

Apesar desses tantos desafios emocionais e a sobrecarga teórica que recebemos, é sem dúvidas o melhor ciclo do curso. Em paralelo a esse conflito de sentimentos, existe uma satisfação enorme em irmos cada vez mais perdendo a postura dos estudantes e adquirindo a postura de profissionais, médicos que tomam decisões nos casos. Afinal, isso é o que sempre sonhamos em ser. Notar a evolução a cada estágio é satisfatório de uma forma que é indescritível de descrever.

Se no ciclo clínico nossa curva de desenvolvimento é exponencial, eu diria que no internato ela é praticamente vertical. No ínfimo intervalo de tempo de 7 semanas recebemos uma bagagem absurda de cada especialidade que conhecemos. Cada uma é praticamente um mundo à parte no universo que é a medicina, e em 7 semanas precisamos absorver o máximo de conhecimento que os profissionais daquela área acumularam ao longo de diversos anos de prática. E nos tornamos verdadeiras esponjas vivas, porque realmente conseguimos adquirir alguma boa noção de cada um desses mundos. É extremamente gratificante ver como em tão pouco tempo nos fortalecemos tão bem em noções básicas que são essenciais para todo e qualquer médico.

E é claro que devemos grande parte dessa evolução quase que (positivamente) monstruosa pelos excelentes profissionais que nos dão todo o apoio nesta trajetória. Nós só conseguimos aproveitar com tanta eficiência nossa passagem pela selva que é cada nova especialidade que temos contato porque eles desbravaram o caminho antes e foram abrindo as matas, criando um caminho

demarcado que nos permite ir direto ao ponto. E muitos deles fazem isso pelo puro amor em ensinar. Sabemos que dá trabalho explicar coisas que acabam se tornando óbvias, ou então condensar conhecimentos de anos em poucos minutos ou poucas horas, e muitos deles fazem isso com um imenso carinho e preocupação de que nos tornemos bons médicos. Claro, não sejamos idealistas, não são todos que cruzam nosso caminho que são assim – quem dera fosse o caso! Por vezes temos contato com exemplos de profissionais que não devemos ser um dia. Mas a beleza está no fato de que os bons nos ensinam tanto e tão bem, que passamos a saber identificar os maus. Para mim, esse tornou-se o principal sinal de que estivemos em boas mãos ao longo desses dois anos de internato.

E para amarrar toda essa reflexão, resgato duas citações que já expus anteriormente neste trabalho:

*“A academia não é o paraíso. Mas o aprendizado é um lugar onde o paraíso pode ser criado.”*

*– Bell Hooks; Ensinando a Transgredir: A Educação Como Prática da Liberdade (1994)*

*“Se eu vi mais longe, foi por estar sobre os ombros de gigantes.”*

*– Isaac Newton*

Elas explicam tudo, porque se o aprendizado acadêmico se tornou um paraíso, foi porque estivemos sobre o ombro de gigantes que nos permitiram enxergar cada vez mais e mais longe.

#### **4. 3. A reviravolta no caminho**

Em meio a essa turbulenta e gratificante jornada do internato, ocorreu um grande recálculo da rota.

Lembram como o destino dessa grande aventura parecia estar traçado pela neurologia? Pois bem. Você já pode imaginar que isso acabou não sendo tão certo assim – até porque, você leitor já deve conhecer o meu novo rumo.

No 5º ano letivo, tudo corria bem quando passamos pelos dois primeiros estágios: Cirurgia e Clínica Médica. Como todo bom interno de medicina, a cada estágio ficávamos de certa forma vislumbrados por aquela área de conhecimento, é claro, o desconhecido pode ser muito instigante. No estágio de cirurgia ficamos felizes com o mínimo procedimento que podemos fazer ou com a cirurgia mais simples que temos a oportunidade de acompanhar. No estágio da clínica, nos apaixonamos pela complexidade do raciocínio clínico e das diferentes abordagens ao paciente. E assim seguimos com nossa inocente empolgação de quem descobre as coisas pela primeira vez.

E então chegamos no fatídico estágio: Pediatria. O primeiro sentimento era de insegurança, pois sabíamos da imensa lacuna que carregamos de um ciclo clínico com poucas experiências na prática pediátrica, que é retratada como algo tão complexo. Além disso, todas as dores de cabeça que tivemos para brigar por cenários de estágio haviam deixado uma bagagem de sentimento de certa aversão pela área. Fatídicos os dias que chegamos a nos referir à área como “Pediatriste” – mal sabia eu o que me aguardava.

Não posso dizer que não foi difícil. Além de adquirir as habilidades e competências que nos cabiam desenvolver nesse ciclo, tivemos que suprir faltas anteriores. Foi realmente um plano JK: além de aprender as tantas condições patológicas que tivemos contato, tínhamos também que reforçar habilidades básicas de coleta de história e exame físico ou conceitos fisiológicos na Puericultura que não havíamos desenvolvido. Mas, de forma surpreendente, não foi um estágio desagradável como imaginei que fosse ser. Dia após dia a ideia de repulsão que havia se agarrado em mim ia se esvaindo e me via cada vez mais alegre em estar naquele cenário.

