

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CAROLINA PEREZ MONTENEGRO

Percepção e vivência da humanização na prática médica: relatos de uma
graduação em Medicina

SÃO CARLOS - SP

2025

CAROLINA PEREZ MONTENEGRO

Percepção e vivência da humanização na prática médica: relatos de uma
graduação em Medicina

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Medicina da Universidade Federal de
São Carlos, para obtenção do
Título de Bacharel em Medicina.
Orientação: Prof. Dra. Cristina Ortiz Sobrinho Valete

SÃO CARLOS - SP

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Montenegro, Carolina Perez

Percepção e vivência da humanização na prática médica: relatos de uma graduação em medicina / Carolina Perez Montenegro -- 2025. 28f.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Cristina Ortiz Sobrinho Valete

Banca Examinadora: Cristina Ortiz Sobrinho Valete

Bibliografia

1. Educação médica. 2. Dignidade. 3. Humanização em saúde. I. Montenegro, Carolina Perez. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado pela discente Carolina Perez Montenegro, pertencente ao programa de graduação em Medicina, sob o título "Percepção e vivência da humanização na prática médica: relatos de uma graduação em Medicina", foi submetido à comissão examinadora e aprovado em sua totalidade no dia 30/10/2025.

Assinatura da orientadora, que avaliou e aprovou o Trabalho de Conclusão de Curso e emitiu conceito satisfatório.

RESUMO

A humanização na saúde busca a preservação da condição humana de quem é cuidado, reafirmando seus direitos e deveres, além de garantir a integridade da relação médico-paciente. Recentemente, o cuidado humanizado foi incorporado à Lei Orgânica da Saúde, ressaltando a necessidade da formação médica voltada a esse aspecto do cuidado.

Este Trabalho de Conclusão de Curso reflete a trajetória de uma graduanda em Medicina na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e é organizado em narrativas crítico-reflexivas sobre suas experiências vivenciadas na prática profissional durante a graduação. Tais narrativas permitem a reflexão acerca do conceito de humanização em saúde, ressaltando a importância da empatia na relação médico-paciente, reconhecendo a dignidade de cada indivíduo e a necessidade de acolhimento e respeito.

Na segunda parte do trabalho, apresenta-se a pesquisa de Iniciação Científica da graduanda, que investigou a percepção da dor em recém-nascidos pelos profissionais de saúde, com o intuito de aprimorar e humanizar as práticas assistenciais voltadas a essa população.

Assim, este TCC avalia a importância do conceito de humanização durante a formação médica para um cuidado integral e verdadeiramente humano.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica; Respeito; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Humanization in healthcare aims to preserve the human dignity of those receiving care, reaffirming their rights and responsibilities while upholding the integrity of the physician–patient relationship. Recently, humanized care was incorporated into Brazil’s Organic Health Law, emphasizing the need for medical education to focus on this essential aspect of healthcare.

This undergraduate work reflects the journey of a medical student at the Federal University of São Carlos (UFSCar) and is organized into critical and reflective narratives about experiences lived during professional practice throughout medical training. These narratives encourage reflection on the concept of humanization in healthcare, highlighting the importance of empathy in the physician–patient relationship, the recognition of each individual’s dignity, and the need for compassion and respect.

The second part of this work presents the student’s Scientific Initiation research, which investigated healthcare professionals’ perception of pain in newborns, aiming to improve and humanize the care provided to this vulnerable population.

Thus, this work emphasizes the relevance of the concept of humanization in medical education as a foundation for comprehensive and truly humane care.

KEYWORDS: Medical education; Humanization; Respect; Humanization of Assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desenho da paciente M.H.S. 20

Figura 2. Apresentação dos resultados do trabalho no 16º Congresso Paulista
de Pediatria.27

DEDICATÓRIA

À Nana, minha irmã e futura médica apaixonada pela profissão, que me motiva a ser uma pessoa, estudante e médica melhor para lhe servir de exemplo. Com amor, dedico este trabalho, meus esforços e méritos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por se revelar princípio, meio e fim desta aventura, transbordando minha vida de esperança.

Aos meus pais Luciano e Ana, que nunca mediram esforços para me amar e educar. Agradeço por seus conselhos e correções repletos de amor, que forjaram quem hoje sou. Minha gratidão e coerência nunca serão suficientes para agradecer seu legado em minha vida.

Aos meus avós Alvaro, Eusebia, Luciano e Deolinda, por me ensinarem o que é o amor e o desprendimento, fazendo-me sentir a pessoa mais amada do mundo em suas presenças.

Ao meu futuro marido, Fabrício, pelo apoio incondicional nesta jornada e em todas as outras que virão.

À minha irmã, Giovana, por me fazer enxergar beleza em cada detalhe da vida humana.

À minha professora, orientadora e amiga, Dra. Cristina, a seu marido Paulo e a toda sua família, por me acolherem nesta graduação, fazendo de sua casa também um lar para mim.

À Dra. Virgínia Arcia, por me ensinar a área mais apaixonante da medicina com tanto carinho e confiança depositados em mim.

À minha tia e madrinha, Maria Cristina, por me apontar o extraordinário da Medicina desde o primeiro dia.

Aos meus amigos Isabela Boton, Jhonatan Dutra, Letícia Gimenes, Letícia Hiromi, Lucas Bueno, Milena Sandri e Pedro Issa, com quem dividi muitos aprendizados, alegrias e cookies. É uma honra tornar-me médica junto deles. Conseguimos!

