

# REVISTA DE EXTENSÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE CIÊNCIAS MÉDICAS

ISSN 2965-6400

## CRÔNICAS DO INTERNATO RURAL



Número 2 | 2024



# CRÔNICAS DO INTERNATO RURAL

2022

## ORGANIZADORES

---

Ângela Speciali Aroeira  
Bruno Porto Pessoa  
Claudirene Milagres Araújo  
Emanuel Vitor Guimarães (Coordenador)  
Francisco José Ferreira da Silveira  
Maria Elice Nery Procópio  
Wallace Di Flora

## APOIO

---

Setor de Pesquisa e Extensão da Faculdade  
de Ciências Médicas de Minas Gerais

## APRESENTAÇÃO

### **Fundação Educacional Lucas Machado (Feluma) \***

Presidente: Wagner Eduardo Ferreira

Vice-presidente: Neylor Pace Lasmar

Secretário-geral de Administração e Finanças: Eduardo Luis Guimarães Machado

### **Diretoria de Estratégia e Novos Negócios\***

Diretor de Estratégia e Novos Negócios: Flávio de Almeida Amaral

### **Diretoria\***

Diretor Executivo: Túlio Pedrosa Gomes

Diretor de Operações: Flávio Rocha Gonçalves

### **Reitoria\***

Reitor: José Celso Cunha Guerra Pinto Coelho

Vice-Reitora Educacional: Ana Paula Lima de Almeida Amorim

Vice-Reitora de Integração Docente Assistencial: Maria do Carmo

### **Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) \***

Diretor: Cláudia Lourdes Soares Laranjeira

Diretora de Graduação e 1ª Vice-diretora: Susan Martins Lage

Diretora de Pós-graduação e 2ª Vice-diretora: Marayra Inês França Coury

Diretor de Pesquisa e Extensão e 3º Vice-diretor: José Felipe Pinho da Silva

Secretário Geral: Jair Leopoldo Raso

Vice-diretora de Pós-graduação: Débora Lucciola Coelho

\* Corpo diretivo referente ao período de publicação da presente obra.

### **Projeto gráfico da capa, do miolo e editoração**

Caroline Gischewski

É com muito orgulho que apresentamos a segunda edição do livro “Crônicas do Internato Rural”. São mais 72 crônicas para registrar esse diferencial dos nossos projetos pedagógicos.

A primeira edição, em 2022, trouxe 61 crônicas, textos que nos fazem refletir e entender a profundidade dessa estratégia pedagógica.

Em média, nossos alunos ficam 10 semanas imersos em um município do interior de Minas Gerais. Oportunidade para aprender muito além da técnica profissional, o Internato de Saúde Coletiva (carinhosamente chamado de Internato Rural) mostra-se como um importante cenário para aprender a conviver.

Nessas comunidades, algumas delas pequenas e carentes, o aluno mantém contato muito próximo com a população, os pacientes, os colegas de equipe e o poder público municipal. A vivência no Sistema Único de Saúde ocorre de uma forma intensa. E todos os alunos retornam para Belo Horizonte com o mesmo discurso: “volto com uma outra visão de mundo e da profissão”.

A Ciências Médicas e a Feluma continuam trabalhando para que essa transformação na trajetória acadêmica impacte de forma significativa o sistema de saúde e o mundo do trabalho. Parabéns à equipe organizadora do livro!

Rafael Duarte Silva

**DIRETOR DE INTERIORIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO**

## LISTA DE SIGLAS

ACS–Agente Comunitário de Saúde  
AIDS–Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
CAPS–Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS-AD–Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
Covid-19–Doença por Coronavírus 2019  
CRAS–Centro de Referência em Assistência Social  
DST–Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ESF–Estratégia de Saúde da Família  
HIV–Vírus da imunodeficiência Humana  
HPV–Papilomavírus Humano  
IST–Infecções Sexualmente Transmissíveis  
IBGE–Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LIBRAS–Linguagem Brasileira de Sinais  
NASF–Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PSF–Programa de Saúde da Família  
SAMU–Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SUS–Sistema Único de Saúde  
UBS–Unidade Básica de Saúde

## PREFÁCIO

O Internato de Saúde Coletiva é uma disciplina do currículo dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Psicologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Realizado sob a forma de estágio, é conhecido na comunidade acadêmica da Faculdade pelo nome corrente de “Internato Rural”; com frequência os alunos se referem a ele, carinhosamente, como “o Rural”.

O campo de atividades do Internato localiza-se em municípios do interior de Minas Gerais, onde o aluno reside por um período de dez a doze semanas, conforme o currículo do seu curso. Os alunos que não podem ir para o interior (geralmente casados ou que trabalham) podem cursar a disciplina em Belo Horizonte.

A supervisão dos alunos é realizada regularmente por uma equipe de docentes, de forma presencial e à distância (no Ambiente Virtual de Aprendizagem), com a finalidade de acompanhar as atividades realizadas, apoiar os alunos e contribuir, da melhor maneira possível, para o seu processo de aprendizagem.

Para implantar o Internato nos municípios firma-se um convênio entre a Faculdade Ciências Médicas e as Prefeituras Municipais, que estabelece as contrapartidas para ambas as partes.

O cenário de práticas do Internato compreende contextos dos serviços de saúde distintos daqueles que os alunos costumavam ter contato até então, nos cursos de graduação, tais como o ambulatório da Faculdade e alguns hospitais de Belo Horizonte.

Assim, as atividades desenvolvem-se basicamente no nível de Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Os estudantes atuam nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios, integrando-se com as equipes da Estratégia de Saúde da Família e participando ativamente das atividades que elas realizam, especialmente daquelas referentes à Promoção da Saúde.

Procura-se compreender o contexto de vida da população, como o processo saúde-doença se desenvolve e quais são seus determinantes e condicionantes, realizando-se, com frequência, levantamentos epidemiológicos.

Nas atividades do Internato, estimula-se o desenvolvimento das competências estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, nas áreas temáticas da atenção, gestão e educação em saúde.

Na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, busca-se contribuir com o esforço das equipes locais para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, realizando-se ações de atenção à saúde, recuperação e reabilitação, bem como de prevenção de doenças.

Em conjunto com os profissionais de saúde dessas equipes, realizam-se ações de educação em saúde com grupos operativos (hipertensos, diabéticos, gestantes, de dor lombar e outros) e outros públicos, como os escolares, discutindo-se aspectos relacionados aos cuidados com a saúde e à prevenção de doenças.

Dedica-se também uma atenção especial às ações de capacitação e treinamento dos profissionais de saúde dos municípios, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os alunos costumam acompanhar o processo de gestão dos sistemas municipais de saúde, especialmente no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, o que representa uma ótima oportunidade para conhecer melhor seu funcionamento e contribuir para a sua organização.

No Internato atua-se de forma integrada com as instituições públicas e as diversas Organizações Não-Governamentais existentes no município, procurando-se construir parcerias, com o propósito de melhorar as condições de vida e o nível de saúde da população.

Os estudantes convivem com a população, conhecendo suas necessidades e apoiando seus esforços em busca de acesso aos recursos e às políticas públicas que possam melhorar suas condições de saúde.

Esse convívio e uma proximidade maior, que ocorre no contato diário com as pessoas, com os pacientes e seus familiares, especialmente nas visitas domiciliares, constituem uma ótima oportunidade para conhecer melhor a comunidade, sua cultura e como as pessoas vivem no dia a dia.

Na medida em que insere os acadêmicos nos serviços do Sistema Único de Saúde, nos municípios e nas redes de atenção em saúde regionais, o Internato propicia uma imersão no mundo do trabalho, um ambiente de aprendizagem inesgotável, em um contexto que favorece sobremaneira o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, indispensáveis à formação profissional.

Assim, o que geralmente se observa é que no Internato ocorre uma enorme ampliação da responsabilidade, da iniciativa e da autonomia dos alunos, como eles próprios costumam reconhecer.

Dessa maneira, o Internato constitui um momento no curso de graduação que possibilita grandes experiências e aprendizados, tanto do ponto de vista profissional quanto pessoal.

O reconhecimento da enorme riqueza dessas experiências e da importância e necessidade de registrá-las, levou os docentes da disciplina a proporem, há alguns anos, que elas passassem a ser registradas em um texto específico, o portfólio.

Neste texto, propõe-se que o aluno relate as situações e experiências que viveu, em qualquer contexto do Internato, e faça, livremente, suas reflexões sobre as mesmas.

Os textos do portfólio geralmente trazem relatos singelos e de uma grande sensibilidade que, com frequência, nos emocionam em sua leitura.

Durante o período completo do Internato os alunos escrevem alguns textos, que são discutidos regularmente com os docentes nas supervisões realizadas.

A proposta de preparar esta publicação surgiu do interesse em divulgar os portfólios para a comunidade acadêmica, da Faculdade Ciências Médicas e de outras instituições de ensino superior, e para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, com a expectativa de contribuir para ampliar o debate e a mobilização, na área de saúde e na própria sociedade, que tenham como propósito melhorar as condições de saúde da nossa população.

Assim, a publicação reúne alguns desses portfólios, escritos por alunos de Fisioterapia, Medicina e Psicologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, durante o ano de 2022.

Os textos foram selecionados, inicialmente, pelos professores supervisores do Internato de Saúde Coletiva. Posteriormente cons-

tituiu-se uma Comissão Organizadora, integrada pelos professores Ângela Speciali Aroeira, Bruno Porto Pessoa, Claudirene Milagres Araújo, Emanuel Vitor Guimarães, Francisco José Ferreira da Silveira, Maria Elice Nery Procópio e Wallace Di Flora, que dedicou-se, ao longo de 2023 e 2024, à minuciosa e detalhada tarefa de organizar e preparar esta publicação.

Agradecemos ao Setor de Pesquisa e Extensão e aos docentes e funcionários da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais que colaboraram para tornar possível esta publicação.

Desejamos a todos uma ótima e agradável leitura!

**Professor Emanuel Vitor Guimarães**

---

**COORDENADOR DA COMISSÃO ORGANIZADORA**

## NOTA DE ESCLARECIMENTO

Esta publicação apresenta alguns portfólios de estudantes de Fisioterapia, Medicina e Psicologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Com o propósito de preservar o sigilo e a privacidade das pessoas, dos pacientes e seus familiares, todos os nomes pessoais são apresentados de forma fictícia, como nomes da mitologia grega e de pedras preciosas. Com a mesma finalidade, quase todos os nomes de centros de saúde, comunidades, distritos e municípios de Minas Gerais, nos quais o Internato de Saúde Coletiva desenvolve suas atividades, foram retirados.

## SUMÁRIO

### 01

#### 17 CONHECENDO AS PESSOAS, A CULTURA E OS LUGARES DA MINHA CIDADE

- 19 SEMELHANÇAS
- 21 UM OLHAR SOBRE A VIDA NA ZONA RURAL
- 25 MEDICINA ALÉM DO CONSULTÓRIO
- 27 VISITA À ZONA RURAL

### 02

#### 29 AS CONDIÇÕES DE VIDA E A SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS PESSOAS

- 31 ALÉM DOS MUROS DA FACULDADE
- 36 LOMBALGIA E SAÚDE RURAL: UM OLHAR BIOPSIKOSSOCIAL
- 39 SAINDO DA BOLHA
- 42 AS PRIMEIRAS VIVÊNCIAS NO INTERNATO RURAL
- 44 ALÉM DAS PRESCRIÇÕES: A HUMANIZAÇÃO NO TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL
- 47 VISITA DOMICILIAR: UM PACIENTE INCOMUM
- 51 A COLHEITA DO CAFÉ

## 03

### 53 VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA SAÚDE

- 55 OTITE AGUDA
- 58 A IMPORTÂNCIA DE UMA BOA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
- 61 O CUIDADO MULTIDISCIPLINAR COMO PONTO-CHAVE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
- 65 INDIGNAR-SE É NECESSÁRIO

## 04

### 69 CONHECENDO O SISTEMA DE SAÚDE (AS UNIDADES DE SAÚDE E SEUS PROFISSIONAIS, O FUNCIONAMENTO DO SUS)

- 71 O SUS FUNCIONA
- 74 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NO CENTRO DE SAÚDE
- 77 VISITAS DOMICILIARES
- 79 SOBRE A VIVÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO
- 83 TRABALHAR EM EQUIPE: A EXPERIÊNCIA DE VIVER EM COMUNIDADE E COMPARTILHAR EMOÇÕES NO AMBIENTE LABORAL
- 86 REFLEXOS DA SOBRECARGA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