Apesar dos tantos desafios pedagógicos, foi um dos poucos estágios que praticamente não houve dias que ao acordar eu pensasse duas vezes se valeria a pena sair da cama. A grande influência nisso sem dúvida foi a qualidade técnica e a calorosidade de praticamente todos os profissionais que cruzaram nosso caminho nos diversos cenários de ensino. Desde a equipe médica, de residentes e preceptores até toda a equipe multiprofissional nos receberam e nos acolheram tão

bem. Para além disso, tivemos o privilégio de sermos quase que enfeitiçados pelas duas docentes que hoje são meus maiores exemplos: Cristina Ortiz e Renata Castro. Elas nos mostraram que o cuidado com os pequenos não é um bicho de sete cabeças que muitos pintam por aí, nos ensinaram uma pediatria que é bela e inspiradora. Até aí tudo bem, toda área que passamos tinham profissionais que podem nos inspirar e toda nova aventura nos causava certa empolgação.

Mas daquela vez era diferente. Eu não queria admitir para mim mesma, mas naquelas 7 semanas uma sementinha foi plantada dentro de mim e foi crescendo a cada dia, a cada novo contato com cada paciente. Deveria ser óbvio, porque muitos já reconheciam e comentavam a minha vocação para a área: meus amigos, as residentes, preceptores. Mas mais importante do que isso, o que mais mexia comigo era cada momento em que o familiar de algum paciente me dizia a fatídica frase: *Nossa, você leva jeito com criança!*

Até aí também tudo bem, nem todo mundo que se dá bem com crianças escolhe fazer pediatria, não é mesmo? Era só uma habilidade que adquiri, pensava na época. Mas sorrateiramente o amor pelo cuidado dos pequenos foi invadindo o meu coração. Era inegável o quão natural se tornou para mim interagir com os pequenos de uma forma que os fizessem se sentirem vistos, compreendidos e bem cuidados, e não amedrontados. Uma preceptora extremamente querida por quem desenvolvi uma afeição enorme me dizia quase que toda semana que eu nasci para ser pediatra. Até o final do estágio eu neguei, até porque na minha cabeça era apenas mais uma empolgação de interno com o estágio! Mas confesso que o “Será?” já estava batucando na minha mente.

Fim de estágio, seguimos para o próximo: Saúde da Família e Comunidade (SFC). Nesse cenário eu e minha dupla tivemos uma vivência intensa na USF Água Vermelha, um “postinho” em um distrito da zona rural de São Carlos. Mas de postinho não tinha nada. Pela distância da cidade, a unidade funcionava praticamente como uma UPA com atendimentos de demanda espontânea diariamente. Com isso, adquirimos muita e muita experiência nestes tipos de atendimentos, ainda com uma pegada da SFC: atendendo famílias e, portanto, pacientes de 0 a 99 anos! E foi diante desse cenário tão diverso que eu confirmei o

que eu nunca esperei: a minha verdadeira alegria era em atender as crianças. É claro que em cada atendimento entreguei o máximo de mim a cada paciente que se sentava na cadeira à minha frente, mas a sensação de interagir com os pequenos trazia uma felicidade sem tamanho. Era uma rotina intensa e cansativa, e todo profissional da área da saúde sabe como um grande volume de atendimentos pode nos drenar energia. Porém, eu sentia que cada contato com os pacientinhos pediátricos me recarregavam as energias para continuar. É, não tinha para onde fugir... Sai da fase da negação e decidi: Meu lugar era mesmo na pediatria!

Um acontecimento cômico e marcante ocorreu nesse processo de recalculando a rota. Nunca é fácil fazer esse movimento, ainda mais quando ele envolve uma decisão que irá mudar completamente o rumo da sua vida. Decidir pela pediatria significaria ter que explorar novamente as minhas possibilidades de carreira, descobrir o que me aguardava nesse novo mundo que me cativou. Por isso, algum reforço externo sempre é bem vindo. No estágio da SFC, mencionei a você leitor que também tínhamos os CAPS como cenário de prática, inclusive o CAPS IJ (infanto-juvenil). Nesse serviço, tive o prazer de continuar em contato com a preceptora que tanto insistiu que eu tinha a vocação para a pediatria. No fatídico dia em que fui conversar com ela que estava considerando realmente ir para a área, conversávamos na recepção do CAPS IJ, perto da porta. No meio da conversa, uma paciente que deveria ter os seus 5-6 anos passou pela porta, despreendeu sua mão da mão de sua mãe e veio correndo na minha direção me dar um abraço. Eu nunca havia visto aquela criança na vida. Era uma menina autista, que a preceptora comentou que não fazia contato físico com tanta facilidade com pessoas. E não, eu não me parecia com nenhuma outra profissional do CAPS que ela poderia ter me confundido. E então, a doutora soltou a seguinte frase: *“Se isso não é um sinal de confirmação para você, eu não sei o que mais pode ser!”*.

Entendi esse evento como realmente a confirmação – talvez divina – de que a sementinha que crescia no meu coração deveria ser semeada. Era inevitável, meu propósito na medicina era cuidar dos nossos pequenos.

Talvez esse recálculo de rota pareça desconexo com o destino anterior. Mas hoje vejo que nem tanto. A paixão pelo cérebro não ficou de lado, apenas ganhou um recorte: o cérebro em evolução!