Ao Guido Schäffer, que me ensina, do Céu, a ser uma médica também de almas.

À senhorinha da rodoviária, que, em sua humildade, me fez compreender e viver tudo o que está escrito neste trabalho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	12
OBJETIVOS	12
REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O TEMA	12
DA MOTIVAÇÃO	13
NARRATIVAS	14
Do que não parece humano	14
À margem da humanidade	15
“O essencial é invisível aos olhos”	16
O tempo que resta	17
Apenas 5%?	18
Uma criança me fez médica	19
INICIAÇÃO CIENTÍFICA	21
INTRODUÇÃO	21
MÉTODOS	22
RESULTADOS	23
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO	25
REFLEXÃO DA ESTUDANTE	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é previsto no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Está organizado em narrativas com análise crítica-reflexiva sobre os casos que vivenciei durante a graduação em Medicina, que marcaram minha trajetória e que me fizeram refletir sobre a importância da humanização do cuidado, centrado em cada indivíduo. Em uma segunda parte, será apresentada minha pesquisa de Iniciação Científica, na qual estudei a percepção da dor em recém-nascidos por profissionais de saúde, podendo contribuir, assim, com o aprimoramento da humanização do cuidado dessa população.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é apresentar, por meio de narrativas crítico-reflexivas, os encontros com pacientes nos quais a graduanda pôde perceber e aplicar o conceito de humanização na saúde na prática profissional e relatar os resultados e experiência com sua pesquisa de iniciação científica.

REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O TEMA

O conceito de dignidade humana remonta à Roma Antiga e significa um valor moral pessoal e intransferível que confere ao indivíduo valor e honra, de igual nível a cada ser humano.^{1,2}

A humanização diz sobre respeito, acolhimento e empatia acerca das necessidades de cada pessoa, em sua individualidade e complexidade, valorizando sua dignidade. Na saúde, a humanização busca a preservação da condição humana de quem é cuidado, reafirmando seus direitos e deveres, além de garantir a integridade da relação médico-paciente.³

Em 2025, à Lei Orgânica da Saúde, foi incorporado o 16º princípio do SUS, que é a prática humanizada, tornando esta um dever de cada profissional de saúde, pela Lei 15.126/2025.⁴

Assim, também cabe às escolas médicas priorizarem o ensino e a prática da humanização durante a graduação e no ensino continuado, a fim de preparar os profissionais que realizam o cuidado com o objetivo de que este seja adequado, ético e empático.^{5,6}

DA MOTIVAÇÃO

Desde o ciclo básico, em nossos portfólios, somos solicitados a acrescentar uma narrativa sobre a nossa história com a medicina e os motivos que nos fizeram chegar até aqui, a fim de termos sempre em mente essas motivações. Reproduzirei aqui o texto presente em meus portfólios desde o início:

“Medicina, a senhora escolha”

Meus anos de estudo me mostraram uma ordem: primeiro a pessoa escolhe uma carreira, depois luta por ela e, por fim, conquista a aprovação. Como passei anos na indecisão entre dois cursos, meu trajeto foi diferente: lutei, fui aprovada e fiz minha escolha, ou melhor, fui escolhida.

O resultado da aprovação saiu quando estava de férias, viajando, então tive de pegar um ônibus para fazer a pré-matrícula. Já estava na rodoviária, ainda indecisa, quase na hora de embarcar, quando, de repente, não mais que de repente, como se tivesse uma consulta marcada, uma senhorinha chegou e me perguntou:

—Minha filha, você vai fazer medicina? —Respondi, assustada, que sim, que ia fazer a matrícula. Ela perguntou se podia me abraçar. Respondi, confusa, que sim e, no abraço, com grande felicidade, ela disse: — Que bom! Que bom que vai ser doutora! Algum tempo ali se passou e, quando se afastou, perguntou: — Quando você se formar, você pode cuidar das pessoas que moram na rua? —Respondi, maravilhada, que sim. Sim à pergunta e sim à medicina. A dúvida que andou comigo por tantos anos, naquele breve encontro, não existia mais. Havia me decidido.

Engana-se quem pensa que decidi devido à extraordinariedade do fato. Escolhi a medicina porque naquele pedido tão humilde e, ao mesmo tempo, tão grandioso, eu pude enxergar o papel do médico além da simplória imagem de alguém que trata uma doença. Percebi que é cuidar do físico, sentimento e condição de quem precisa. Percebi que em cada consulta eu poderia agir com compaixão, acolhendo o sofrimento alheio e fazendo de tudo para confortá-lo, mesmo que o “tudo” seja somente escutar. Aquela senhora, que não aparentava conhecer os escritos de Hipócrates, nos poucos segundos compartilhados, me fez ver a mais pura beleza da arte médica.

Escolhi a medicina porque quero tornar daquele pedido, que será sempre curioso para mim, a missão do meu trabalho e da minha vida: ajudar com amor aqueles que mais precisam. Escolhi a medicina porque vi, naquele encontro, o potencial de mudança que cada indivíduo tem na vida do outro. Quero, com a minha vida, com a minha decisão, ser capaz de melhorar, o mínimo que seja, a vida daqueles que um dia encontrarei. Escolhi a medicina porque eu quero passar a cada paciente todo carinho e confiança que aquela senhorinha deixou em meu caminho naquela rodoviária. E nessa estrada eu sigo, decidida, desejando que, em cada consulta, em cada sorriso, eu possa me lembrar daquele dia e dizer: — Que bom! Que bom que escolhi a medicina!”