## 05

### 89 ATENÇÃO À SAÚDE

- 91 A IMPORTÂNCIA DE UM OLHAR ATENTO AO PACIENTE
- 94 O PODER DA PREVENÇÃO
- 97 INSUSTENTÁVEL DICOTOMIA: PSIQUÊ E CARNE
- 102 UM PACIENTE DIFÍCIL
- 105 ATENÇÃO DOMICILIAR: CUIDADO, CARINHO E CONFORTO NA PRÁTICA CLÍNICA
- 108 AS SEMANAS INICIAIS DA MELHOR EXPERIÊNCIA DA GRADUAÇÃO
- 111 OS ESTIGMAS DO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL QUE AINDA PERDURAM ENTRE OS PACIENTES
- 114 DOS DRAGÕES
- 116 ÀS QUARTAS-FEIRAS
- 118 LAÇOS, LANCES E PARTIDAS DE FUTEBOL

## 06

### 121 FAZENDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- 123 UMA RODA DE CONVERSA DIFERENCIADA
- 127 EDUCAÇÃO SEXUAL EM UMA ESCOLA ESTADUAL
- 130 EM SINTONIA COM A CIDADE
- 132 É CUIDANDO DAS RAÍZES QUE OBTÊM-SE BONS FRUTOS

## 07

### 135 CUIDADOS PALIATIVOS EM SAÚDE

- 137 UMA JORNADA DE EMPATIA: LIÇÕES DE VIDA E HUMANIDADE
- 139 RESILIÊNCIA FRENTE AO DESFAVORÁVEL
- 141 ACOLHER E CONFORTAR
- 144 A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO PALIATIVO PARA O PACIENTE E OS FAMILIARES
- 148 SÓ A PRÁTICA ENSINA
- 151 PSICOLOGIA NO HOSPITAL: UMA PSICOLOGIA CLÍNICA

## 08

### 153 APRENDENDO COM AS PESSOAS E AS SITUAÇÕES

- 155 A FIGURA DE POLIDORO
- 159 BOAS LEMBRANÇAS
- 162 DESAFIO E APRENDIZADO: UMA CONSULTA PEDIÁTRICA COM BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO
- 165 UMA EXPERIÊNCIA QUE COMPLEMENTA
- 168 “LINO”
- 170 LONGEVIDADE
- 172 CONHECENDO AS DIFERENTES FORMAS DE ENVELHECER
- 175 VULNERABILIDADE CLÍNICA E SOCIAL—MUITO ALÉM DO QUE A MEDICINA PODE “TOCAR”

## 09

### 179 EMPATIA, HUMANIDADE E SOLIDARIEDADE

- 181 MEDICINA BASEADA EM VIRTUDES
- 184 REALIDADE ENQUANTO REFLEXÃO
- 186 A JORNADA DO PACIENTE
- 188 VENCENDO MEDOS
- 192 HUMANIDADE NO LUTO
- 195 QUANDO TERMINA NOSSA RESPONSABILIDADE?
- 197 AMOR DE IRMÃOS
- 200 O CÃO AMIGO
- 203 O ANJO
- 205 O PODER DA ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE

## 10

### 209 HISTÓRIAS DE LUTA E SUPERAÇÃO

- 211 O AMOR TRANSFORMA
- 214 ESCUTA ENQUANTO REALIDADE
- 216 ENTRELINHAS: ADENTRANDO A ESSÊNCIA DO NÃO DITO
- 221 UMA RECEITA DE BORDADO

## 11

### 223 DESPEDINDO DO INTERNATO RURAL E REFLETINDO SOBRE O SEU LEGADO

- 225 EXPERIÊNCIAS INICIAIS NO INTERNATO DE SAÚDE COLETIVA
- 228 ADEUS INTERNATO RURAL
- 233 MINHA PEQUENA GRANDE CIDADE
- 235 FICAM AS SAUDADES
- 237 FIM DO INTERNATO: A TRISTEZA DA DESPEDIDA  
E A ALEGRIA DE MAIS UMA BATALHA VENCIDA
- 239 INTERNATO DE OURO
- 241 CALMARIA E CRESCIMENTO NO INTERIOR
- 243 ENTRE DÚVIDAS E INCERTEZAS, A REALIZAÇÃO!
- 245 VIVÊNCIA E CONVIVÊNCIA NO INTERNATO RURAL



# 01

## CONHECENDO AS PESSOAS, A CULTURA E OS LUGARES DA MINHA CIDADE



## SEMELHANÇAS

TAFNES TAVARES SANTOS <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Hoje é 23 de setembro, dia em que concluímos 80% do tempo que ficaremos no Internato de Saúde Coletiva. De certa forma, isso me traz ares de final de Internato, momento de analisar, ponderar e entender o que vivi até aqui.

Neste texto, inicialmente eu pensei em falar sobre o funcionamento e as características de cada equipe de PSF do município, mas a reflexão sobre as diferenças entre elas me levou por um outro caminho.

Eu nasci e cresci em Belo Horizonte. Há quem diga que a capital de Minas Gerais é uma “roça grande”. Agora que estou no interior, para mim, isso parece um pouco equivocado. Um dia desses, conversando com um adolescente, perguntei o que ele desejava do futuro e ele respondeu que queria ser fazendeiro. Vira e mexe faço a mesma pergunta em Belo Horizonte e, garanto, nunca ouvi uma resposta que se aproximasse disso.

Nossa cidade do Internato é “ruralíssima”. A maior parte de seu território é rural, bem como grande parte da população vive ou se relaciona ativamente com esse ambiente. É na roça que a maioria das pessoas trabalha, tira seu sustento e, também, se diverte.

Uma semana atrás fomos à festa do produtor rural da cidade. A abertura do evento começa convocando as personalidades importantes da cidade: o prefeito, os secretários, as pessoas responsáveis pelo evento e tudo o mais. Depois, entram os peões com suas roupas características, bordadas com palavras de fé. Em seguida, moças jovens carregam algumas bandeiras e depois entram com a imagem de Nossa Senhora Aparecida. Uma bonita voz enche o ambiente com uma canção sertaneja e o evento se inicia com fogos, luzes e tudo mais, como se fosse o ano novo para quem é da cidade.

E era peão no lombo de touro brabo... poucos segundos depois, peão no chão quase pisoteado. Tem touro que volta pela porteira de onde saiu, tem touro que avança sobre a plateia e passa o chifre onde, antes, meu braço estava encostado. Saí de perto, algum tempo depois fiquei sabendo que, para um dos peões, o “quase pisoteado” virou pisoteado de fato. A gente, que é da saúde, pensa logo em problema sério, risco grande... me contaram que ele foi o melhor da noite e, de fato, ganhou o troféu. Na cabeça de uma criança de 9 anos, que encontrei no consultório essa semana, ele era um herói.

Minha mente de pessoa da cidade logo pensa: pra subir em touro, só sendo louco. Como se a gente não fizesse um bocado de insanidade na capital...

As pessoas por aqui são diferentes. A prosa, o sotaque, o jeito como se vestem, os desejos, as fontes de diversão, as preocupações... Aquela atmosfera regada a música sertaneja me fez entender melhor a cidade. A fé, o amor à terra, o orgulho e o sentimento de pertencimento. As diferenças existem, mas há também muitas coisas que nos aproximam.... e isso é bonito demais.

## UM OLHAR SOBRE A VIDA NA ZONA RURAL

**FERNANDA DUARTE OLIVEIRA LAGE<sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Belo Horizonte é a cidade em que nasci e fui criada, mas sempre que me perguntam de onde eu sou, sinto o ímpeto de responder que sou de Itambé. Isso porque toda a minha família provém desse pequeno município, que fica no interior de Minas Gerais. A parte materna da minha família, mais especificamente, é, como a gente diz, “da roça”. Não é fazenda nem sítio, é roça mesmo. Meus avós criaram sete filhos em uma casa em que tudo que se conseguia enxergar ao redor era mato, não havia nenhuma outra casa à vista. O sustento da família vinha do que se cultivava e dos litros de leite vendidos à cooperativa.

Os filhos dos meus avós nasceram entre o início da década de 60 e o finalzinho da década de 70, e todos foram, pouco a pouco, deixando a roça para ir “fazer a vida” na cidade. Esse processo na minha família ocorreu também com muitas outras naquela época e determinou um movimento migratório que marcou o Brasil do século passado, o êxodo rural. Por esse contexto pessoal, tinha a impressão de que poucas pessoas ainda viviam nessas roças no interior de Minas, e quem ainda morava lá eram pessoas idosas que viveram no local a vida toda.

Na última semana, tive a oportunidade de fazer visitas domiciliares com as Agentes Comunitárias de Saúde e finalmente conhecer a zona rural do município, que já sabia que era extensa, mas mesmo assim me surpreendi. Na primeira microárea que visitei existe um pequeno povoado e várias fazendas próximas. O que me chamou a atenção, em primeiro lugar, foi a natureza do local, muito diferente da que estou acostumada. Campos extensos garantem uma estrada mais retilínea, o chão de terra possui um tom esbranquiçado e as árvores são contorcidas e espalhadas; mas o rio se impõe e contrasta com a aridez do local.

Já na primeira casa que visitei me surpreendi com a idade dos moradores: um casal com quarenta anos e com filhos pequenos. Isso mudou a minha expectativa quanto ao perfil de moradores da zona rural e as outras casas que visitei corroboraram os diferentes formatos de família: uma mãe com um filho adolescente; um casal de vinte e poucos anos com um recém-nascido; um idoso e sua filha mais nova, que cuida do pai; uma casa com três irmãos, com cerca de cinquenta anos, que cuidam de um deles, que possui uma deficiência intelectual.

As moradias, em sua maioria, são bem típicas de zona rural, com fogão a lenha, hortas extensas, varanda na porta, criação de animais e cachorros que vigiam quem chega.

Fui também em outra microárea, que é composta por remanescentes de povos quilombolas. É um povoado distante do centro urbano do município e bastante extenso. Como a outra microárea, também possui um pequeno povoado, com uma escola, uma local que funciona como uma unidade de saúde, e diversas fazendas ao redor. No geral, os dois povoados se assemelham em diversos aspectos, mas as famílias do primeiro, em geral, possuem

um nível econômico menor e apresentam condições sociais e de saúde mais complexas.

Ao visitar muitas dessas casas na zona rural, tive um pouco da sensação de “voltar no tempo”, como se aqueles locais ainda não tivessem sido atingidos pelo ritmo dos dias atuais. Mas só de conversar brevemente com os moradores, dá para perceber que eles estão atentos ao que acontece na cidade e no mundo—por mais que ainda exista uma limitação de sinal de celular e de internet, muitos conseguem se manter informados.

Chama a atenção, também, como a assistência à saúde desses moradores é garantida, o que ocorre, principalmente, pelo trabalho integrado dos profissionais da equipe de Saúde da Família, especialmente das Agentes Comunitárias de Saúde. As Agentes conhecem muito bem o contexto social e de saúde dos habitantes, e quando necessário, levam receitas e buscam medicamentos para os moradores, informam e ajudam a organizar as datas de exames, além de serem o canal de comunicação entre toda a equipe de saúde e os moradores. Eu confesso que ainda me surpreendo com a importância dessas profissionais.

Penso que muitas famílias, assim como a minha, deixaram o campo pelas dificuldades de viver em lugares de difícil acesso, longe de estabelecimentos comerciais, centros de saúde ou de lazer; locais em que o trabalho braçal é necessário para as pessoas se manterem e a falta de oportunidades de estudo e de empregos afastam as novas gerações.

Nesse contexto, acredito que, entre outros motivos, muitas famílias só conseguem se manter bem nesses locais porque há um sistema de saúde que consegue cuidar dessa população. De modo diferente do que eu imaginava, muitas famílias ainda vivem e pla-

nejam continuar na zona rural e é incrível que, mesmo com dificuldades, a equipe de Saúde da Família consiga dar uma assistência de qualidade a essa população.

## MEDICINA ALÉM DO CONSULTÓRIO

**MARIA CLARA NONATO SOARES GOMES <sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

A experiência que escolhi para relatar aconteceu em 14 de setembro, pois neste dia eu conheci uma comunidade quilombola que pertence à área de abrangência do município, porém fica na divisa com um município vizinho. Parti do Centro de Saúde por volta das 07:30, junto com o médico da equipe e a técnica de enfermagem. A Prefeitura disponibiliza um carro para fazer o transporte e os pacientes são agendados previamente, conforme a demanda. Os atendimentos são realizados em uma unidade de saúde improvisada em uma casa, com um consultório, uma sala de apoio, uma cozinha e uma recepção.

Durante a manhã, foram atendidas pessoas de todas as faixas etárias, conforme a demanda da população. Um paciente que não havia sido agendado previamente, mas estava com um quadro de lombalgia aguda, também foi avaliado. Já durante a tarde, foram realizadas consultas de puericultura, para avaliar as crianças da região.