E para além de escolher a pediatria, eu escolhi um modelo de cuidado que não é qualquer profissional que tem – infelizmente. E esse ponto dialoga com meu projeto de pesquisa em andamento. Discorrerei mais sobre isso nos tópicos a seguir.

## 5. CUIDADO CENTRADO NA CRIANÇA: UMA PROPOSTA DE MODELO DE CUIDADO E UM PROPÓSITO DE VIDA

### 5. 1. Por que o Cuidado Centrado na Criança?

Decidido: escolhi pela pediatria. Mas assim como em todas as áreas, há coisas que vemos que nos incomodam e sentimos não ser o certo a ser feito na prática. Se tem uma coisa que nossas queridas docentes nos ensinaram além da teoria foi que uma boa prática pediátrica deve ter um olhar voltado para a criança. Não são os pais que são o paciente, e sim a criança. E isso sempre fez muito sentido para mim, sentia que era natural enxergar a criança como o foco do cuidado.

Porém, constantemente via que isso não ocorria em grande parte das interações que víamos entre profissionais e os pacientes e acompanhantes. Não digo isso com uma forma de denunciar más práticas de cuidado em saúde, muito pelo contrário, especialmente no HU a assistência com os pequenos é cuidadosa e busca ser acolhedora. Mas tinha algo muito normalizado e talvez sutil que me trazia um constante incômodo: muitas vezes, no cuidado da criança, a atenção era mais voltada para os pais do que para a criança.

Vai realizar uma consulta, se refere apenas com os pais para fazer perguntas sobre a história. Ia fazer o exame, avisa apenas a mãe ou o pai que vai examinar. Vai realizar algum procedimento, informa apenas os pais como ele irá ocorrer – e pior, ainda pede para segurarem a criança. Necessita tomar alguma decisão no tratamento, informa apenas os pais e considera a opinião apenas deles. Vai dar alguma orientação ou informação em saúde, e se refere apenas aos pais. Diante disso, ecoava na minha cabeça constantemente: *E cadê a participação criança nisso tudo?* Não que os pais não tenham que ter participação no cuidado, claramente devem. Mas ter isso às custas de apagar completamente a criança não fazia sentido para mim.

Em um certo dia então, determinada a conquistar um projeto de pesquisa, marquei um café com minha querida docente Cristina Ortiz. Sempre tive vontade de

me dedicar à pesquisa de alguma forma, mas nunca quis fazer isso apenas pelas publicações. Sentia que deveria ter um projeto que fizesse sentido para mim. E com minha recém-descoberta pelo amor à pediatria, sabia que ela seria a pessoa certa para me ajudar a construir isso e me guiar nesse novo caminho.

Papo vai e papo vem, após muitos assuntos, mencionei minha vontade de ter um projeto de pesquisa e questionei se ela teria a disponibilidade de me orientar, em um projeto que nem teria a necessidade de ser submetido para recebimento de bolsa. Para minha alegria ela aceitou. Até aquele momento eu não tinha ideia alguma do assunto que teria nosso projeto, só tinha muita vontade de criar um. Então ela foi mencionando algumas de suas áreas de pesquisa prévias, que giram em torno exatamente da empatia com o paciente pediátrico. Ela me perguntou se teria algo dentro dos temas mencionados que eu simpatizasse, pois o projeto deveria ter a minha cara nele. Num impulso, mencionei: *“Dentro dessa questão da empatia, uma coisa que me incomoda muito é que as pessoas estão lá para cuidar da criança e parece que nem olham para ela. Só falam com os pais e ela fica de lado”*. Bingo! Em uma fração de segundo o tema do projeto estava decidido e ela me ajudou a dar nome aos bois: construiremos um projeto de pesquisa sobre o Cuidado Centrado na Criança!

## **5. 2. O Cuidado Centrado na Criança: uma revisão da literatura**

O cuidado em saúde na pediatria tem aspectos singulares que levam em consideração as particularidades do paciente criança. O tamanho corporal, o grau de entendimento, a capacidade de se expressar verbalmente, são alguns aspectos que se modificam na medida em que a idade cronológica avança, conferindo diferenças nas capacidades da criança, incluindo a capacidade de participar das decisões que lhes dizem respeito (Eler, 2022).

Ao longo dos anos, a criança vem sendo tratada de forma passiva e subserviente, sendo suas vontades e preferências pouco consideradas (Kennedy, 2001). Esta desconsideração conflita com o que diz a Convenção dos Direitos da Criança de 1989, que reconhece a criança como membro importante da sociedade, sendo detentora de direitos, valor intrínseco e autonomia pessoal, o que coaduna

com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, cuja sanção inaugurou no Brasil uma nova concepção legislativa da criança, rejeitando o ideal paternalista prévio de que ela seja um objeto de proteção de seus pais e do Estado (Eler et al., 2022). Quando a criança se encontra sob cuidados em saúde, na posição de paciente, somente um modelo de cuidado que a coloque no centro desse cuidado pode assegurar integralmente estes direitos.