Desde o início da faculdade, então, mantenho em mente o valor da pessoa humana, buscando me aproximar do cuidado humanizado. Citarei narrativas de alguns atendimentos vividos durante esses 6 anos de graduação. Nesses atendimentos, pude reconhecer e tocar a pessoa humana em suas distintas apresentações: estados diferentes, sofrimentos diferentes, desejos diferentes, sempre me recordando de que cada paciente é uma pessoa dotada de dignidade e singularidade, que deve ser preservada no ato médico e em qualquer outra esfera social.

NARRATIVAS

Do que não parece humano

Desde pequena, tenho o hábito de classificar as coisas que conheço. Tenho pódios de melhores e piores classificações para diversas coisas do mundo. As 3 cores preferidas, as 3 piores emoções, os 3 dias mais felizes. Uma classificação um tanto estranha, confesso, é a de “três piores cheiros que já senti na medicina”, facilmente selecionados: 3º lugar: endometrite; 2º lugar: intestino recém-colectomizado em formol; 1º lugar: um paciente que acompanhei no 6º período da faculdade. Tratava-se de um paciente em condição de rua que atendi no Hospital Universitário. Tinha um câncer de base de língua, apresentado como lesão ulcerada, e uma infecção bacteriana sobreposta à lesão. Associados a isso, o tabagismo e a pouca higiene pioravam o odor, fazendo-o alcançar tal classificação em meu ranking. Aproximar-se do leito era trabalho heroico. Fui advertida, inclusive, a não o fazer. Faziam-no somente se necessário, como para ofertar medicamento. Vi ali um paciente internado em um

hospital, que não tinha quem perguntasse se ele estava bem ou se algo poderia ser feito para confortá-lo. Sempre que me vem a imagem dessa pessoa à cabeça, recordo que não tinha bens, não tinha pessoas próximas, não tinha controle sobre seu próprio corpo, pois a doença era de avançado grau. Estava, ainda, prestes a perder seu cuidado, exercício de seus direitos. Decidi aproximar-me dele, para poder ofertar o cuidado que eu acreditava que ele merecia. Cada palavra trocada me embrulhava o estômago, pelo odor que referi. Foi tarefa difícil continuar ali, porém facilitada após recordar uma frase bíblica: "...quando o fizestes a um destes meus pequeninos irmãos, a mim o fizestes" (Mt 25, 40). No momento, um sentimento profundo tocou meu coração: além de empatia, senti compaixão e compreendi que devia atuar ali com amor (pelo outro, pela arte, pela criação). A partir de então, se desfez o pesar, a conversa ficou leve e a relação médico-paciente firme. Pude aproximar-me de sua história, suas dores, seus medos e expectativas e pude contribuir um pouco para o alívio de seu sofrimento. Compreendi que o que é propriamente humano também é propriamente divino.

Ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana. ~Carl Jung⁷

À margem da humanidade

Estava em um estágio em cirurgia torácica e cardiovascular em um hospital de grande porte, atendendo no ambulatório de pós-operatório torácico. Atendi um paciente em situação de encarceramento, 14 dias após a realização de pleurostomia à direita. Dois policiais e as algemas permaneceram durante toda a consulta. Hora de examinar: Mãos algemadas para trás da cabeça, incisão cirúrgica em regular estado, pulmão com boa expansibilidade. Quando questionado sobre a limpeza, cuja técnica correta se dá com aplicação de solução fisiológica com uma seringa na cavidade, o paciente explicou que fazia a limpeza durante o banho. Não havia soro fisiológico. Aplicava a água do banho, que saía diretamente do cano, com as mãos em concha pela ferida. Uma vez ao dia, sempre em pé. Longe de ser o adequado e higiênico, mas muito próximo de uma infecção, de uma complicação. Me perguntei quantas realidades não somos nem capazes de imaginar, mas que se mostram e se mostrarão diante de nós como únicas opções, desafiando os limites da medicina.

Não sei o que já foi cometido pelo paciente para que suas mãos não pudessem nem se livrar de algemas em um consultório, mas, ali, a responsabilidade da equipe era sobre sua saúde, que deveria ser garantida (subsidiariedade). Não havia estrutura adequada intra- ou extra-

hospitalar para seu cuidado, que aparenta ser tão simples (aplicar soro fisiológico três vezes ao dia).

*Liberdade é pouco. O que desejo ainda não tem nome.
~ Clarice Lispector. Perto do Coração Selvagem.⁸*

“O essencial é invisível aos olhos”

Estava no início do 3º ano, participando do estágio curricular obrigatório em um laboratório de anatomia patológica. Foi um dos estágios mais proveitosos de que participei, pois tive muita liberdade no laboratório, foi meu primeiro contato com a histocitopatologia “ao vivo e a cores” e pude aprender muito com toda a equipe. Entre as inúmeras lâminas que revisei, avaliando diversas doenças, de diversos tecidos, diversos sistemas, uma me marcou a memória e me auxiliou a aperfeiçoar a visão sobre a própria vida humana. Tínhamos ali um corte sagital de um feto que teria entre 11 e 12 semanas de idade gestacional (IG), com todos os sistemas e tecidos, fruto de uma gestação ectópica com rotura tubária. Cabia na palma da minha mão, em um bloco de parafina e em uma lâmina. Era um corte de 4 micrômetros de um corpo humano formado e que estava em desenvolvimento. Era tão pequeno, mas, para aprimorar minha visão, ao microscópio, pude ver a perfeição. Análise crânio-caudal: encéfalo, face bem delimitada, coluna, pulmões, mãos, fígado, estômago, intestinos e pés eram passíveis de visualização, muito bem diferenciados. Quanta grandeza em tão pequena criatura! Toda a teoria estudada em Moore e Larsen, ali, estava concretizada e visível. Ah, se todos pudessem ver! Pensava, diante disso, como seria possível retirar o que é propriamente humano, de pessoas assim.