A experiência foi muito rica, porque eu nunca havia conhecido uma comunidade quilombola anteriormente e nem realizado atendimentos em uma zona rural. Portanto, além de entregar pedidos de exames e encaminhamentos, foi possível perceber as carências da

comunidade, como a falta de água tratada e a dificuldade para pegar medicação, que só é distribuída na sede do município.

Outra dificuldade é a baixa renda da população e seu acesso limitado às informações, o que faz com que, nos atendimentos, seja necessário orientar de uma maneira didática e realmente acessível, para as pessoas compreenderem.

Por conseguinte, entender um pouco mais a dinâmica e a organização local foi muito enriquecedor, para perceber que existe toda uma população que vive ali, afastada dos grandes centros, e que possui suas demandas, crenças e particularidades, mas também se organiza de uma maneira diferente e única.

Foi possível, ainda, perceber a dificuldade do município em atender essa população de forma adequada, pela distância e a falta dos recursos para ampliar a ajuda oferecida, como uma unidade de saúde com boa infraestrutura e que ofereça mais serviços e profissionais voltados à assistência à saúde.

Por fim, foi uma experiência de grande valor, também, no âmbito pessoal, que me permitiu aprender muito sobre uma comunidade quilombola, além de expandir minha prática, de forma que eu entenda as dificuldades e faça o melhor possível para a população. Foi muito importante também conhecer a equipe de uma outra unidade de saúde, que opera de um modo muito particular e agrega visões diferentes do mesmo município.

## VISITA À ZONA RURAL

**VICTOR ARAÚJO SOARES<sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

As visitas a dois distritos, localizados na zona rural do município, consistem em um dos momentos mais importantes da rotina do Internato Rural. Elas são intercaladas e realizadas na sexta-feira pela manhã.

O deslocamento até o primeiro distrito é realizado em parte por estrada asfaltada e em parte por estrada de terra, com uma duração de aproximadamente 30 minutos. Os atendimentos são realizados em um centro de apoio, montado exclusivamente para uso da equipe de saúde nos dias programados, com pacientes específicos já agendados.

Diante das oportunidades que tive de acompanhar a equipe nos atendimentos, o que mais me chamou a atenção foi a diferença entre o perfil dos pacientes atendidos da zona urbana e na zona rural.

Nas proximidades do Centro de Saúde da zona urbana, podemos identificar problemas variados, dentre eles a violência urbana e doméstica, o desemprego, a dependência econômica de atividades informais e a baixa escolaridade. O atendimento às mais variadas queixas de saúde, assim como as consultas de acompanhamento, é facilitado pela proximidade com o Centro de Saúde.

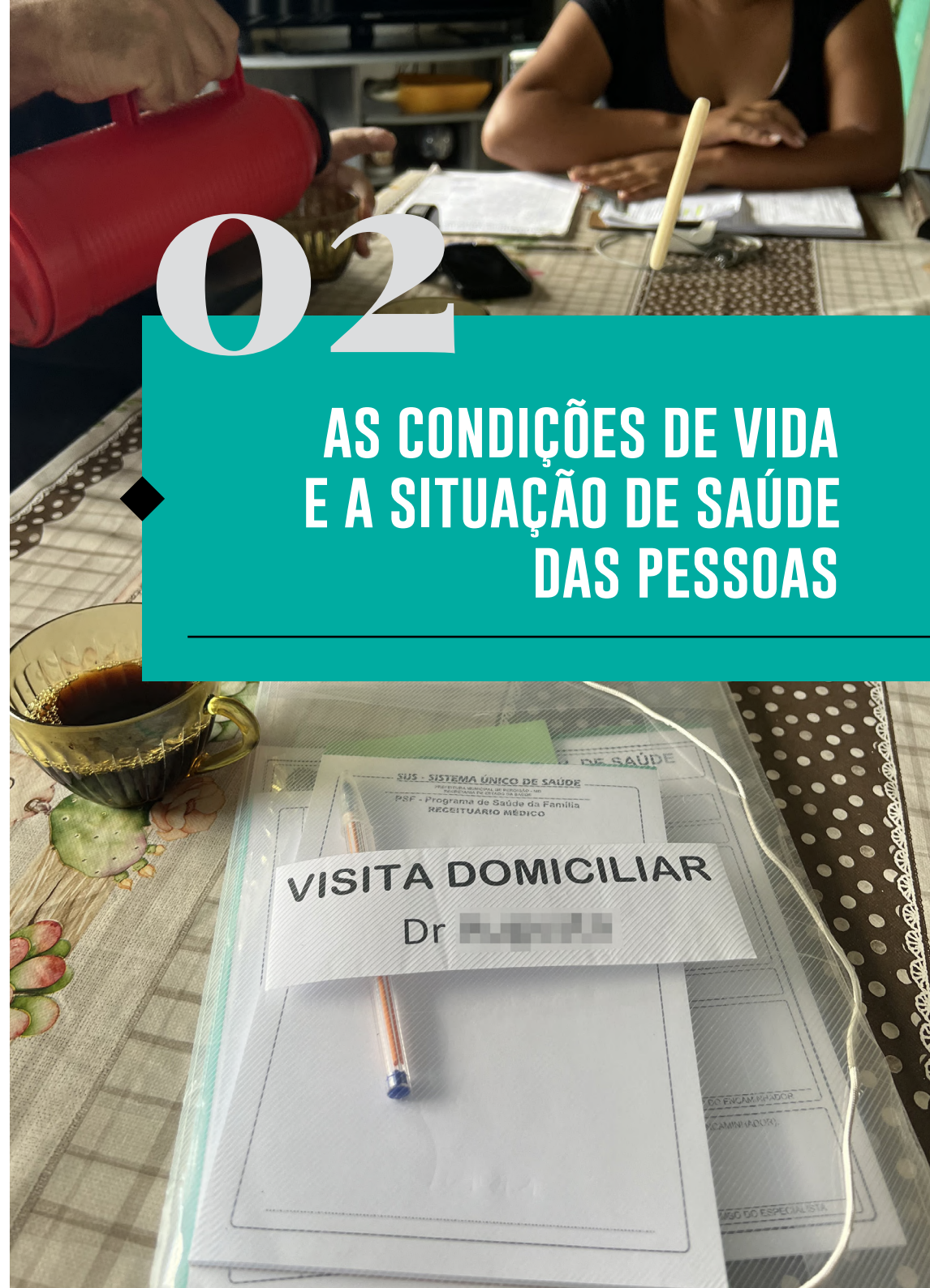
Por outro lado, os residentes na primeira comunidade da zona rural enfrentam problemas de acesso aos serviços de saúde, com uma alta dependência das visitas realizadas pela equipe de saúde

quinzenalmente, às sextas-feiras. A população depende economicamente de atividades quase exclusivamente agropecuárias e a escolaridade é muito baixa. O atendimento das urgências depende do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que pode apresentar demora; em alguns casos mais extremos os moradores dependem da colaboração dos vizinhos (com seus veículos) para seguirem para as Unidades de Pronto Atendimento.

Durante as consultas, percebi uma diferença significativa em relação à comunicação com os pacientes dessa comunidade. Eles usam expressões e palavras diferentes para designar sintomas, que eu nunca tinha ouvido. A prevalência de problemas de saúde relacionados ao saneamento básico é constante; os casos de verminoses, dermatofitoses e os acidentes com animais peçonhentos são muito frequentes.

Em relação à segunda comunidade da zona rural, o contexto geográfico se destaca ainda mais. O deslocamento é realizado majoritariamente por estrada de terra, com uma duração de mais de 50 minutos, em um acesso muito dificultado. A população se assemelha muito com a população da primeira comunidade da zona rural e os problemas de saúde são semelhantes; além disso, os problemas sociais também diferem da população da zona urbana.

Durante todas as visitas realizadas tive a oportunidade de conhecer cada vez mais as características das duas zonas rurais e dos seus moradores. Estive diante de situações únicas e uma boa comunicação foi fundamental para a resolução dos mais variados problemas. Realizar o Internato de Saúde Coletiva em uma unidade de saúde da periferia da zona urbana me proporcionou conhecer e entender melhor os problemas enfrentados no meio urbano e no meio rural, uma experiência que nem todos os meus colegas puderam usufruir.





## ALÉM DOS MUROS DA FACULDADE

ISABELLA VICTORIA DA CUNHA PEIXOTO RIBEIRO <sup>1</sup>, HORÁCIO PEREIRA DE FARIA <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Hoje faz duas semanas que estamos no município e tem sido uma experiência incrível. A realidade e a dinâmica da cidade são bem diferentes das que estou acostumada e isso me deixa maravilhada, pois sempre gostei do que me tira da minha zona de conforto.

Acontece que, logo no meu primeiro dia no Centro de Saúde, tive a oportunidade de acompanhar a equipe de Saúde da Família em suas visitas domiciliares na zona rural. Passamos pela casa de quatro pacientes pela manhã, mas uma em particular me chamou muito a atenção e me marcou de uma forma muito intensa. Até hoje não consigo tirar da minha cabeça e confesso que às vezes até sonho com isso, pois apesar de ter sido uma experiência rica, foi bem dolorosa para mim.

A princípio parecia uma visita normal, mas logo percebi que o clima no carro mudou e a Agente Comunitária de Saúde disse que o pai dela não deixava ela ir sozinha nessa casa; achei estranho, mas não questionei. Paramos o carro, abrimos duas cancelas e, ao subir um morro, vi a casa de uma senhora. Uma casa muito pequena; por fora parecia bem cuidada, branca e de janelinhas azuis. Me lembrou muito o estilo de casa da fazenda da minha família.

Mas ao olhar em volta vi galinhas depenadas, cachorros muito emagrecidos e percebi que se tratava de uma pessoa bem carente. De qualquer forma, eu não estava pronta para o que estava prestes a vivenciar. Quando demos a volta pelos fundos vi um quintal mal cuidado, com um cercado cheio de galinhas mal cuidadas também e um cheiro muito forte.

Pouco tempo depois uma senhora abriu a porta e colocou apenas sua cabeça para fora, dizendo que não queria que nós entrássemos em sua casa. A enfermeira sugeriu então que ela saísse e se sentasse em um banquinho que estava na parte externa, mas a senhora disse que o banquinho era muito baixo e que ela não conseguia. Por fim, e com muito custo, conseguimos entrar na casa.

Na parte interna me deparei com uma casa caótica, completamente desorganizada e cheia de entulhos. O teto não tinha forro (algo comum em áreas rurais), havia muitas teias de aranha (com várias aranhas), algumas vigas estavam quebradas e não vi sequer uma lâmpada. O concreto do chão estava em mal estado, manchado e irregular. Os cômodos da casa eram separados por portais, mas sem portas, apenas com um pano rasgado no lugar.

A casa era escura, úmida e parecia não ter sido aberta ou limpa há muito tempo, pois o cheiro lá dentro era muito forte. Dei uma boa olhada na cozinha, que tinha um armário muito empoeirado, com caixas de remédios abertas e cobertas de poeira também, um fogão sujo e uma geladeira. Nessa hora me lembrei que não tinha ido olhar a casa, mas sim uma senhora, que obviamente precisava muito de nossa ajuda.

A senhora tinha uma pele escurecida e estava bastante emagrecida. Ela media cerca de 1,50 metros, mas aparentava ser menor ainda, pois andava encurvada para a frente, com a ajuda de um

pedaço de pau, que em certo momento caiu no chão e que, se eu não tivesse abaixado para pegar, teria ficado no chão, pois ela não conseguia abaixar para pegar.

Suas mãos estavam em posição de garra e ela só conseguia esticar os dedos e os braços se fizesse muita força e empurrasse com o outro membro. Aquilo foi o que faltava para os meus olhos se encherem de água; achei que não ia conseguir ficar dentro da casa para o atendimento e apesar de ter ficado, não soltei uma palavra sequer, porque elas me fugiam.

A enfermeira então mediu a pressão arterial da senhora, que estava em 160x110 e ao tentar medir a glicemia teve dificuldade, pois foi difícil furar a sua pele grossa e ao tentar fazer a expressão no local da picada, o sangue demorou muito para sair. Quando finalmente conseguiu, a glicemia também estava alterada. Logo depois, a médica fez a ausculta cardíaca e pulmonar da paciente, que estavam normais, e começou a conversar com ela.

Nessa conversa descobrimos que seu filho adotivo tinha sido preso, devido a um episódio de violência em que se envolveu. Com o filho preso, a paciente ficou sozinha, mas ela disse que todos os dias um sobrinho dela passa em sua casa para cuidar das galinhas e que, fora isso, ela não tem nenhuma companhia.