O modelo de cuidado em saúde centrado no paciente deve ser desenvolvido levando em consideração essas particularidades da população pediátrica. O cuidado centrado na criança (CCC) é uma abordagem que coloca a criança, enquanto paciente, como foco principal no planejamento e nos cuidados em saúde, reconhecendo-a como um agente social ativo com direitos próprios (Carter et al., 2024). Esse modelo de cuidado busca dar voz à criança para que ela tenha sua participação em decisões relacionadas à sua saúde, levando em consideração sua perspectiva única, que pode ser diferente dos seus pais ou cuidadores (Coyne et al., 2018). Trata-se de uma abordagem que busca o equilíbrio entre as necessidades individuais da criança e de seu núcleo familiar, por meio do reconhecimento da competência e da autonomia do paciente pediátrico em seu cuidado (Coyne et al., 2018).

Os direitos da criança estabelecidos pelas Nações Unidas enfatizam o melhor interesse da criança como norteador das decisões que a afetam (UNICEF et al., 2013). Esses direitos envolvem o acesso à informação e a oportunidade da criança ser ouvida para que esse melhor interesse seja acessado e levado como consideração primordial para a tomada de decisões que a afetam, direta ou indiretamente (UNICEF et al., 2013). No que tange o direito da criança à saúde, é estabelecido que, em situações de decisão sobre tratamento para qualquer condição, a criança deve receber informações adequadas para sua compreensão sobre a situação, incluindo todos os benefícios e possíveis riscos de cada intervenção, participando ativamente das decisões, considerando sua autonomia progressiva (UNICEF et al., 2013). Isto posto, a criança deve ser encorajada a expressar a sua opinião sobre a decisão para que esta seja levada em consideração, com base na sua idade e maturidade, e o seu consentimento deve ser solicitado sempre que cabível (UNICEF et al., 2013). Entretanto, o que é visto

diariamente nos cuidados em saúde dessa faixa etária não é o que é proposto pela Convenção de Direitos da Criança.

Atualmente, o modelo vigente na prática pediátrica é o cuidado centrado na família (CCF), cujo princípio é a família como unidade de cuidado, tendo em vista a necessidade da criança ser abordada dentro de seu contexto familiar (Carter et al., 2024). Nesse modelo, a atenção à saúde é desenvolvida por meio de uma parceria entre os profissionais da saúde, a criança e sua família, considerando os membros familiares como os especialistas em suas próprias necessidades e reconhecendo seus conhecimentos e experiências (Coyne et al., 2018). O Comitê de Cuidado Hospitalar da Academia Americana de Pediatria (2012) coloca que a participação da família na definição do plano de tratamento contribui para a construção das relações de confiança e, por consequência, leva a melhores resultados no cuidado em saúde. É importante reconhecer que este modelo foi um avanço ao longo do tempo, no sentido de desviar o foco do cuidado dos profissionais para a família. Entretanto, estão emergindo críticas a esse modelo, pois a dominância dos pais e profissionais de saúde constrói uma assimetria em relação à criança, tirando-a do foco do cuidado e colocando-a em um papel passivo e menos proeminente nos cuidados (Coyne et al., 2016).

Embora o cuidado centrado na família (CCF) e o cuidado centrado na criança (CCC) compartilhem, *a priori*, o objetivo de melhorar a experiência nos cuidados em saúde, a discrepância nos papéis dos participantes envolvidos nesse processo e suas prioridades merece atenção (Carter et al., 2024). O CCC coloca o paciente pediátrico no centro das decisões, portanto ele é visto como agente social dos seus próprios direitos, destacando sua autonomia e incentivando a sua participação ativa sempre que possível. Já o CCF privilegia a visão dos familiares como os principais responsáveis pela saúde infantil, independente da visão da criança, que pode ser diferente ou até mesmo contrária (Coyne et al., 2018).

Carter et al. (2024) trazem que a abordagem centrada na família se tornou essencialmente orientada pelos pais e, muito frequentemente, pelo envolvimento materno nas decisões. Tendo isso em vista, Eler et al. (2023) explicitam que o CCC traz o reconhecimento de que as necessidades da criança podem diferir daquelas

dos pais. Por isso ele surge como uma resposta à problemática atual para tentar equilibrar a relação entre criança, família e profissionais de saúde, porém posicionando a criança como protagonista do seu cuidado e promovendo sua autonomia, reconhecendo, portanto, os direitos básicos dela. Apesar do CCF ter um papel histórico no fortalecimento da família nos cuidados pediátricos, o que foi uma evolução muito importante do cuidado, ele frequentemente negligencia o direito da criança à participação ativa em seu cuidado (Eler et al.; 2023). Portanto, ambos os modelos são essenciais em contextos diferentes, e a emergência do CCC visa garantir que a criança obtenha seus direitos enquanto paciente.

A centralização da criança no cuidado em saúde deve envolver uma atenção especial para a experiência durante a internação. A hospitalização é um desafio tanto físico quanto emocional para o paciente pediátrico, visto que ele é retirado de seus ambientes, companhias e afazeres diários, sentindo-se isolado e perdendo o controle sobre suas atividades, além de ser exposto a dor, procedimentos invasivos e imobilidade, fatores todos esses sendo fontes importantes de estresse e ansiedade (Demirbağ, S. e Ergin, D., 2024). De acordo com Bronfenbrenner (1979), a criança está no centro de um modelo ecológico no qual mantém interações constantes com diversos sistemas ao seu redor, e o caráter dessas relações afeta sua saúde. No contexto da internação, o adoecimento leva a uma perturbação desse modelo que pode impactar no seu bem-estar, crescimento e desenvolvimento (Ford et al., 2018). Além disso, a hospitalização representa para ela uma experiência dicotômica, na qual o seu microssistema de interação constante e conhecido – a família – representa a saúde, e está constantemente em oposição ao seu novo exossistema, o ambiente hospitalar e a equipe de saúde, que representam a doença, a falta de autonomia e a separação da vida diária (Sillero Sillero et al., 2024).