Aquilo, em minhas mãos, já foi uma vida, e tantas outras pessoas, digo, outros fetos, com IG igual ou superior, que poderiam ter melhor “sorte” que aquela, não são tratadas de acordo. Foi impossível não refletir sobre a questão do abortamento que se encontra atualmente inflamada em tantas sociedades, mas ainda aparentando dimensões muito menores do que de fato tem. Inclusive, naquele mesmo laboratório, em análise macroscópica, quantos fetos não cheguei a ver vítimas de abortamento clandestino com complicações, desmembrados, com perfurações em crânio. Vidas que nunca cumpriram seu potencial e corpos que ficarão trancados nos depósitos do laboratório por mais alguns anos, assim como verrugas arrancadas do dorso de uma pessoa. Uma profunda tristeza senti e ainda sinto ao ver a vida tão relativizada, passível de descarte. Enfim, um problema de dimensão global, naquele microscópio, nunca pareceu tão fácil de se resolver... Ah, se todos pudessem ver!

*“Eu vi a mulher preparando
 Outra pessoa
 O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga
 A vida é amiga da arte
 É a parte que o Sol me ensinou
 O Sol que atravessa essa estrada que nunca passou*

*Por isso uma força me leva a cantar
 Por isso essa força estranha
 Por isso é que eu canto, não posso parar
 Por isso essa voz tamanha”*

~Força estranha. Caetano Veloso⁹

O tempo que resta

Há pacientes inesquecíveis devido a suas situações de saúde, há pacientes inesquecíveis pela relação que formam conosco. Um paciente se tornou inesquecível pelos dois motivos. Estava em um plantão à noite no Pronto Atendimento do HU, quando ele chegou com queixa de dispneia e hemoptise. Tromboembolismo pulmonar: não foi difícil definir a hipótese. Difícil foi passar o caso para o chefe de plantão. No prontuário, havia registros de seguimento em várias áreas, devido a uma mielofibrose em estágio avançado, já irreversível. Acompanhei seu caso também na enfermaria e em muitas outras internações que vieram a ocorrer, em alguns momentos até quando já não era mais “meu paciente”, vista a relação próxima que construí com ele e com a família.

O que me chamava a atenção era que uma doença, que, aos olhos clínicos, lhe roubava a vida, quando ressignificada por ele, era o combustível para uma força vital. Mesmo diante da dor, do cansaço e das limitações impostas pelo câncer, havia nele uma imensa vontade de viver (não viver mais, mas viver plenamente as experiências). Ele falava com brilho nos olhos sobre seus planos. Falava sobre os filhos e sobre o que fariam quando cada um viesse visitá-lo. Falava dos encontros com amigos e sobre as palavras de esperança que cada um falava. Cada novo encontro no hospital era uma nova história sobre as pescarias que fazia junto de sua esposa. Assim se passou o tempo em que pude acompanhá-lo. Internações gravíssimas eram intercaladas com vivências leves com quem ele mais amava.

A cada relato desse, ficava claro que os cuidados paliativos, além de controlar sintomas, garantiam-lhe tempo de qualidade e dignidade, não pela negação da morte, mas pela afirmação da vida que pulsa em cada detalhe.

"Não é nada morrer. É assustador não viver." Os miseráveis.¹⁰

Apenas 5%?

Penúltima semana de clínica da graduação. Uma oncologista me convidou para participar de uma reunião familiar sobre uma paciente da UTI, visto que naquela semana conversamos muito sobre más notícias e protocolos. Primeiro, discutimos o caso da paciente: idosa, câncer pulmonar multimetástico, com complicações, em IOT, e tudo mais que se poderia imaginar. Avaliamos o SAPS3 por curiosidade, que é uma estimativa da mortalidade hospitalar para um paciente internado em UTI; resultado: 95%. Decidimos utilizar o Protocolo SPIKES para a conversa. Sala adequada, onde os parentes foram bem recebidos e acomodados. Tinham um bom entendimento da situação e estavam abertos a novas notícias, que também eram compreendidas. No momento de acolher suas dúvidas e emoções, dúvida suspensa no ar, aquilo que o médico não quer responder e o paciente/parente quer perguntar:

- Quais são as chances?
- Veja, é difícil falarmos em números, pois varia de pessoa para pes..
- A gente só quer ouvir que é de 5%, porque chegamos aqui na certeza de que seria 0.