Questionamos os hábitos alimentares da senhora e, para nossa surpresa, ela não comia desde as 15 horas do dia anterior (no momento da visita eram 10 horas da manhã), quando o seu sobrinho cozinhou um pouco de arroz para ela. Ela nos contou que não consegue mais segurar as colheres para cozinhar e que não consegue lavar as louças; assim, não consegue se alimentar sem ajuda. Os vizinhos, que produzem leite, se negam a vender leite para ela, ela

então fica sem ter o que comer ou beber, pois não consegue sair de casa para comprar.

Apesar de todas as dificuldades, percebemos que estávamos diante de uma senhora de 95 anos muito lúcida, que sabia onde todos os seus familiares (que eram muitos) moravam, quem eram e o que faziam.

A princípio, perguntamos se ela estaria disposta a fazer alguns exames e foi quando descobrimos que ela também passa por inúmeros problemas financeiros e mal tem dinheiro para se alimentar. De qualquer forma, quando contamos que os exames e o transporte seriam de graça, ela se mostrou aberta a ir.

Descobrimos também que ela possui uma casa na cidade, o que tornaria muito mais fácil o tratamento dela, porém ela se mostrou resistente a mudar, pois acredita que, se sair de sua roça, suas coisas serão roubadas e seu filho não terá nada ao voltar, quando sair da cadeia.

Após uma discussão sobre a abordagem e o que ela estava disposta a fazer, perguntamos se ela queria ajuda para cozinhar algo, que ela não aceitou, e resolvemos que era melhor ir embora para acionar a Assistência Social e a família.

Nos despedimos e eu permaneci muda, pois não sabia lidar com um problema de tamanha dificuldade e nem sabia como me portar diante do que estava acontecendo. Para isso, eu não fui preparada pela Faculdade ou por qualquer experiência de vida.

Sáímos e fomos direto para a casa dos familiares, que ela havia nos informado onde moravam. Eles então expuseram a nós que vêm tentando tirá-la da roça há meses e que ela não aceita ajuda ou mesmo se mudar.

Eu passei o resto do dia esgotada emocionalmente. Não sei se consegui transmitir tamanha carência e a complexidade do problema, mas sei que foi algo que me marcou muito. Com isso aprendi que temos que trabalhar com o que está ao nosso alcance e respeitar as decisões dos pacientes, mesmo que seja totalmente contrária ao que consideramos ser melhor para eles.

Apesar de tudo, a experiência foi necessária. É muito complicado formar em Medicina sem conhecer diferentes realidades, pois quando formos médicos e formos os responsáveis por lidar com situações adversas e que não foram ensinadas a nós, temos que, pelo menos, ter a noção de que nem tudo é como a gente vê na Faculdade.

## LOMBALGIA E SAÚDE RURAL: UM OLHAR BIOPSISSOCIAL

LUIZA MENDES FONSECA <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Desde o início da graduação escutamos o tanto que as doenças crônicas estão protagonizando o cenário de saúde mundial, com enfoque para a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. No PSF podemos ver claramente que este cenário é real e é extremamente preocupante.

Ao chegar no Internato eu já estava esperando uma alta demanda de pacientes hipertensos e diabéticos, mas eu não estava esperando que também fosse atender um número tão alto de pacientes com queixas de lombalgia. Todos os dias, pelo menos cinco dos quinze pacientes atendidos queixavam-se de “artrose”, “desgaste”, dor “nas cadeira” e “repuxamento na coluna”.

Inicialmente não parei muito para refletir sobre este cenário. Depois de alguns dias, vendo várias pessoas com queixa de lombalgia e dezenas de prescrições de analgésicos e anti-inflamatórios por semana, comecei a me perguntar o porquê desta prevalência tão significativa.

Creio que existem muitos fatores contribuintes, como as condições socioeconômicas, os hábitos de vida, a idade e a genética,

dentre outros, e que estes variam também conforme a população muda, nos diferentes territórios. Como exemplo, na população de uma equipe de PSF, os fatores mais relevantes parecem ser o socioeconômico e os hábitos de vida.

Comecei a reparar que a grande maioria dos pacientes com essas queixas não apenas era da zona rural, como também realizava trabalhos braçais pesados, sem nenhuma medida de proteção ou de segurança. Ou seja, podemos perceber a relevância de diversos aspectos da vida das pessoas no processo de desenvolvimento da dor lombar, sendo a vulnerabilidade social a mais gritante.

Em primeiro lugar, é preciso enfatizar a relevância do status socioeconômico de um indivíduo em seu processo saúde-doença. O trabalhador rural é um trabalhador extremamente vulnerável, é aquele que precisa ficar horas sob o sol, fazendo movimentos repetitivos e levantando peso, sem parar.

Se um profissional de saúde fica doente, ou se machuca, ele não apenas pode como têm o direito de se afastar de suas atividades e se recuperar, sem grandes prejuízos. Já o trabalhador rural vive daquilo que planta e colhe e, por questões de sobrevivência, não pode parar. Olhando por esse aspecto fica evidente que a lombalgia, o desgaste articular, a hérnia de disco e a escoliose são todas condições consequentes a uma vulnerabilidade social extrema.

Assim, concluo que, por mais frustrante que seja, nós, como profissionais da saúde, não conseguimos resolver os problemas socioeconômicos dos pacientes. Cabe a nós compreender o indivíduo como um todo, levando em consideração todos os fatores da sua vida que porventura estejam associados à queixa principal.

É a partir desse entendimento biopsicossocial que conseguiremos acompanhar os pacientes adequadamente, de modo longi-

tudinal, conscientizando-os, prescrevendo os medicamentos mais indicados e encaminhando-os para as devidas especialidades.

Talvez a lombalgia sempre vá existir no município, pois, afinal de contas, trata-se de uma cidade com um grande contingente populacional trabalhando na zona rural. Entretanto, não ser capaz de eliminar o problema da lombalgia não quer dizer que não exista nada que possamos fazer pelo nosso paciente.

## SAINDO DA BOLHA

**NICOLAS SEMAAN SILVEIRA <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Este texto aborda a minha primeira visita domiciliar, acompanhando a equipe de Saúde da Família. Essa foi uma experiência muito enriquecedora no âmbito pessoal e profissional, tendo em vista que foi necessário vivenciar uma experiência totalmente nova para mim, para conseguir ver de perto, e de forma íntima, a realidade de uma população carente, que difere muito da realidade em que vivo.

Enquanto estávamos nos dirigindo para a visita comecei a me sentir apreensivo, porque a Agente Comunitária de Saúde e a enfermeira, que já conheciam o paciente, conversavam sobre a gravidade do caso, o prognóstico muito ruim e a situação precária em que ele estava. Tratava-se de um paciente que era ex-usuário de álcool e drogas, tinha uma doença debilitante e não possuía mais sensibilidade do quadril para baixo.

Ao chegar no local fomos recebidos pela mãe do paciente, juntamente com mais três cachorros, que latiam muito, o que me fez pensar se eu poderia estar em risco, de alguma forma, ao realizar a visita. Assim que o portão se abriu, uma senhora que gritava com os cachorros nos recebeu, com um sorriso no rosto, e os cachorros,

que antes latiam, agora abanavam o rabo e queriam carinho dessas novas pessoas.

Nesse momento, me senti bem por cursar Medicina e me senti de certa forma importante para aquelas pessoas, ao mesmo tempo que sabia que teria responsabilidade em cuidar de um paciente em situação delicada.

Entrando no quarto do paciente, a primeira coisa que reparei foi que existiam três camas, em um cômodo pequeno e apertado. As paredes estavam trincadas, o teto não tinha forro, e os objetos não tinham lugar.

Novamente, mais um sorriso no rosto, mas dessa vez era do próprio paciente que, do início ao fim, foi muito receptivo e fez um pouco da tensão existente sair da minha cabeça.

O paciente necessitava de cuidados de fato? Muitos, pois ele estava acamado, não conseguia virar-se na cama, não conseguia ir ao banheiro sozinho, fazia apenas uma refeição por dia, possuía úlceras na perna e tinha uma saúde bucal comprometida.

Mas esse mesmo paciente sabia receber as pessoas, independente da sua condição social, da sua situação de saúde, das limitações do cuidado familiar e da higiene precária. Uma pessoa que ainda conseguia fazer algumas brincadeiras (mesmo diante das dificuldades), que ainda demonstrava vontade de melhorar, de lutar pela sua vida e sabia, também, da necessidade de continuar buscando a felicidade.

Ele conhecia todas as suas dificuldades, mas mesmo assim escolheu “correr atrás” da sua saúde, se preocupando em buscar novas receitas de medicamentos e uma nova cadeira, para tomar banho e fazer as suas necessidades básicas.

É importante destacar o engrandecimento que essa experiência trouxe para mim, pois posso considerar a minha condição social, e as minhas experiências, como uma verdadeira “bolha” social.

Nessa situação, tive que vivenciar uma realidade fora da minha “bolha”, ou seja, vivenciar o mundo da maioria, o mundo das dificuldades, o mundo real. Pela primeira vez, pude comparar a realidade da minha “bolha” com a realidade fora dela (em que vivem mais de 90% da população brasileira), cara a cara, como uma verdade nua e crua, que não tinha enfeite e nem maquiagem.

A meu ver, experiências como essa são necessárias, para conhecer a realidade dos nossos pacientes, para entender as suas necessidades de saúde e para enxergar que o mundo em que vivo não é representativo, é uma ilusão. E é graças ao Sistema Único de Saúde (SUS), e graças à Faculdade, que isso se faz possível.

Por fim, é importante destacar o empenho dos profissionais de saúde do Centro de Saúde que, em absolutamente todos os momentos, foram cuidadosos e atenciosos com o paciente debilitado, se preocupando com a sua saúde física e mental. Além disso, tivemos o cuidado de oferecer a esse paciente apenas medicamentos e serviços disponíveis no SUS, tendo em vista que o paciente não tinha o poder aquisitivo necessário para comprar medicamentos.

Dessa maneira, fizemos uma conexão equipe de saúde-paciente muito interessante para, pelo menos, oferecer uma tranquilidade, relacionada ao cuidado, para aquele paciente. Assim, é possível que uma equipe de saúde ofereça ações de saúde na casa das pessoas, levando um serviço de saúde de qualidade para essa população, que carece de cuidados e atenção.

## AS PRIMEIRAS VIVÊNCIAS NO INTERNATO RURAL

**GABRIELA SILVA ALBAREZ<sup>1</sup>, MAX ANDRÉ DOS SANTOS<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

As primeiras semanas no Internato Rural foram marcadas por uma intensa preocupação, por parte dos gestores do município e dos profissionais da saúde, em alcançar as metas estabelecidas pelo Pre-*vine* Brasil, sobretudo no que diz respeito aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Na equipe de Saúde da Família a que estou vinculada, observei que o percentual de acompanhamento desse grupo mostrou que as metas previstas já haviam sido atingidas. Entretanto, apesar disso, muitos pacientes ainda estavam com a pressão arterial descontrolada, mesmo aqueles que já haviam passado por uma consulta médica nos seis meses anteriores e haviam feito exames recentemente.

Por isso, me questionei sobre quais seriam os motivos dessa situação. Para tentar compreender o que poderia estar ocorrendo, peguei como exemplo um paciente, um senhor de 80 anos que chegou para consultar com a equipe de Saúde da Família com a pressão arterial de 230x120 mm Hg, assintomático.

Ao avaliar seu quadro e tomar as providências necessárias, passei a observar que, na semana anterior, ele havia procurado a equipe com uma crise hipertensiva semelhante à atual, sendo medicado e posteriormente liberado para casa.

Quando conversei com ele sobre a maneira que ele usava os medicamentos, observei que ele estava confuso quanto a isso. Então, fiz a ele uma pergunta simples, mas que mudou completamente minha compreensão sobre o seu tratamento: “O senhor sabe ler?”. A resposta dele foi: “- Não sei”.

A partir dessa informação, fui até a casa do paciente no dia seguinte e fiz uma receita adaptada para a sua condição, bem como desenhei, nas caixas de medicamentos, quais eram para ser tomados em cada momento do dia. Desde então, a pressão arterial do paciente está controlada e ele não teve outro quadro de crise hipertensiva semelhante.

Essa situação me fez pensar que pequenas atitudes podem mudar a vida das pessoas. Nesse caso, o simples fato de perguntar ao paciente se ele sabia ler foi muito importante para evidenciar uma realidade que o afastava do tratamento correto e, consequentemente, aumentava o risco de eventos adversos ocasionados pela hipertensão.

## ALÉM DAS PRESCRIÇÕES: A HUMANIZAÇÃO NO TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL

LETÍCIA ASSIS RODRIGUES FREITAS <sup>1</sup>, MAX ANDRÉ DOS SANTOS <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Depois de mais de um mês no Internato de Saúde Coletiva, pude perceber a importância de ter passado antes em um outro campo de estágio, o Internato de Saúde Mental, o que está sendo de grande importância para identificar queixas diversas de vários pacientes atendidos na nossa unidade de saúde.