Um cuidado efetivo deve ser voltado para construir uma ponte efetiva entre esses dois mundos, já que a interrupção da rotina agride o mundo lúdico da criança (Lima et al., 2020). Por meio do CCC é possível realizar essa integração de forma agradável, proporcionando uma boa experiência do cuidado para a criança como paciente, cuja base é a construção de vínculo para que haja um diálogo direto e ela expresse suas necessidades e demandas (Lima et al., 2020). Através da

centralização do cuidado na criança é possível personalizar sua experiência durante a hospitalização, possibilitando o seu principal mecanismo de enfrentamento: o brincar. As crianças usam o brincar como mecanismo de enfrentamento, pois nele a fantasia e a realidade coexistem e assim é criado um espaço de transição, que lhe transmite conforto e segurança. Desta forma, o brincar da criança hospitalizada é uma estratégia terapêutica (Demirbağ, S. e Ergin, D., 2024).

Somado a isso, é demonstrado que a criança está constantemente avaliando criticamente os cuidados prestados a ela pela equipe de saúde, por isso o caráter da comunicação em toda a experiência impacta neste vínculo (Lima et al., 2020). Tendo isso em vista, é crucial que os profissionais tenham o cuidado em efetivar o pilar da comunicação com a criança, visto que é comprovado que as suas habilidades de enfrentamento melhoram quando há um relacionamento positivo entre ela e a equipe (Demirbağ, S. e Ergin, D., 2024). Sendo assim, uma boa experiência do cuidado vivenciada pela criança como paciente em internação, só é possível quando ela é colocada no centro do cuidado em saúde.

### **5. 3. Justificativa de Projeto**

As minhas reflexões pessoais disparadas pela prática no cuidado pediátrico e a revisão de literatura descritos acima despertaram a necessidade da criação de um projeto de pesquisa que respaldasse a relevância da aplicação do Cuidado Centrado na Criança. Porém, diferente de outros estudos encontrados até o momento da revisão, a ideia é que esse projeto seja guiado pela perspectiva dos próprios pacientes, crianças e adolescentes, cuja voz já foi silenciada por muito tempo.

Desta forma, junto de minha orientadora criamos um projeto de pesquisa que será descrito abaixo, cuja pergunta norteadora é: *Qual a relação entre o cuidado centrado na criança e no adolescente e a experiência do paciente?*

## **6. PROJETO DE PESQUISA UNIDO A UM PROJETO DE VIDA**

### **6. 1. Objetivos**

#### **Geral**

Analisar a literatura sobre Cuidado Centrado na Criança e as experiências do paciente associadas.

#### **Específicos**

- Identificar os anos de publicação e os países de origem.
- Correlacionar os termos utilizados através de análise bibliométrica.
- Descrever as experiências do paciente pediátrico relatadas na literatura.
- Avaliar a relação entre o cuidado centrado na criança e no adolescente e as experiências do paciente.

### **6. 2. Metodologia**

#### **Tipo de revisão**

Trata-se de estudo do tipo revisão integrativa. A revisão integrativa é um tipo de estudo de revisão que gera uma síntese do conhecimento sobre um tema específico, buscando reverter seus resultados para a prática. Inicia-se com um levantamento bibliográfico, a partir da elaboração de pergunta norteadora da pesquisa, a qual irá definir a estratégia de busca e a extração dos artigos selecionados. O objetivo é a análise criteriosa dos dados das pesquisas consideradas relevantes para o estudo, ao hierarquizar as evidências encontradas e delinear os resultados. A apresentação, discussão e síntese dos resultados caracterizam-se como as etapas finais deste tipo de revisão (Souza, 2010).

#### **Estratégia de busca**

Para a elaboração da estratégia de busca foi levado em consideração a pergunta da pesquisa, e o acrônimo PICO (P- crianças e adolescentes < 18 anos; I- cuidado centrado na criança e adolescente; C- outro modelo de cuidado; O-experiência do paciente). As bases de dados investigadas foram: Medline, BVS,

Scopus, Embase, Cochrane Library e Web of Science. Os termos utilizados nas buscas foram: child-centered care, patient-centered care, preschool child, adolescent, patient perspective e seus correspondentes em português, combinados por operadores booleanos.

### **Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos estudos observacionais, estudos de intervenção, estudos qualitativos e de caso-controle. Os idiomas incluídos são o português, inglês, espanhol ou francês. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, estudos de revisão e textos incompletos.

### **Extração de dados (seleção e codificação)**

A ferramenta da web Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>) será usada para extrair e selecionar os artigos. Os artigos disponíveis nos instrumentos de busca foram analisados de forma independente por duas revisoras. Os dados dos estudos incluídos foram extraídos com base no algoritmo PICO, definido anteriormente. Foi realizado um protocolo de arquivamento dos artigos para extrair e categorizar as seguintes informações: título, autores, ano de publicação, população/pacientes, modelo de atendimento, comparação(ões), experiências dos pacientes e resumo dos principais achados. O fluxograma do estudo apresenta esquematicamente todas as etapas do estudo, desde a seleção até a síntese qualitativa, seguindo o fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis).