Ali compreendemos que seria útil compartilhar um valor meramente técnico, pois auxiliaria também no processo de luto da família; 5% era o que tínhamos a oferecer, 5% era o que eles precisavam receber. O nosso pouco, para eles, era muito. Percebi que quando se esgotam medicamentos para o corpo, a esperança é capaz de manter as almas em pé. E vi, assim, uma família inteira, diante de um dos piores prognósticos que eu vi durante essa graduação, se alegrar, pois havia esperança. Tantos lutos presenciamos nessa profissão e quantas vezes estimamos (sub ou superestimamos) mal seus efeitos nos outros. Essa sensibilidade nenhum protocolo ou diretriz seria capaz de nos fornecer por si só. Ao lidarmos com a perda ou aquilo que representaria a perda (câncer, acidente vascular cerebral, infarto, doenças crônicas), devemos nos atentar a que, nos extremos do protocolo, há sempre corações humanos que pulsam esperançosos querendo ouvir e falar o mesmo bem. Esse momento, portanto, me proporcionou um senso de pequenez, porém ainda uma satisfação grande por poder participar desse cuidado da paciente e dos seus.

“Aprendi que a medicina não pode quase nada contra um coração muito triste. Aprendi que para a gente sarar é preciso ter vontade de viver. Doutor, será que não existem pílulas de esperança?”
~O menino do dedo verde.¹¹

Uma criança me fez médica

Estava na enfermaria de pediatria do 5º ano, em um sábado (lembro todas as datas e números deste caso) quando conheci “A” paciente que mais me marcou e me moldou até hoje. Com uma história de síncope a esclarecer. A princípio, sem sinais alarmantes; alguns até questionavam por que ela havia sido admitida no PA do hospital. Enfim, na internação, ficou aos cuidados desta interna que escreve. Foi uma paciente ímpar. Até hoje me recordo de seu olhar e de seu sorriso. Das investigações, um único achado: hipertensão pulmonar grave. Isso, mais nada. Da etiologia, nada descobríamos. O termo “a esclarecer” inquieta o médico; é o motor do seu trabalho. E assim eu trabalhei, motivada a ajudar a paciente. Talvez pelo enigma de sua patologia, talvez pelo jeito cativante da paciente, senti um senso de responsabilidade gigante sobre ela. Discutia seu caso com outros profissionais, fazia revisão (revisões) de literatura em casa para conseguir compreender melhor o que se passava. Nunca havia agido assim com tanta intensidade e vontade. Foi aí o início do hábito para que eu seguisse tratando futuros pacientes com o mesmo zelo.

Exames complementares, contatos com outros hospitais, diversas discussões de caso, enfim, fizemos de tudo para conhecer melhor seu caso, porém nada nos apontava o caminho, a real causa de termos aquela paciente em nossas mãos. Quantos dias questioneei a necessidade de uma criança estar ali, longe dos amigos e da família, enquanto parecia que não a ajudávamos com o que precisava.

Apesar da frustração da permanência do “a esclarecer”, estar naquela enfermaria diariamente, dar bom dia e examiná-la era motivo de alegria para mim. Tenho certeza de que toda a equipe compartilhava dessa alegria, pois, apesar de sabermos suas dificuldades e angústias, a paciente sempre nos recebia com um sorriso, que era impossível de não retribuir. Enfim, semanas se passaram nessa inconclusão de hipótese diagnóstica e fizemos o que um serviço deve fazer quando se chega ao limite: encaminhamos a paciente. Já em outro hospital, algumas semanas depois, essa querida paciente veio a falecer. Nós da equipe, que acompanhamos também de longe essa evolução, decidimos ir ao velório, para estar uma última vez consolando a família. O caixão branco de uma criança é uma das cenas mais

tristes que se pode ver. Profunda tristeza pairava no ar, que tornava até difícil de respirar. Tão difícil que alguns familiares chegaram a desmaiar. A mãe da paciente foi uma dessas pessoas e, ao acordar, me proporcionou a cena mais tocante que já vivi. Olhou-me com a compaixão de como se meu sofrimento não fosse uma parcela do que ela sentia, e disse:

- Carol! Carol, a nossa nenê...

Não houve como conter as lágrimas. Era minha também. Uma parte de mim também estava sendo velada. Ainda hoje me doem o coração e as mãos ao me recordar dela. Toda a responsabilidade que eu sentia, ali, foi confirmada em uma fala. Fui outra estudante e serei outra médica a partir desse encontro, que foi breve, pelo tempo em que estivemos juntas, mas eterno, pelos aprendizados que deixou em mim. Guardo com carinho um desenho que ela fez para mim (Figura 1).

Apreendi que parte da humanização também está no médico e na equipe em buscar e garantir a melhor conduta aplicada ao caso do paciente, esgotando seus limites. A humanização nos afirma também a humanidade de quem cuida, repleta da responsabilidade de cuidar de uma vida da melhor forma. Aqui, minha eterna satisfação por aprender a ser médica com uma pessoa tão jovem e simples, por confirmar o valor da medicina com uma paciente, que é a razão de todos os estudos e esforços valerem a pena. Apesar dos pesares, por poder participar dessa e de outras histórias, eu confirmo: que bom que escolhi a medicina!

"Em uma dessas estrelas, eu estarei vivendo. Em uma delas, estarei rindo. E assim, quando olhares para o céu à noite, será como se todas as estrelas estivessem a rir contigo". O

*Pequeno Príncipe.*¹²



Figura 1. Desenho da paciente.

INICIAÇÃO CIENTÍFICA

Farei uma descrição do meu trabalho de iniciação científica, que já foi publicado na revista *Brazilian Journal of Pain*. Foram feitos ajustes de forma que o texto ficasse diferente do artigo original. O título do projeto era “Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da dor neonatal e estratégias não farmacológicas para seu manejo”.