O Internato de Saúde Mental nos traz muita sensibilidade a questões que antes poderiam ser ignoradas, ou até mesmo não serem percebidas pelos acadêmicos de Medicina. Nossa formação nos coloca constantemente na posição de prescritores de medicação, o que nos retira, por vezes, a sensibilidade para ouvir e compreender, de maneira correta, as demandas dos pacientes.

Uma senhora de 75 anos, Dona Jade, foi atendida por meio de um agendamento eletivo, realizado pela ACS da sua microárea, em uma consulta para estratificação de risco e para revisar suas medicações e solicitar novos exames.

Ao chegar ao consultório, pude notar, pela sua feição, que Dona Jade não estava bem, pois tinha a postura curvada, um semblante triste e os olhos mareados. Porém, apesar da expressão, sor-

riu ao me ver e ajeitou o cabelo, que estava preso por uma tiara de lantejoulas. Deixou sobre a mesa sua pastinha de documentos e se sentou à minha frente, me mostrando o seu melhor sorriso.

Ao longo da consulta, Dona Jade apontou diversas queixas. Contudo, possivelmente todas já estavam sendo tratadas por diversos medicamentos prescritos, que estavam detalhados em suas inúmeras receitas, que carregava na pastinha. Pude notar que, além das medicações para tratamento das suas comorbidades crônicas, ela fazia uso de outras tantas medicações psiquiátricas.

Ao longo da consulta, pude conhecer melhor Dona Jade e entender o motivo pelo qual tantos medicamentos haviam sido prescritos para ela. Por diversas vezes ela insistia: “Já tomei de tudo doutora, mas nada mais trata essa minha tristeza”. Entendi, portanto, que o tratamento dessa paciente não seria um tratamento medicamentoso.

Essa paciente não tinha estímulo social, nem familiar, para recuperar sua saúde mental e estava inserida em um contexto de violência e muitas perdas familiares. Havia perdido o primogênito para a fome, um outro filho para a violência e uma irmã há pouco mais de três meses. Esteve, por muitos anos, em um relacionamento com um marido violento, que deixou sequelas quase incuráveis em sua vida. Dependia, atualmente, quase exclusivamente da pensão do falecido marido e de uma renda ínfima, que conseguia com a venda de rosquinhas.

Hoje, Dona Jade carregava sequelas físicas e mentais, devido às vivências que jamais poderia deixar para trás e a uma situação socioeconômica que talvez nunca mudaria. Não havia mais tratamento medicamentoso para sua fibromialgia, muito menos para o seu choro diário e a sua perda de prazer nas atividades diárias. O

problema de Dona Jade era social e nenhum medicamento poderia tratá-lo efetivamente.

Após um longo tempo de conversa com Dona Jade, expliquei a ela todos os medicamentos que ela tomava e qual era o objetivo de cada um deles. Propus a ela que fizesse novas atividades, que poderiam melhorar sua disposição e suas dores. Procurei, juntamente com a médica da equipe, outras formas de incentivar a paciente a continuar o tratamento não medicamentoso e iniciar uma desmedicalização, baseada em sua melhora clínica.

Após conversar com a paciente e explicar o plano que desejávamos traçar com ela, nós a encaminhamos para um grupo para pessoas com fibromialgia, famoso na cidade, no qual os pacientes são acompanhados por psicólogos e fisioterapeutas e realizam-se rodas de conversa semanais para compartilhar experiências. Dona Jade se mostrou muito disposta a seguir com o plano e se propôs a reduzir gradualmente uma gotinha do benzodiazepínico que usava, para iniciarmos o desmame.

Essa consulta me marcou muito, pois a partir dela pude perceber que muitas vezes, por estarmos inseridos em um contexto socioeconômico diferente, não conseguimos entender que, com frequência, o problema dos nossos pacientes extrapola a esfera da doença e se encontra em um contexto social extremamente complicado e desestimulante.

Cabe a nós, como futuros médicos, ver nossos pacientes com outros olhos, além da doença, e dar a eles contextos humanizados, como todos eles merecem.

## VISITA DOMICILIAR: UM PACIENTE INCOMUM

**THALES PESSOA CHRISTO ALEIXO<sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

“Quando nasci, um anjo torto desses que vivem na sombra disse: Vai, Carlos! ser gauche na vida.” Carlos Drummond de Andrade

Minha primeira ida à zona rural foi depois do almoço, em uma tarde tão quente que choveu à noite. Acho que era uma terça-feira, no início de novembro. Era o dia de visita domiciliar. A enfermeira me chamou, dizendo que iríamos ver um paciente incomum e que a viagem seria longa. A técnica de enfermagem também iria junto.

O caminho era longo e nossa motorista parou o carro algumas vezes, para cumprimentar pessoas conhecidas. Finalmente saímos do bairro e pegamos a estrada, que cruzava uma serra.

Passamos por um campo muito bonito que ficava logo depois do distrito industrial, bem no início do trajeto. Apesar de bonito, não se comparava à vista da parte mais alta da estrada. Fazendas, minas, morros e muito mato é o que mais se via por ali. Mais tarde, entramos na estrada de terra que descia a serra até a casa do nosso paciente. Ainda no alto do morro, pudemos avistar um casarão antigo ao final de um corredor de palmeiras, que formavam a entrada para uma fazenda. O carro parou novamente, para tirarmos fotos da paisagem.

Então, seguimos nosso caminho e a estrada ia ficando cada vez mais estreita e o mato cada vez mais denso. Me contaram que uma vez choveu muito e aquele trecho da estrada desmoronou, deixando os moradores da casa isolados por alguns dias.

Chegando próximo ao local, já dava para ver a casa onde o nosso paciente morava. A casa principal era pequena e junto a ela havia um galinheiro, um pequeno curral, uma horta e uma casinha de pau-a-pique. Dava para ver também alguns animais, algumas vacas e cachorros muito magros.

A enfermeira e a técnica de enfermagem começaram a chamar o paciente, para avisá-lo que havíamos chegado. Não ouvimos resposta e decidimos entrar na casa. Entramos pela cozinha e, lá dentro, sobre o fogão a lenha, havia uma mancha escura que subia pela parede e atravessava o teto, em direção ao primeiro quarto. Neste quarto estava Alfeu, deitado na cama, com um tampão no seu olho direito e curativos cobrindo suas mãos e seus pés.

Alfeu reconheceu a técnica de enfermagem e sabia porque estávamos ali. Apesar de estar letárgico, ele estava orientado e nos contou que tinha 73 anos e que morava ali com seu irmão mais velho. A casa era herança de seus pais e os dois viviam às custas de suas aposentadorias (cerca de dois salários mínimos). Aparentemente havia outros irmãos e irmãs, todos idosos e incapazes de assumir os cuidados de Alfeu ou arcar com as despesas de um cuidador. Em 2019 houve uma tentativa de interná-lo em um asilo, porém Alfeu se recusou. Ele e seu irmão eram resistentes a saírem de sua casa.

Começamos a examinar Alfeu retirando os curativos das mãos; ele tossia sempre que precisava falar ou mexer o corpo. Foi quando chegou seu irmão, um homem franzino, com as roupas um pouco

sujas de terra, pois estava trabalhando na roça. Ficou observando, enquanto examinávamos as mãos de seu irmão.

Os dedos eram atrofiados, curtos e tortos, como se fossem uma garra, sobrando apenas alguns restos das unhas. A única exceção era o quarto dedo da mão esquerda, que apresentava uma contratura e estava completamente flexionado e rígido. Neste dedo, a unha havia crescido a ponto de perfurar sua palma; assim, tivemos que cortá-la. Em seu cotovelo direito havia uma úlcera superficial, com uns 4 centímetros de diâmetro. A enfermeira ficou satisfeita, ao ver que a lesão havia se reduzido desde a última visita.

O irmão nos contou que, às vezes, Alfeu tentava sair da cama, mas seus dedos quebravam ao apoiar as mãos para se levantar. Nos disseram ainda que, até 2020, o paciente ainda tentava fazer algumas tarefas de casa e cozinhar, muitas vezes se queimando pela falta de sensibilidade e capacidade para segurar as panelas. Alfeu era uma pessoa que não poupava a si mesmo.

A seguir, retiramos as faixas que cobriam seus pés. O estado das lesões também era avançado. Os dedos estavam completamente atrofiados e havia calos e cicatrizes nos dois pés. Apresentava um mal perfurante plantar no pé direito, que também foi encarado com alívio pela enfermeira, devido à redução no tamanho da lesão. No passado, essa úlcera era bem maior e estava presente nos dois pés. Uma última lesão, já em estágio de cicatrização, continha duas vesículas centrais e estava localizada na sua perna esquerda.

Alfeu convivia com a Hanseníase há mais de vinte anos. Não se sabe ao certo o que pode ter levado a uma evolução tão catastrófica da doença. Será que foi a dificuldade de acesso ao serviço de saúde? A falta de adesão ao tratamento? A falta de compreensão sobre o processo crônico? Ou uma suscetibilidade genética? Foram fatores

ambientais? Teria havido uma falta de apoio familiar? Ou pode ter sido um pouco de tudo isto?

Concluimos o atendimento renovando os curativos e orientando o paciente e seu irmão sobre os cuidados com as lesões. Nos despedimos de Alfeu e seu irmão e voltamos, rapidamente, para a cidade.

## A COLHEITA DO CAFÉ

**BRUNA MENDES AMORIM <sup>1</sup>, FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Tem sido muito interessante acompanhar a rotina dos trabalhadores rurais da cidade. Uma das grandes fontes de emprego e renda na cidade é a cafeicultura, e como estamos em maio, é a época da colheita do café. As grandes fazendas da região utilizam a colheita manual do café, o que gera muitos empregos temporários, pois são necessárias muitas pessoas para realizarem o serviço nessa etapa. E tudo isso impacta muito na rotina do PSF e na saúde dos trabalhadores.

Estou fazendo meu estágio acompanhando uma equipe de Saúde da Família, em um bairro da cidade onde moram muitas pessoas de classe socioeconômica mais vulnerável. É uma região onde existem muitos problemas sociais, como o desemprego, tráfico de drogas e gravidez na adolescência, mas nessa época do ano, em que ocorre a colheita do café, muitas pessoas se tornam empregadas. Os empregos variam muito de fazenda para fazenda, mas algumas delas oferecem condições melhores, com carteira de trabalho assinada.

A rotina dessas pessoas começa cedo. Andando pela cidade, quando amanhece, é possível ver vários ônibus de transporte, que buscam os trabalhadores em suas casas. Pessoas de diferentes idades e regiões da cidade aproveitam para juntar dinheiro nessa temporada.

Eu não conheço as fazendas de café da região, mas muitos trabalhadores vêm ao PSF e contam sobre as condições de trabalho. Existem locais onde faltam equipamentos de proteção individual, o que implica em alguns riscos para os trabalhadores. Os trabalhadores que têm problemas respiratórios muitas vezes sofrem com o pó que exala no processo de trabalho nas lavouras. Nas fazendas existem também atividades que emitem partículas no ar, que irritam os olhos dos trabalhadores; com o tempo, muitos deles ficam com esse problema cronicamente.