### **Avaliação do risco de viés**

O risco de viés está sendo avaliado de forma independente pelas duas revisoras, por meio do questionário CASP (Critical Appraisal Skills Programme) para análise de estudos qualitativos.

### **Análise dos dados**

A análise qualitativa dos dados foi realizada com a construção de uma Tabela Resumo das Evidências, composta por dados extraídos dos artigos selecionados. Não foi realizada a avaliação quantitativa dos dados.

Posteriormente, foi realizada uma análise temática que permitiu a identificação e extração dos temas mutuamente presentes nos artigos incluídos que relacionam-se com o assunto central do Cuidado Centrado na Criança. A discussão desta análise está em andamento no momento da publicação deste trabalho.

### **Riscos e benefícios**

Por se tratar de estudo de revisão, não são observados riscos de perda de privacidade dos participantes. Os benefícios relacionam-se à ampliação do conhecimento sobre o impacto do cuidado centrado na criança e adolescente na experiência do paciente.

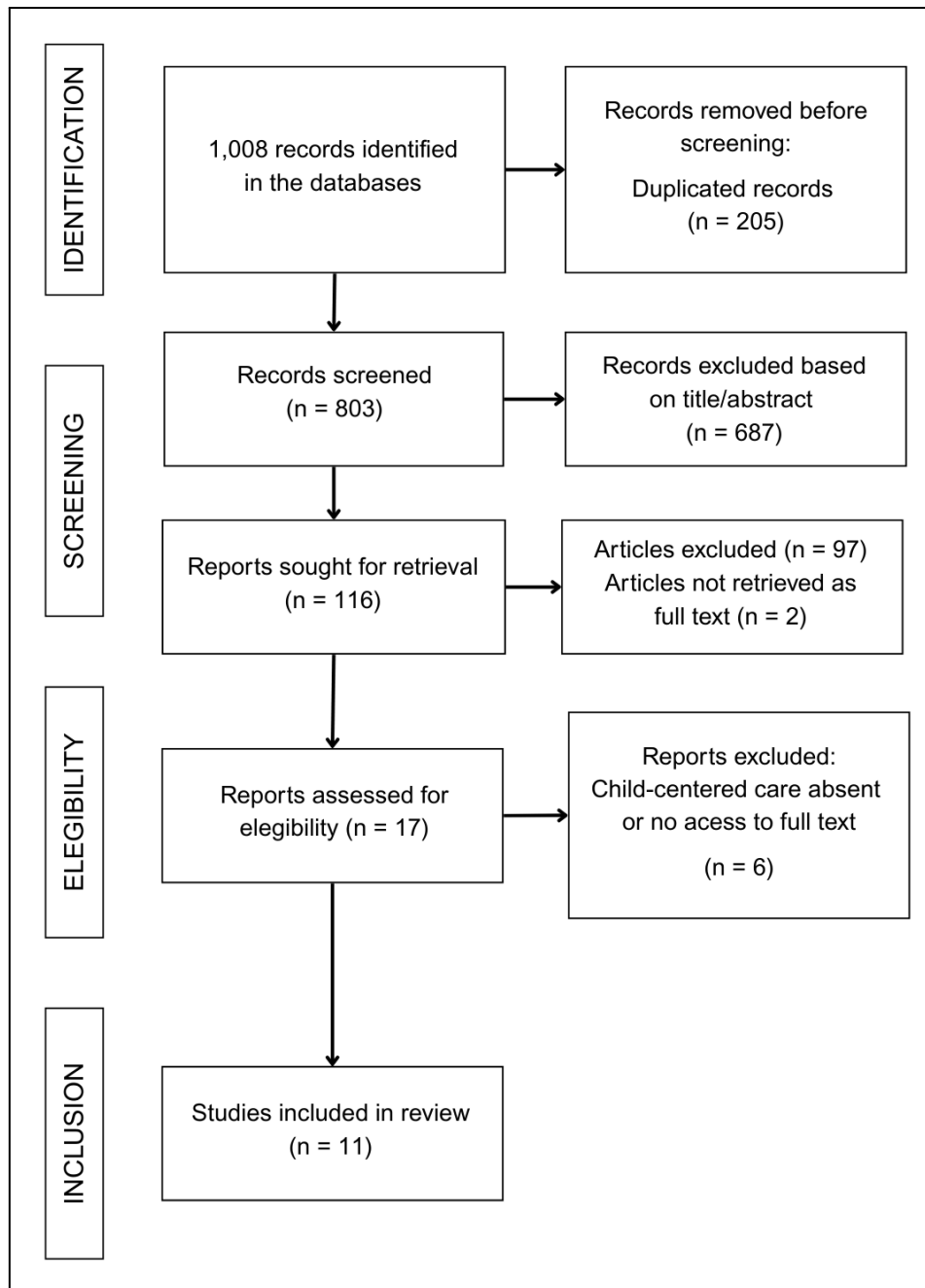
### **Aspectos éticos**

Por tratar-se de estudo de revisão, este estudo não foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa. O protocolo deste estudo está publicado na base *PROSPERO: International prospective register of systematic reviews* do *National Institute for Health and Care Research (NIHR)*, disponível para acesso no seguinte link: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD42025644990>.