INTRODUÇÃO

A dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a uma lesão real ou potencial aos tecidos”. Recentemente, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) revisou a definição de dor, dando-lhe uma definição mais ampla. Assim, o relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado. É importante ressaltar que a incapacidade de se comunicar verbalmente, como ocorre no período neonatal, não nega a possibilidade de uma experiência de dor.¹³ Outra perspectiva essencial sobre a dor refere-se aos direitos humanos e aos direitos dos pacientes. Ninguém deve ser submetido à dor, o que inclui procedimentos dolorosos sem controle da dor, e esse compromisso garante a dignidade humana durante a assistência à saúde.¹⁴ Além disso, tanto os recém-nascidos (RN) prematuros quanto os a termo podem reconhecer, processar e responder a um estímulo doloroso.¹⁵ A dor no RN tem consequências que vão além do período neonatal, como dificuldades de alimentação, hiperalgesia e comprometimento de desenvolvimento.¹⁶ Tem sido apontado que a dor é subdiagnosticada e subtratada em crianças hospitalizadas, especialmente em RN. As opções para o controle da dor incluem intervenções farmacológicas e não farmacológicas, como a amamentação e a sucção não nutritiva. Esses métodos utilizam abordagens ambientais e comportamentais por meio da ativação de um “mecanismo de gate control”, que impede que a sensação de dor chegue ao sistema nervoso central e, embora sejam considerados seguros, não são aplicados sistematicamente. Logo após o nascimento, os RN são submetidos a cuidados de rotina, que incluem procedimentos dolorosos como vacinas, injeção intramuscular de vitamina K e monitoramento de glicose, destacando a importância de melhorar a qualidade do cuidado a esses pacientes por meio da redução da dor. Além disso, o controle da dor neonatal é considerado um dos oito princípios do cuidado neonatal, apoiado por evidências robustas, mas isso precisa ser sistematicamente aplicado na prática.¹⁷ A implementação de protocolos clínicos para o manejo da dor no RN não é fácil e deve considerar também os recursos locais, o conhecimento que os profissionais de saúde

têm sobre o assunto, a educação e a empatia clínica, considerando que as perspectivas do RN devem ser valorizadas.¹⁸ Devem ser feitos esforços para combinar as melhores evidências científicas com o conhecimento e as preferências dos profissionais de saúde para favorecer a implementação do protocolo. Nesse contexto, estudos que identifiquem as intervenções preferenciais para o manejo da dor no RN são bem-vindos. Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi investigar o construto que reflete o manejo não farmacológico da dor neonatal em um alojamento conjunto (rooming-in) brasileiro e identificar a intervenção preferencial.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo sobre o constructo dos profissionais de saúde sobre o manejo da dor no RN. O cenário foi um alojamento conjunto em um hospital público terciário localizado em São Paulo, Brasil, com 16 leitos de alojamento conjunto e que realiza cerca de 250 partos por mês. Este estudo levantou a hipótese de que algumas intervenções não farmacológicas poderiam ser mais relevantes para os profissionais de saúde, o que poderia ajudar na implementação de um protocolo local. Quarenta e sete profissionais foram incluídos. Os dados foram coletados entre outubro de 2022 e janeiro de 2023. As informações foram obtidas pessoalmente, por meio de um questionário da Redcap sobre as características dos profissionais de saúde, seu conhecimento sobre dor neonatal (escala de dor, treinamento, protocolos, registro de dor, experiência de dor do RN para os pais, punção do calcanhar, administração de vacinas, coleta de sangue para exame, teste de triagem neonatal) e intervenções não farmacológicas (amamentação, sucção não nutritiva, posição canguru, sucção não nutritiva com solução adocicada, musicoterapia, aromaterapia, redução da luminosidade, massagem corporal e benefícios do tratamento da dor). Esse questionário foi desenvolvido de acordo com outro estudo¹¹ e com o conhecimento e a experiência dos pesquisadores sobre esse assunto, em uma escala Likert de cinco níveis (1 - discordo totalmente; 5 - concordo totalmente). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (CAAE 58094822.0.0000.5504). O tamanho da amostra foi calculado usando o software Raosoft (www.raosoft.com/samplesize.html). Para uma população-alvo estimada de 51 profissionais de saúde, uma distribuição de respostas de 50%, um erro de estimativa máximo de 5% e um nível de confiança de 95%, foi obtido um mínimo de 46 participantes. A análise fatorial foi aplicada para determinar o construto dos profissionais de saúde sobre o manejo da dor neonatal usando o software Stata (Stata Corp, L.C; versão 18.0). Esse é um método multivariado que reduz um grupo de variáveis a um conjunto menor de fatores que representam as dimensões estruturais latentes subjacentes.