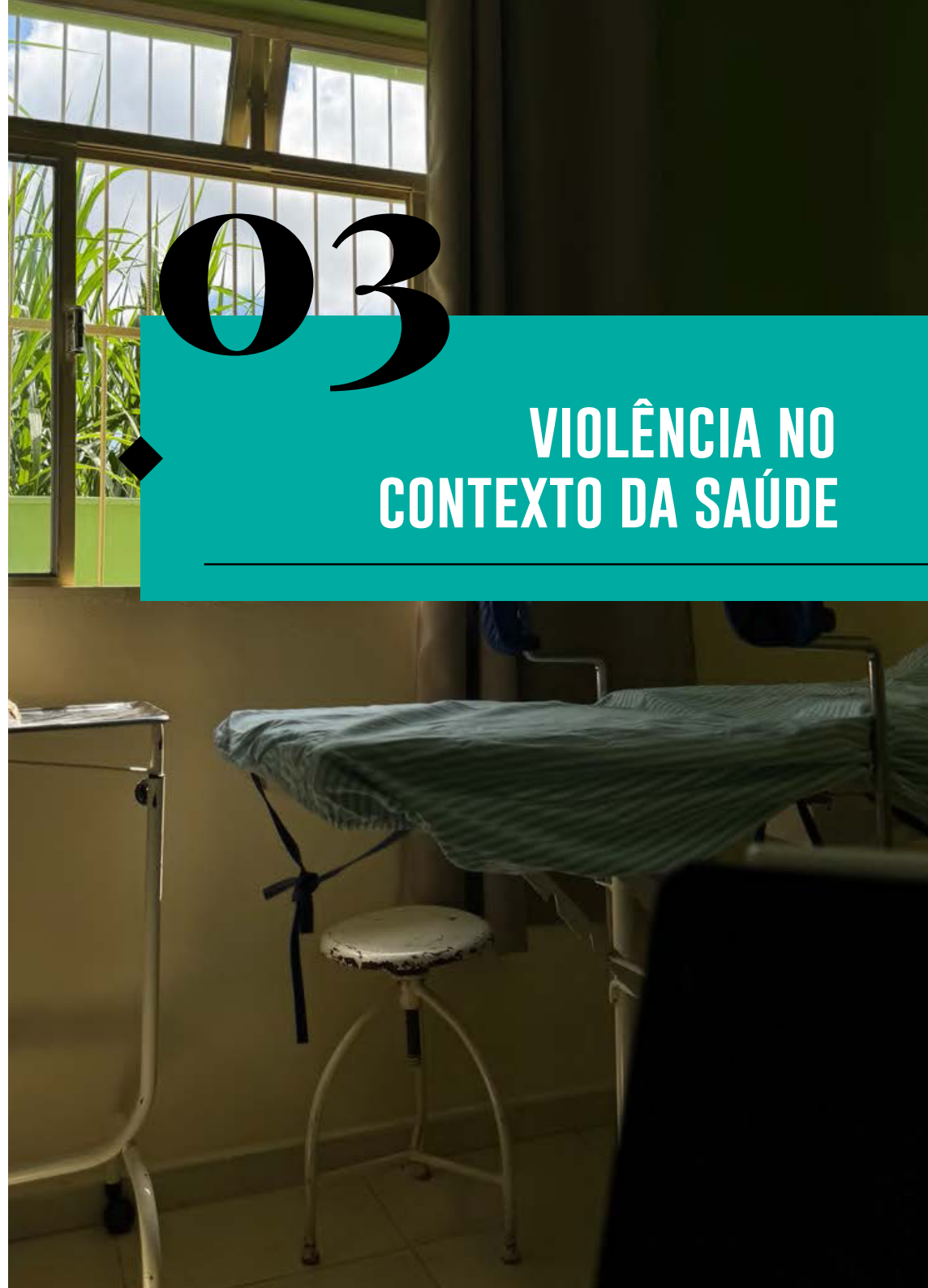
Além disso, também é comum recebermos no PSF pessoas com problemas osteomusculares, relacionados a posturas inadequadas e ao excesso de peso e de esforço nas lavouras.

Ainda assim, é uma época de prosperidade para esses trabalhadores. Muitos conseguem juntar o dinheiro necessário para as despesas dos próximos períodos. É comum os trabalhadores nos informarem que, após a época da colheita, será possível melhorar os hábitos de vida, quando orientamos sobre a necessidade de melhoria destes.

Como uma pessoa que cresceu na cidade e está acostumada a comprar todos os alimentos em supermercados, tem sido muito interessante fazer uma reflexão sobre cada alimento e como a produção dele impacta a vida de toda uma população.

# 03

## VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA SAÚDE





## OTITE AGUDA

ISABELA SOUZA CRUZ <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Na primeira semana de atendimento no Centro de Saúde já foi possível conhecer alguns moradores da região de uma forma que eu não imaginava conhecer. Foi possível observar que eles têm uma liberdade e um conforto em compartilhar suas vidas e suas angústias com os profissionais do Centro de Saúde, de forma natural, pois, para eles, este não é um lugar só para tratar suas demandas clínicas, é também um lugar de acolhimento, orientação e apoio.

No terceiro dia de atendimento, acolhi um jovem de 23 anos que não era cadastrado no Centro de Saúde, mas se apresentou queixando-se de dor no ouvido. Imaginei que seria uma consulta breve e tranquila, tendo em vista a prevalência alta de otite média aguda entre os atendimentos. Entretanto, logo nos primeiros minutos de conversa eu percebi que a consulta seria muito mais desafiadora.

O paciente entrou no consultório chorando e imaginei, por alguns segundos, que era devido à dor, mas o paciente logo disse: –“Doutora, eu não estou chorando de dor, estou chorando de raiva, porque minha mãe vai me ver morto ou preso”.

Diante dessa frase eu decidi deixar a queixa de dor de ouvido para depois e perguntei o porquê dele ter dito aquilo.

O jovem, de apenas 23 anos, me contou que, na adolescência, se envolveu com o tráfico de drogas no bairro e hoje estava sofrendo ameaças de morte por um traficante da região. Há alguns anos ele não estava mais envolvido no tráfico, queria deixar essa vida no passado e estava trabalhando num posto de gasolina, de 12 a 24 horas por dia.

Ele chorava em falar do sofrimento da mãe, que estava com medo dele ser assassinado ou preso. Enquanto ouvia suas palavras eu imaginava a situação daquela mãe e daquela família, o quão impactante é a ausência de segurança e privacidade na dimensão psicossocial de um indivíduo e daqueles ao seu redor.

Enquanto ele narrava sobre a situação era possível sentir sua angústia e cansaço, em estar imerso nesse contexto de violência. Ele ponderava seriamente entre matar aquele homem, e poder ser preso, ou morrer nas mãos dele. Ele seguiu narrando sobre os caminhos que a sua vida poderia tomar se ele fosse preso. Na cadeia ele sabia que iria se tornar mais violento e poderia voltar ao crime, além de saber que depois ele teria dificuldade em conseguir um emprego. Sua tristeza e desespero só cresciam, enquanto conversávamos.

Eu não sabia o que dizer-lhe, só sabia que eu deveria influenciá-lo a não cometer um crime e tentar encontrar um caminho diferente para sua vida.

Naquele momento, foi a primeira vez em um atendimento clínico que a queixa principal do paciente não parecia importar, diante de uma situação tão complicada quanto aquela.

O jovem já não dormia bem há cinco meses, com medo de morrer, e não podia ligar para a polícia, pois ainda era marcado pelo tráfico.

O que eu decidi fazer foi escutá-lo e entender o quão angustiante era aquele momento, sem julgamentos, falar para ele manter suas mãos limpas e pensar na sua mãe. Esta era sua questão mais cruel: se sua mãe iria vê-lo morto, preso ou como um assassino.

Entrei em uma angústia em não poder fazer nada por ele, além de orientá-lo a fazer o cadastro no Centro de Saúde para que ele pudesse ser acompanhado pela psicóloga e pelo NASF, além de tratar a dor de ouvido.

Mas acredito que o mais importante, dentro das minhas ações, foi acolher esse jovem e escutá-lo.

## A IMPORTÂNCIA DE UMA BOA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

ALÍCIA FREIRE GOMES DA SILVA <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Na última terça-feira atendi uma paciente cuja queixa principal era uma dor na coluna torácica, há mais de dez anos. Ela me relatou que essa dor era diária e que fazia uso de um analgésico quase todos os dias para aliviá-la, mas disse que tinha ido no atendimento porque os vizinhos disseram que era importante que ela fizesse exercícios, para que a dor melhorasse.

A todo momento ela me falava para eu não me preocupar com essa dor, que a sua fé já estava ajudando-a a melhorar e que ela estava ali apenas para conseguir uma liberação médica e um encaminhamento para a prática de exercícios físicos (conduzida por um educador físico), pois seus vizinhos recomendaram que ela fizesse isso. Desde o início da consulta tive a impressão que ela realmente só estava ali porque alguém havia recomendado e que ela tentava, de todas as formas, encerrar logo o atendimento para poder ir embora.

No entanto, fiquei um pouco incomodada com a situação e tentei explicar para aquela senhora que além de encaminhá-la para a prática de exercícios, poderíamos investigar o motivo de sua dor

e propor uma terapêutica, conseguindo melhorar, assim, a sua qualidade de vida.

Acredito que, ao demonstrar minha preocupação em relação à sua enfermidade e empatia para com ela, a paciente se sentiu mais segura e decidiu contar um pouco mais da sua história. Ela então me relatou que, por muitos anos, sofreu agressões físicas do marido e que sempre que reclamava de alguma dor, ele dizia que era “frescura” e a espancava. Essa situação se prolongou até três anos atrás, quando seu marido faleceu. Depois disso ela conseguiu contar para as pessoas o que tinha passado por mais de 50 anos, o que fez com que os vizinhos passassem a cuidar dela.

Por esse motivo, ela disse que tinha muito medo de ir ao médico e de falarem, assim como o seu marido, que a sua dor não passava de uma “frescura” e até mesmo que alguém pudesse agredi-la. Relatou que sentia muito medo de tudo, que não saía muito de casa e que só confiava nos vizinhos, que a ajudaram muito. Passou longos anos sendo submissa e ainda acreditava que deveria fazer apenas o que os outros a mandassem fazer.

Diante da sua história, tranquilizei-a e disse que estava ali apenas para ajudá-la, que nunca faria nenhum mal a ela. A partir desse momento, senti uma certa segurança vinda da paciente e ela concordou que deveríamos investigar melhor a sua dor na coluna; assim, solicitamos uma radiografia da coluna torácica. Além disso, nós a encaminhamos para a prática de exercícios físicos e para a Psicologia.

Porém, ao explicar a nossa conduta para a paciente, ela se mostrou apreensiva e me perguntou se alguma dessas pessoas para quem estávamos encaminhando-a poderia lhe machucar. Tentei passar o máximo de segurança para ela, explicando como cada profissional

iria atuar, como seria o exame que ela precisaria realizar e que ninguém iria machucá-la.

No final da consulta ela me agradeceu e falou que sentia muita confiança em mim e que voltaria mais vezes no PSF, já que viu que ninguém a machucaria.

Uma boa relação médico-paciente envolve confiança, reciprocidade, compaixão, autoridade, sem que haja submissão, saber ouvir e dar atenção, permitindo a construção de um vínculo baseado no respeito e no acolhimento, para que haja um adequado restabelecimento da saúde do paciente.

Com esse atendimento tive a oportunidade de ver, na prática, como a construção de uma boa relação médico-paciente pode ser tão benéfica para ambas as partes. Ao criar uma boa relação com a paciente ela me relatou o que a deixava insegura e eu pude tranquilizá-la e ganhar sua confiança, podendo instituir uma conduta que poderá ajudar em sua enfermidade.

## O CUIDADO MULTIDISCIPLINAR COMO PONTO-CHAVE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

GIOVANNA HOOPER BITTENCOURT <sup>1</sup>, MAX ANDRÉ DOS SANTOS <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Durante a minha segunda semana no município vivenciei, no Centro de Saúde, uma experiência inédita em minha formação, em que eu pude atuar com diferentes profissionais, durante o atendimento de uma criança. Inicialmente, é necessário esclarecer o contexto no qual a criança vive. A área de abrangência da equipe de Saúde da Família que eu acompanho, em um dos bairros mais carentes do município, é um palco importante das principais atividades ligadas ao tráfico de drogas e seus moradores tem algumas particularidades. Dessa maneira, uma parcela da população atendida pela equipe está envolvida com estas atividades e uma boa parte é composta por usuários de drogas.

O atendimento realizado na sexta-feira era de uma criança de 1 ano e 1 mês, filho de uma usuária de maconha e cocaína. A criança compareceu à consulta às 10 horas, trazida pela madrinha (uma prima da mãe), se apresentando mais letárgica, com ptose palpebral bilateral, bradipnéica e taquicárdica. Segundo o relato da acompanhante, ela foi buscar a criança na casa da mãe, como

de costume, visto que a mãe frequentemente deixa de alimentar o filho e cuidar das suas necessidades básicas, ficando com a criança apenas durante a noite. No entanto, desta vez, ao acordar, a criança estava torporosa, com movimentos lentificados e “parecendo mais enfraquecida”, não conseguindo engatinhar ou sustentar o corpo. Também estava com os “olhinhos caídos, quase fechando” e “com a fralda cheia e pedras perto da boca”.

Por conta disso, a família suspeitou que a criança pudesse ter sido intoxicada por algum medicamento ou droga que a mãe fazia uso. Então, por não perceberem uma melhora rápida da criança, resolveram levá-la ao Centro de Saúde.

Realizei o exame físico da criança, acompanhada da enfermeira e da médica da equipe de Saúde da Família. Durante o exame, a criança já estava mais responsiva, atendendo a comandos, sustentando o tronco e respondendo aos estímulos do ambiente. Nesse momento, solicitamos que os familiares procurassem na casa da criança algum medicamento ou droga, que pudesse ter sido ingerido pela criança, sendo encontrado então um benzodiazepínico.

Entrei em contato com um hospital de referência, como orientaram durante a minha formação, e repassei-lhes as informações sobre o caso, para que eles pudessem auxiliar na conduta e acrescentar orientações que porventura ainda não tivessem sido pensadas.