## **6. 3. Discussão e resultados parciais**

A análise dos resultados oferecidos pela revisão está em processo de formulação, por isso os resultados aqui expostos são ainda parciais.

Dos 1008 estudos identificados inicialmente nas bases de dados descritas, sendo 803 disponíveis para screening após remoção de duplicatas. Destes, 11 estudos foram considerados elegíveis para análise pois cumpriram com o algoritmo PICO descrito acima. O processo de seleção dos artigos pode ser ilustrado pelo Fluxograma PRISMA a seguir:



*Fluxograma PRISMA autoral criado pela autora.*

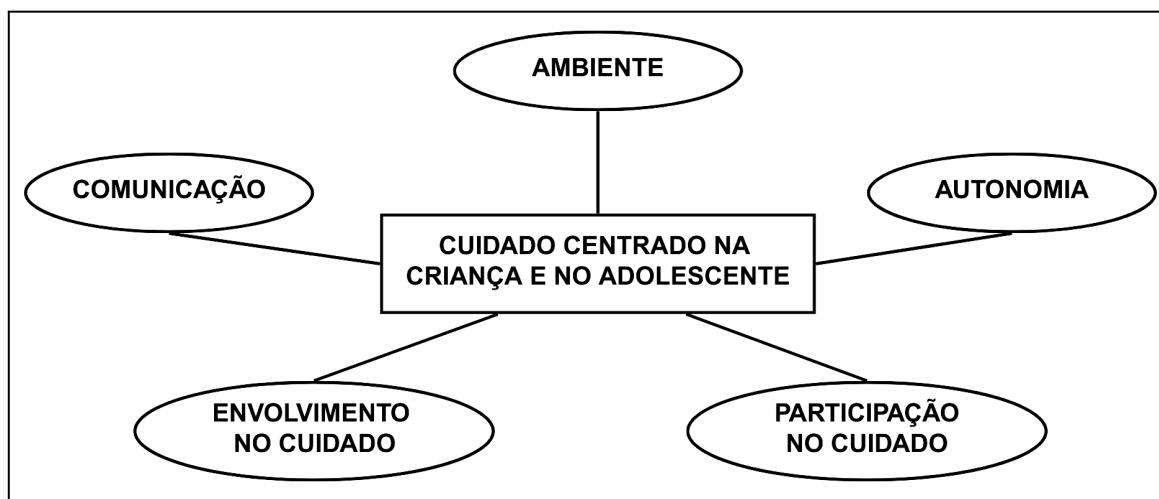
Dentre os 11 estudos incluídos nesta revisão, foram identificados os seguintes dados objetivos:

- Publicações no período de 2013 a 2024;
- Todos estrangeiros, dos seguintes países: Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá, Suécia, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul e México.
- A união das populações dos estudos abrange pacientes de 4 a 18 anos; e

- Todos os estudos apresentam algum componente qualitativo, sendo 8 qualitativos e 3 quali-quantitativos. As escalas quantitativas utilizadas foram:
  - Adolescent Patient-Provider Interaction Scale;
  - Patient Perception of Patient-Centeredness Questionnaire;
  - Child Comfort Evaluation Tool;
  - Children's Fear Scale.

Os 11 estudos trazem relatos de experiências por crianças e adolescentes que envolvem o cuidado em internação e ambulatorial, a aderência a procedimentos, a gestação em adolescentes e o papel da alimentação. Dentro deles, foram extraídos os seguintes temas presentes, comuns a mais de um artigo, que estão inseridos no cuidado centrado na criança e no adolescente: comunicação, ambiente, autonomia, envolvimento e participação no cuidado.

A identificação preliminar dos temas para análise pode ser representada pelo esquema a seguir:



*Esquema autoral da análise temática criado pela autora.*

Como conclusões preliminares, durante a seleção de artigos foram notados muitos relatos de experiências no cuidado em saúde apenas na perspectiva dos pais e não dos pacientes pediátricos, o que levou à exclusão em massa de artigos não elegíveis. Além disso, nota-se uma lacuna na literatura nacional em relação ao

assunto, pela ausência de publicações brasileiras dentro do assunto cuidado centrado na criança e no adolescente na perspectiva do paciente.

Em relação aos estudos incluídos na revisão, pode-se destacar alguns pontos convergentes relevantes:

- A importância da comunicação efetiva com a criança, por meio de adaptações de linguagem verbal e não verbal;
- Situações com maior envolvimento e participação das crianças no cuidado foram associadas a um sentimento de autonomia por parte dos pacientes;
- O papel de ambientes voltados para o brincar como uma fonte de suporte psicossocial no cuidado; e
- A viabilidade do CCC por meio de abordagens adaptadas para as crianças, dentre elas desenhos, brinquedos, imagens e inclusive estórias com personagens para explicar tanto procedimentos quanto conceitos em saúde.

Em suma, os estudos incluídos e analisados de forma preliminar indicaram que a aplicação do cuidado centrado na criança e no adolescente foi relatada unanimemente como um elemento positivo pelos pacientes pediátricos dentro dos temas extraídos na análise temática.