Dessa forma, foi possível identificar o construto que resumia e explicava o conjunto de todas as variáveis estudadas. Em um primeiro momento, as correlações entre as variáveis foram analisadas, e aquelas com valor $> 0,3$ foram incluídas. Das 30 variáveis, 10 permaneceram no modelo. A proporção de variáveis e o tamanho da amostra foi de 1:4,7, o que foi considerado adequado. O teste Kaiser Meyer Olkin (KMO) foi aplicado à matriz selecionada e resultou em uma proporção de 0,76 da variância comum. O teste de esfericidade de Bartlett (BTS) foi de $p < 0,001$. Essa análise inicial revelou que a fatoração seria adequada, e a extração de fatores foi realizada usando o modelo de componentes principais. Os fatores foram selecionados pelo critério de raiz latente (Eigenvalue), mantendo aqueles com Eigenvalues maiores que 1,0. A rotação dos fatores para ajustar as cargas foi feita com o método Varimax. As variáveis foram relacionadas aos fatores de acordo com suas cargas rotacionadas mais altas, e os fatores foram nomeados de acordo com as variáveis com maior peso em sua construção. As variâncias, os pontos em comum e a carga fatorial são apresentadas no estudo. A consistência interna do questionário foi avaliada pelo valor alfa de Cronbach, que foi de 0,78.¹⁹ Recomenda-se que esse valor seja superior a 0,7012. O presente estudo seguiu a diretriz CROSS para estudos de pesquisa.²⁰ Os dados foram apresentados como mediana e intervalo interquartil (IQR), frequências e porcentagens (%).

RESULTADOS

Este estudo incluiu 47 profissionais de saúde com mediana de idade de 37 anos (IQR 30,5-42,5), 46 (97,8%) eram do sexo feminino e 11 (23,4%) eram pediatras (Tabela 1). Vinte e três (48,9%) relataram que discordavam de que a instituição oferecia treinamento sobre dor neonatal, 39 (82,9%) relataram que alguns procedimentos que realizavam diariamente poderiam causar dor no RN, 44 (93,6%) consideraram que o procedimento de punção de calcanhar poderia causar dor e 47 (100%) relataram que a administração de vacinas poderia causar dor. Embora 9 (19,1%) participantes tenham relatado conhecer uma escala de dor, apenas 3 (6,4%) nomearam uma escala, sendo as escalas COMFORT, Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) e Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS), cada uma mencionada uma vez. Dez variáveis foram incluídas na análise fatorial e a análise dos valores próprios (Eigenvalues) identificou três fatores. Os três fatores foram nomeados de acordo com as cargas fatoriais obtidas. Assim, o fator 1 refere-se ao conhecimento e ao impacto da dor neonatal sobre os pais; o fator 2 refere-se aos benefícios do tratamento da dor; e o fator 3 refere-se a intervenções não farmacológicas. Após a rotação, esses três fatores explicaram 66,6% da variação total observada.

DISCUSSÃO

Neste estudo, o construto do manejo da dor neonatal englobou o conhecimento e o impacto da dor neonatal sobre os pais, os benefícios do tratamento da dor e as intervenções não farmacológicas. Dentre as intervenções não farmacológicas, o aleitamento materno destacou-se com maior relevância. Outros métodos importantes incluíram a redução da luminosidade, a sucção não nutritiva com solução adocicada, a posição canguru e a musicoterapia.

Observou-se que os componentes de conhecimento, o impacto da dor neonatal nos pais e a amamentação apresentaram correlação e foram cruciais para este estudo. O aleitamento materno é considerado uma intervenção não farmacológica, mas, neste trabalho, revelou sua importância ao contribuir para o primeiro fator (conhecimento/impacto) e não para o terceiro (outras intervenções), diferentemente do esperado.

Os benefícios do aleitamento materno vão muito além do controle da dor, abrangendo aspectos como o vínculo, o cuidado, a qualidade da assistência e a nutrição. Acima de tudo, é um imperativo de saúde pública de fácil implementação.²¹ Esse resultado sugere que o aleitamento materno é uma estratégia eficaz no cenário estudado, sendo fundamental ressaltar que ele não exige prescrição médica, mas sim conhecimento e mudança de prática por parte dos profissionais de saúde.

A disposição dos profissionais de saúde em aprender mais sobre o manejo da dor neonatal reflete uma grande oportunidade para aprimorar a educação sobre o tema. As estratégias de controle da dor nos cuidados neonatais são comprovadamente eficazes e seguras. O aprimoramento do conhecimento, das atitudes e das práticas relacionadas ao controle da dor pode aumentar a confiança dos profissionais em sua capacidade de manejar a dor, um efeito similar ao observado em pais instruídos sobre o controle da dor.²²

Neste estudo, o terceiro fator, correspondente às intervenções não farmacológicas para o controle da dor, foi composto pela sucção não nutritiva com solução adocicada, a posição canguru e a musicoterapia. A correlação entre essas variáveis reflete o perfil do grupo de profissionais e RN estudados, sugerindo que as três estratégias poderiam ser facilmente implementadas na unidade.

No entanto, esses resultados divergem de alguns estudos brasileiros, especialmente aqueles realizados em cenários de terapia intensiva. Já foi observado que poucos profissionais de saúde utilizam a posição canguru, e a sucção não nutritiva apenas às vezes para o controle da dor.²³ Tais diferenças podem ser explicadas pela instabilidade clínica e pelo suporte respiratório, que são condições que dificultam a sucção e as manipulações extensas.

Na unidade em questão, a sucção não nutritiva com solução adocicada é o método preferencialmente utilizado pelos médicos durante a realização de procedimentos, o que pode ter influenciado os resultados. Além disso, a posição canguru se mostra eficaz e sustentável ao longo do tempo em recém-nascidos pré-termo submetidos a procedimentos dolorosos repetidos, promovendo também cuidados humanizados.

Embora as diferenças metodológicas entre os estudos possam ter afetado a consistência dos resultados, a posição canguru demonstrou eficácia no alívio da dor em bebês e pode ser facilmente aplicada por todos os profissionais. O fato de o contato pele a pele e o clampeamento tardio do cordão umbilical serem práticas reforçadas na sala de parto da instituição estudada pode ter contribuído para este resultado. A musicoterapia também integrou o terceiro fator.