Recebemos todas as orientações e a criança foi mantida em observação no Centro de Saúde, enquanto a médica da equipe entrava em contato com o Conselho Tutelar e eu preparava o relatório a ser enviado a eles. Durante a entrevista com os familiares, eles relataram que essa não era a primeira vez que a mãe dava medicamentos para a criança dormir com ela simultaneamente.

A representante do Conselho Tutelar compareceu presencialmente no Centro de Saúde e, ao conversar com a família da criança, comunicou que deveria chamar a Polícia, uma vez que a mãe da criança já havia faltado a uma audiência com o Conselho e estaria envolvida também em outros delitos.

A família resistiu quanto a chamar a Polícia, insistindo para que apenas “déssemos um susto” na mãe, para que ela ficasse mais atenta; no entanto, as assistentes sociais chamaram a Polícia, a qual compareceu rapidamente ao Centro de Saúde. A enfermeira e a médica da equipe passaram o caso para os policiais e a família foi orientada a manter a criança em observação, com intensa ingestão de líquidos para a melhora do quadro, pois se tratava de uma intoxicação por benzodiazepínicos.

Também solicitaram que a criança fosse trazida novamente ao Centro de Saúde para consultas de puericultura e atualização do cartão vacinal. Depois disso, a família, a criança, as assistentes sociais e os policiais foram ao encontro da mãe, para que a situação pudesse ser resolvida.

Apesar de se tratar de uma história triste, pude acompanhar o trabalho, de forma integrada, que envolveu diferentes profissionais da área de saúde (da equipe de Saúde da Família e de um hospital de referência para o meu município de origem) e de outros setores, como a assistente social e um policial militar.

Percebi a importância do cuidado continuado em casos como esse, pois a criança, que não estava sendo acompanhada pelos serviços de saúde, já apresentava atrasos no desenvolvimento e esta falta de acompanhamento pode acarretar também em diversos outros prejuízos para ela.

Também pude perceber a importância de buscar os profissionais mais capacitados para as demandas, em caso de dúvidas ou inseguranças, pois não precisamos trabalhar sozinhas ao tentar resolver uma situação complexa.

## INDIGNAR-SE É NECESSÁRIO

**ANA CAROLINA DOMINGUES FERREIRA <sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Às quintas-feiras à tarde no PSF realizamos a coleta de exames citopatológicos, o chamado “exame preventivo”. É um exame relativamente simples de ser realizado, porém coloca as pacientes em uma posição extremamente vulnerável, diante de um profissional pouco conhecido. Quando comecei a atender nos ambulatórios de Saúde da Mulher, no sexto período do curso, chegava às consultas com receio de não ser respeitosa ou habilidosa o suficiente para oferecer um atendimento sensível e humanizado.

Ao chegar no município, eu já estava consciente de que as internas realizavam o exame e me sentia preparada, após um semestre de ambulatório com uma professora excepcional, no oitavo período. Grande parte das nossas pacientes se sentia envergonhada na hora do exame, algumas ficavam receosas com a ideia de serem examinadas por duas estagiárias, enquanto outras gostavam da ideia de a examinadora ser alguém de fora do distrito. A maioria dos exames foi tranquila, porém um caso, em especial, nos afetou.

Atendemos uma paciente esquizofrênica, que tinha o afeto bastante embotado. Fizemos as perguntas padronizadas para compreender a história ginecológica da paciente; entre elas perguntamos se ela já havia tido sangramentos após a relação sexual e dor

durante a relação. As respostas foram afirmativas, então buscamos caracterizar a dor, se era inicial e relacionada à falta de lubrificação ou se era profunda e relacionada a uma possível doença uterina. A paciente disse que era no começo, mas às vezes durante a relação, e que frequentemente tinha relações sem desejo, com o marido.

Perguntei por que ela tinha relações não desejadas e se eram relações consensuais. Ela me disse que nem sempre era consensual, que o marido era alcoólatra e ameaçava não levar dinheiro para casa, se ela não cedesse. Naquele momento me dei conta de que, talvez, tivesse que ajudar aquela mulher a entender que o que ela sofria era abuso, e que era inaceitável. Em seguida ela começou a nos contar que na verdade era constantemente agredida em casa, que já havia denunciado seu marido para a polícia e que ele havia sido julgado e detido há um mês, porém logo foi liberado para prisão domiciliar. Eu perguntei se ela tinha para onde ir, caso o deixasse; ela me disse que não conversava com suas irmãs que moravam em outra cidade, e que a única irmã com quem tinha contato morava no mesmo lote que ela. Mas ela disse ainda que não poderia ir para lá, porque o marido ameaçava colocar fogo na propriedade.

Foi difícil conceber o peso desse relato, pois, por causa da esquizofrenia, a paciente relatava tudo com o afeto embotado, como se estivesse distante da situação. Olhei para minha colega, ela saiu do consultório e foi discutir a situação com o médico e a enfermeira da equipe. Obtivemos uma resposta extremamente desanimadora: não poderíamos nos envolver muito, para não sermos vítimas da agressividade do marido da paciente. O médico disse que conhecia o marido, sabia que ele era etilista pesado, duvidava que ele tivesse força e disposição para realizar tudo o que a paciente relatava e que deveríamos considerar a influência do quadro mental da paciente

na veracidade do relato. Porém, a enfermeira da equipe nos deu o contato de uma casa de acolhimento de mulheres no município, que poderia ser um local para buscar abrigo, ao realizar a denúncia.

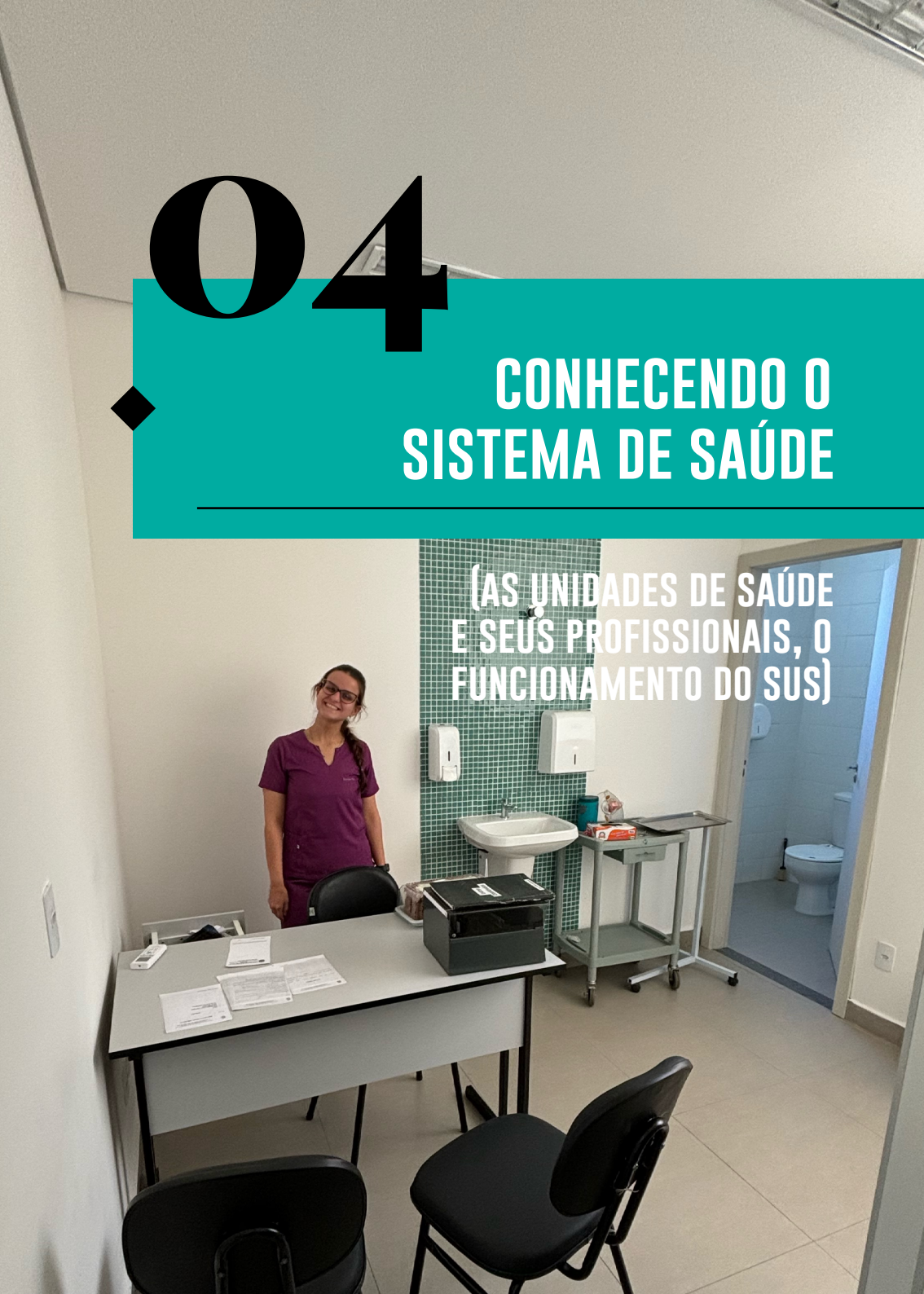
Terminamos o atendimento, realizamos o exame e entregamos o contato para a paciente, com as orientações. Quando ela saiu do consultório, eu e minha amiga choramos juntas, finalmente processando o peso daquela situação. Ouvir todo aquele relato de abuso a uma outra mulher e me deparar com a impotência para ajudá-la, sendo nós mesmas mulheres, que carregam seus próprios traumas e abusos, foi de uma frustração imensa. Outro aspecto de peso foi ver a descrença no relato da paciente, por causa da esquizofrenia, e pensar que talvez a impunidade do marido estivesse relacionada ao preconceito com a saúde mental. Nós já estudamos sobre os delírios persecutórios da esquizofrenia e atendemos outros pacientes assim, e o que aquela paciente nos apresentou não era puramente delírio, sua verdade merecia ser ouvida e apurada.

Já atendi outras pacientes vítimas de abuso e sei que ainda atenderei muitas outras. Mas espero nunca perder a indignação diante da impotência e nunca questionar a dor de outra mulher.



# 04

## CONHECENDO O SISTEMA DE SAÚDE



(AS UNIDADES DE SAÚDE E SEUS PROFISSIONAIS, O FUNCIONAMENTO DO SUS)



## O SUS FUNCIONA

**AÍDA LOURANDES SILVA COSTA <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Não é incomum, por parte de um estudante de Medicina, se maravilhar com a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de alcançar a população brasileira da melhor maneira possível, dentro da realidade que nos é disponibilizada. Desde o início do curso, nos deparamos com disciplinas que tratam do SUS e do seu trabalho para com a saúde pública do país. E quanto mais nos envolvemos, dentro da prática, mais fácil é de ver-se encantado com o que os trabalhadores de saúde, de todas as profissões imagináveis, fazem no dia a dia.

Saber de maneira teórica foi algo que mudou meu ponto de vista. Entender, na prática, foi algo que mudou minha formação como profissional da área de saúde.

O Internato de Saúde Coletiva é, como deve ser, o maior contato que temos com as diferentes entidades do SUS. Desde a Secretaria Municipal de Saúde até o atendimento da zona rural. Convivemos com toda a equipe, trabalhamos com diversas abordagens e ajudamos o máximo que podemos, onde for preciso. A diversidade de maneiras com que podemos trabalhar é apenas mais uma prova do enorme acolhimento por parte da Saúde Pública. E, aqui no município, tenho tido a melhor oportunidade possível de aprender

tudo isso, bem de perto — muito mais do que imaginava quando pensei sobre o Internato Rural lá atrás, no início do curso, ou até mesmo há poucos semestres atrás.

Depois de praticamente um mês residindo no município, voltamos para Belo Horizonte no feriado do carnaval, em que pude contar todas as novidades para a minha família e como a minha vivência estava sendo algo muito maior do que a expectativa criada. E foi numa dessas conversas, que me surpreendi mais uma vez, admirada com o trabalho do SUS. No meio de casos engraçados e curiosidades improváveis, o que eu mais falava era sobre a estrutura de saúde da cidade e o quanto eu estava impressionada com o seu funcionamento.

Empolgada, contei sobre a dedicação e a qualidade do trabalho dos profissionais de saúde, em todas as unidades de saúde que visitamos, sobre o material novo que tinha acabado de ser disponibilizado pela Prefeitura e sobre o número de equipes de saúde que existem, para o tamanho da população.

Uma vez que não há ninguém da área de saúde em meu círculo familiar, algumas coisas, que parecem pequenas, foram consideradas realmente surpreendentes quando eu mencionei.