## 7. CONCLUSÃO

A jornada narrada neste trabalho demonstra que o processo de formação em Medicina na UFSCar foi mais do que a simples aquisição de conhecimento técnico: foi um intenso período de transformação pessoal e profissional. O curso, ancorado em uma metodologia ativa e construtivista, principalmente sob as adversidades do ENPE, forçou o desenvolvimento precoce de resiliência e a necessidade de confiar na progressão do conhecimento em espiral.

A transição para os cenários práticos dos ciclos clínico e internato, ainda que inicialmente marcada por lacunas e inseguranças herdadas do período remoto, proporcionou um crescimento exponencial, culminando na aquisição da postura de um profissional autônomo e responsável. Este desenvolvimento foi intrinsecamente ligado à necessidade de lidar com a responsabilidade e as incertezas da prática clínica, amadurecendo a compreensão de que na Medicina "nada é nunca e nada é sempre".

O ponto de amarração final de toda a progressão temática e prática foi o encontro do propósito de cuidado na Pediatria. A área, que antes era motivo de aversão devido às dificuldades logísticas enfrentadas na disciplina de Saúde da Criança (SCr) durante o ciclo clínico, revelou-se o campo para a materialização de uma prática ética e humanizada.

Assim, este trabalho culmina na proposta de um projeto de pesquisa sobre o Cuidado Centrado na Criança (CCC). O CCC não é apenas um tema de pesquisa, mas sim a síntese da jornada, pois reconhece a criança como o elo mais vulnerável e, ao dar voz e autonomia a ela, sela o compromisso de que a prática médica desta autora será, acima de tudo, guiada pelo respeito e pela centralidade no paciente pediátrico.

A jornada, com todos os seus desafios, cumpriu seu papel de moldar uma médica não apenas competente, mas com um propósito de cuidado empático que tomou o lugar de propósito de vida no âmbito da medicina.

## REFERÊNCIAS

1. LISPECTOR, Clarice. **A paixão segundo G.H.** Rio de Janeiro: Editora do Autor, 1964.
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCar). Curso de Medicina. **Projeto Político Pedagógico.** São Carlos, SP: UFSCar, 2007.
3. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Definição - Puericultura e Hebicultura.** In: Portal de boas práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Acesso em: 5 out. 2025.
5. HOOKS, Bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.
6. DUNNING, David; KRUGER, Justin. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. **Journal of Personality and Social Psychology,** Washington, v. 77, n. 6, p. 1121-1134, dez. 1999.
7. ELER, Kalline Carvalho. **Da incapacidade civil às capacidades evolutivas: tomada de decisão da criança no contexto dos cuidados em saúde.** *Civilistica. com,* v. 11, n. 3, p. 1-22, 2022.
8. KENNEDY, I. (2001). **The report of the public inquiry into children's health surgery at Bristol royal infirmary 1984–1995: Learning from Bristol.** London: Stationery Office
9. ELER, Kalline et al. **Rights of children and adolescents to participate in the quality and safety of their care: approaches to implementation.** *Residência Pediátrica;* 2022.
10. CARTER, Bernie et al. **The concept of child-centred care in healthcare: A scoping review.** *Pediatric Reports,* v. 16, n. 1, p. 114-134, 2024.

11. COYNE, Imelda; HOLMSTRÖM, Inger; SÖDERBÄCK, Maja. **Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care.** Journal of pediatric nursing, v. 42, p. 45-56, 2018.
12. UNICEF et al. **General comment No. 14 on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration.** 2013.
13. COMMITTEE ON HOSPITAL CARE and INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE. **Patient- and family-centered care and the pediatrician's role.** Pediatrics. 2012
14. ELER, Kalline et al. **Cuidado Centrado na Criança e sua interface com os direitos humanos do paciente pediátrico: uma crítica ao modelo de Cuidado Centrado na Família.** 2023.
15. ALBUQUERQUE, A. **Empathic care as a command of a new clinical bioethics.** Nursing and Care Open Access J. 2023; 9(2):95-100.
16. ELER, Kalline; ALBUQUERQUE, Aline. **Direitos humanos da paciente criança.** Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 8, n. 1, p. 36-52, 2019.
17. FORD, K.; Dickinson, A.; Water, T.; Campbell, S.; Bray, L.; Carter, B. **Child Centred Care: Challenging Assumptions and Repositioning Children and Young People.** J. Pediatr. Nurs. 2018, 43, e39–e43.
18. SILLERO SILLERO, Amalia et al. **Child-Centered Care: A Qualitative Study Exploring Pediatric Hospitalization Through Children's Perspectives.** Nursing Reports, v. 14, n. 4, p. 3138-3149, 2024.
19. DEMIRBAĞ, Selin; ERGIN, Dilek. **'A voice of children: I would like a hospital just for children' - Children's perspectives on hospitalization: A phenomenological study.** Journal of Pediatric Nursing, 2024.
20. LIMA, Luana Nunes et al. **Experiência autorelatada da criança hospitalizada: uma revisão integrativa.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, p. e20180740, 2020.

21. COLEMAN, Lael N. et al. **The child's voice in satisfaction with hospital care.** Journal of pediatric nursing, v. 50, p. 113-120, 2020.
22. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, v. 8, n. 1, Pt 1, p. 102-106, 2010.