As intervenções não farmacológicas são seguras e de simples implementação. A amamentação durante procedimentos dolorosos é universalmente recomendada e não exige prescrição médica. A redução da luminosidade, a sucção não nutritiva e a posição canguru seguem o mesmo princípio, sendo fáceis de realizar. Os protocolos clínicos locais para controle da dor devem incorporar essas práticas, visto que os profissionais de saúde as consideram eficazes.

Uma possível limitação do presente estudo reside no seu desenho de centro único, o que restringe a generalização dos resultados. Contudo, os pontos fortes incluem o desenho prospectivo, a ausência de dados faltantes e os resultados da análise fatorial para identificar o construto dos profissionais de saúde. Em suma, este estudo acrescenta evidências às práticas eficazes para o controle da dor em recém-nascidos.

CONCLUSÃO

A amamentação foi a intervenção preferencial a ser implementada para o controle não farmacológico da dor em RN.

REFLEXÃO DA ESTUDANTE

Participar deste estudo foi de extrema relevância em minha graduação, pois pude ter contato com a metodologia científica, além de poder contribuir com uma área pela qual tenho muito gosto na medicina. Os resultados deste trabalho foram apresentados à unidade assistencial onde o estudo foi redigido e, ao longo do restante de minha graduação, pude perceber a implementação dessas ideias na rotina da maternidade, como a valorização do contato pele a pele e da amamentação durante procedimentos dolorosos e como a presença de musicoterapia na sala de vacinação. Apresentei os resultados em congresso científico (Figura 2). Poder ter contribuído para a humanização do cuidado dos recém-nascidos na cidade onde estudei me proporcionou uma satisfação enorme e a certeza do potencial de melhora do cuidado médico, quando centrado no indivíduo e em suas necessidades.



Figura 2. Apresentação dos resultados do trabalho no 16º Congresso Paulista de Pediatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frias, L.; Lopes, N. Considerações sobre o conceito de dignidade humana. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 649-670, jul./dez. 2015.
2. Grassi, L.; Nanni, M. G.; Riba, M.; Folesani, F. *Dignity in Medicine: Definition, Assessment and Therapy*. *Curr Psychiatry Rep.*, v. 26, n. 6, p. 273-293, 2024.
3. Bettineli, L.A.; Waskiewicz, J.; Erdmann, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 231-239, abr./jun. 2003.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 15.126/2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2025/maio/nova-legislacao-inclui-atencao-humanizada-entre-os-principios-do-sus>
5. Buonaccorso, L. Training healthcare professionals to dignity-in-care: A systematic scoping review to determine the range and type of training opportunities for healthcare professionals. [S.l.], 2024.
6. Casate, J. C.; Corrêa, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-226, 2012.
7. Jung, C. G. Obras Completas. V olume VII. Estudos Sobre a Psicologia Analítica. 3. ed. Petrópolis: V ozes, 1991.
8. Lispector, C. Perto do Coração Selvagem. Rio de Janeiro: José Olympio, 1943.
9. Veloso, C. Força Estranha. 1989. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/caetano-veloso/44727/>. Acesso em: [30/10/2025].
10. Hugo, V. Os miseráveis. Tradução de Frederico Ozanam Pessoa de Barros. São Paulo: Martin Claret, 2015.
11. Druon, M. O Menino do Dedo Verde. São Paulo: [José Olympio], 2008.
12. Saint-Exupéry, A. O pequeno príncipe. Tradução de Dom Marcos Barbosa. 77. ed. Rio de Janeiro: Agir, 2009.
13. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-82.
14. Albuquerque A. Manual dos direitos dos pacientes. Belo Horizonte: Editora CEI; 2020.
15. Anand KJ, Hickey PR. Pain and Its Effects in the Human Neonate and Fetus. N Engl J Med. 1987;317(21):1321-9. 5.

16. Walker SM. Long-term effects of neonatal pain. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2019;24(4):101005.
17. Roué JM, Kuhn P, Lopez Maestro M, Maastrup RA, Mitanchez D, Westrup B, Sizun J. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2017;102(4):F364-F368.
18. Valete COS, Albuquerque A, Ferreira EAL, Bruno CH, Costa GAM. Reframing neonatal care from an empathic care perspective. *NCAJ.* 2023;9(3):117-20.
19. Taylor JM. Reliability. *J Nurs Educ.* 2021;60(2):65-6.
20. Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, Huy NT, Marušić A, Paul CL, Kwok J, Karbwang J, de Waure C, Drummond FJ, Kizawa Y, Taal E, Vermeulen J, Lee GHM, Gyedu A, To KG, Verra ML, Jacqz-Aigrain ÉM, Leclercq WKG, Salminen ST, Sherbourne CD, Mintzes B, Lozano S, Tran US, Matsui M, Karamouzian M. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med.* 2021;36(10):3179-87.
21. Meek JY, Noble L. Policy statement: breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2022;150(1):e2022057988.
22. Costa T, Rossato LM, Bueno M, Secco IL, Sposito NPB, Harrison D, Freitas JS. Conhecimento e práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor em recém-nascidos. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03210.
23. Capellini VV, Daré MF, Castral TC, Christofel MM, Leite AM, Scochi CGS. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev Eletr Enf.* 2014;16(2):361-9.