Ter a possibilidade de fazer um eletrocardiograma e receber o laudo imediatamente, direto da UFMG, é uma delas. Uma equipe multidisciplinar quase completa, com psicóloga, Agente Comunitário de Saúde, enfermeiro e técnico de enfermagem também é algo para se maravilhar. O fato de que existe uma Academia da Cidade, com aulas de zumba para a população idosa. Ou a existência das visitas domiciliares, inclusive nas áreas mais distantes do centro da cidade, como na zona rural. Ou até mesmo a capacidade do município de lidar com casos de urgência um tanto complexos, mesmo

sem a presença de um hospital... Tudo isso era novidade, não só para os meus ouvintes, como também para mim.

E a diferença que três estudantes de Medicina fazem, em uma cidade com tamanha estrutura, é algo que só dá para ver vivenciando. Seja na campanha de vacinação de crianças contra a covid-19, na visita aos Alcoólicos Anônimos (AA), nas palestras no grupo de tabagismo ou no Dia Internacional da Mulher. O atendimento feito por cada um de nós, com a dedicação que dispensamos a cada uma de nossas atividades, é algo que nunca vai deixar de me alegrar: no fim, isso só mostra que um trabalho bem feito, qualquer que seja ele, faz muita diferença. E o município nos dá tudo que poderíamos pedir para fazer disso uma realidade.

Foi então que, no meio de tanta narrativa de minha parte, meu pai disse algo que resumia bem o sentimento novo dentro de mim: — O SUS funciona. Na cidade grande é sempre mais difícil de perceber, mas o SUS ajuda muita gente, de muitas formas.

Eu sorri aberto, pois era verdade!

O SUS funciona da maneira mais incrível que conseguimos imaginar. Ele ainda está longe de realizar o que está na sua proposta, mas, nem por isso, é menos impressionante. Porque o SUS está além do consultório médico; ele está na água, na prevenção, no remédio. Está, mais do que tudo, no acolhimento.

E apesar de tudo, mesmo diante de todas as adversidades e com todos os obstáculos, isto é, de fato, verdade: o SUS funciona. E funciona demais!

## APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NO CENTRO DE SAÚDE

VICTÓRIA CRISTINA GUIMARÃES PEDRAS MOURTHÉ<sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Nas últimas semanas, eu tive a oportunidade de vivenciar experiências que eu ainda não havia sentido e conhecido no curso de Medicina, entendendo, na prática, como funciona a dinâmica de um Centro de Saúde.

Percebi a importância do cuidado continuado, do acompanhamento longitudinal dos pacientes e, fundamentalmente, o papel e a relevância de cada membro da equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, recepcionista, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde). Compreendi como todo esse contexto está interligado, refletindo ativamente na efetividade da abordagem terapêutica, na eficácia do tratamento, na criação de vínculo e na relação médico-paciente.

Assim, meu primeiro relato é sobre isso: entender na prática como a dinâmica do Centro de Saúde interfere ativamente no cuidado de cada paciente, principalmente dos mais necessitados. O Centro de Saúde no qual eu estou lotada é conhecido pelo elevado número de pacientes, expressiva diversidade de demandas e por abranger uma área social de grande vulnerabilidade. Assim, falar

deste Centro de Saúde é falar da equipe de Saúde da Família e, concomitantemente, falar do médico.

O médico está neste Centro de Saúde há aproximadamente vinte anos, é extremamente dedicado à profissão, se importa com o paciente e com o seu bem-estar, buscando sempre cumprir a agenda de forma correta, para não atrapalhar o dia a dia de quem aguarda por ele. Além disso, uma vez que a demanda é variada e passa por todas as especialidades, ele sempre tem interesse em se atualizar, seja estudando lesões dermatológicas, as principais queixas de Ortopedia ou outros temas.

Apesar da rotina corrida, das consultas de aproximadamente vinte minutos e da agenda sempre cheia (em todos os turnos) ele consegue criar laços com os pacientes, o que reflete na efetividade das suas propostas terapêuticas para as queixas de cada paciente. Como ele está inserido na comunidade há muitos anos, conhece o contexto familiar e como a realidade e a história de cada indivíduo interferem em sua saúde.

Outro fato que vem me marcando muito é a importância da visita domiciliar e da busca ativa por cada paciente. Recentemente, a Agente Comunitária de Saúde recebeu uma ligação do filho de uma senhora idosa e acamada, que tinha recebido alta hospitalar, mas persistia com vômitos e uma dor abdominal intensa. Por este motivo, lá fomos nós à casa dessa senhora, moradora da zona rural na área de abrangência do Centro de Saúde.

Depois de cerca de vinte minutos em uma estrada de terra, chegamos em uma casa simples, com uma cerca de arame em volta do quintal. No momento em que descemos do carro, fomos recebidos, literalmente, por 40 cachorros que guardavam a casa e a família que mora ali. Era possível observar, no olhar dos dois filhos dessa senhora, como eles aguardavam ansiosos pela visita domiciliar naquele dia.

Entramos na casa, conversamos com a família, realizei todo o exame físico necessário, repassei os exames realizados recentemente, os novos medicamentos e passei algumas orientações. Parece que só a nossa presença ali já trouxe uma nova perspectiva de cuidado para a paciente, como se a partir daquela visita ela fosse capaz de entender que existiam pessoas que se preocupavam com as suas dores e queixas do momento. Os filhos conseguiram compreender melhor as recomendações recebidas no hospital e os sinais de alarme, aos quais eles deveriam ficar atentos naquele primeiro instante.

Ao retornar ao Centro de Saúde, discuti o caso com o médico, reforçando a minha visão de como o cuidado está interligado e como cada um da equipe tem um papel fundamental na efetividade do cuidado. Talvez, se não tivéssemos ido ao encontro da paciente, ela não teria entendido corretamente as recomendações, a forma correta de administrar cada medicamento e seu estado de saúde poderia ter se agravado. Ou seja, uma visita de aproximadamente 25 minutos pode ter mudado o curso e o desfecho daquele quadro.

Por fim, a minha vivência no Centro de Saúde tem sido desafiadora, com aprendizagem significativa, me possibilitando perceber a multiplicidade de cada paciente, que pode apresentar queixas diversas, reconhecendo que cada um vive realidades diferentes e que muitas vezes, na ocasião, não temos respostas para todos os problemas.

Em face das experiências vividas e dos conhecimentos e aprendizados adquiridos, comprometo-me, cotidianamente, a acolher cordialmente os pacientes, estabelecer vínculos, compreender e estudar cada caso e, fundamentalmente, prestar um atendimento de excelência a todos. Sigo no aguardo de novas experiências, ansiando vivências singulares.

## VISITAS DOMICILIARES

**BRUNA BRAGA XAVIER<sup>1</sup>, MAX ANDRÉ DOS SANTOS<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Durante o Internato de Saúde Coletiva, tive a oportunidade de realizar visitas domiciliares na área de abrangência do PSF rural. Geralmente as visitas eram feitas com a ambulância fornecida pelo município e eu ia com os profissionais da equipe de Saúde da Família: o médico, a enfermeira e o Agente Comunitário de Saúde responsável pela microárea visitada. Em média, visitávamos cerca de seis casas em uma manhã, sendo todas de uma mesma microárea.

As visitas domiciliares levavam os profissionais da equipe à residência dos pacientes que, por algum motivo, não iam ao Centro de Saúde, seja devido a alguma patologia incapacitante, seja por motivos pessoais. Eu pude perceber, então, que as visitas iam muito além do atendimento médico, pois envolviam também todo um conhecimento do ambiente psicossocial em que aqueles pacientes viviam e como as suas relações interpessoais se estabeleciam.

Todas as visitas, de alguma forma, foram capazes de contribuir para a saúde de cada um daqueles pacientes. Para mim foi realmente incrível ter participado dessas visitas domiciliares, visto que eram uma ação que eu, particularmente, ainda não havia presenciado durante o curso de Medicina. Apesar de estudarmos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), ter participado das visitas domicilia-

res e ter, de fato, praticado os princípios do SUS, foi muito especial e marcante para mim.

Uma visita particularmente me chamou a atenção para a importância das visitas domiciliares. Tratava-se de uma mulher hipertensa, de 56 anos, que morava sozinha na zona rural, que não comparecia ao Centro de Saúde há mais de um ano. A equipe resolveu então realizar a visita em seu domicílio. Ao chegar lá ela nos contou que ficava muito sozinha, pois os filhos moravam em outra cidade, e que por não estar “sentindo nada”, não procurou o Centro de Saúde. Contudo, ao iniciar a ausculta cardíaca dela, ficou evidente um sopro de alta intensidade, bem como um ritmo cardíaco irregular, uma frequência cardíaca elevada e uma pressão arterial alta. Percebemos que a paciente estava com arritmia e, por isso, solicitamos exames cardíacos com urgência e alteramos as medicações anti-hipertensivas, para controlar melhor sua pressão arterial.

Na semana seguinte, ao atender a paciente no PSF, descobrimos o diagnóstico de fibrilação atrial, com o auxílio do exame que tínhamos solicitado na visita domiciliar. Assim, conseguimos controlar a sua frequência cardíaca e evitar as complicações desta patologia. Caso não fosse diagnosticada a tempo, essa paciente poderia desenvolver um Acidente Vascular Cerebral ou um infarto, devido à maior predisposição à formação de trombos em seu coração. Nessa consulta, a paciente nos agradeceu muito e disse que havia sido Deus que tinha nos enviado à sua casa naquele dia, como “anjos” para salvá-la.

Dessa forma, essa experiência, com certeza, contribuiu para os meus aprendizados no Internato Rural, e levarei a importância da visita domiciliar para a minha vida como médica. Com certeza, é um recurso necessário e essencial para uma maior equidade na assistência à saúde.

## SOBRE A VIVÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO

FERNANDA DUARTE OLIVEIRA LAGE <sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Desde o início do curso de Medicina que, vez ou outra, um professor falava: “Preste atenção nisso, porque vai ser importante no seu Internato Rural” ou então contava alguma história curiosa de algo que viveu durante esse período. Com o tempo, a gente vai entendendo que, no Internato de Saúde Coletiva, muitas vezes é a primeira vez que o aluno tem autonomia para fazer uma consulta e, assim, sentir o peso dessa responsabilidade. Por isso, costuma ser também um período tão marcante. Além disso, cria-se uma expectativa sobre o município de estágio e como vai ser a convivência com as duplas—tem aluno que, já no primeiro período, se preocupa em sondar as pessoas com quem quer ir junto para o ‘Rural’. Com todo esse contexto, há muitas incertezas sobre como nós, alunos, devemos nos preparar para este Internato, pois há diversas variáveis possíveis. Mas, agora, próximo ao fim do Internato Rural e depois de ter vivido experiências diversas durante este período, entendo que cada aluno acaba tendo uma vivência muito particular—ninguém tem um Internato igual ao outro e existe algo muito vibrante nisto.

Sobre a minha experiência, tenho a impressão de que minha dupla e eu chegamos ao município em um bom momento do sistema de saúde local: não há falta de profissionais—mesmo os médicos estão sempre disponíveis para a população; as instalações foram reformadas recentemente e a infraestrutura é muito boa, mesmo quando comparada aos serviços particulares que vemos em Belo Horizonte; diversos médicos da Atenção Secundária conseguem dar assistência à população com facilidade; há medicamentos disponíveis na Farmácia que não são encontrados gratuitamente em outros locais; os profissionais estão motivados em promover melhorias e desenvolver projetos e há um esforço para fazer a saúde funcionar. Esses aspectos certamente têm facilitado o nosso trabalho por aqui—somos bem recebidas e há demandas compatíveis com a nossa capacidade, assim como há flexibilidade com a nossa agenda.

Dessa maneira, acredito que nossa experiência com a Atenção Primária não reflita o que acontece em muitos outros locais. Outras situações, no entanto, são comuns, como acontece em qualquer lugar. Geralmente as queixas são extremamente variadas, podendo incluir desde um sintoma que te faz pensar em uma causa neoplásica ou levar a uma simples orientação. Assim, vimos uma paciente idosa com queixa de astenia e nódulos na mama e nos linfonodos, que nunca realizou uma mamografia, por ter vergonha de se expor para fazer o exame. Outra paciente, com cerca de vinte e tantos anos, procurou atendimento para ter orientações sobre relações sexuais, pois queria iniciar a vida sexual com o atual parceiro e estava insegura; já tinha feito exames para pesquisa de IST e, como vieram negativos, queria saber se havia necessidade de utilizar camisinha.

Há ainda outras demandas clássicas na Atenção Primária, como “quero um encaminhamento para tal médico” ou ainda “vim

só para renovar minhas receitas”. Há também muitos pacientes insatisfeitos por não entenderem bem o sistema e que reclamam quando são informados que precisam marcar uma consulta para conseguir atendimento na ESF ou que o Pronto Atendimento não é o local para apresentar exames. E é preciso certo esforço para acolher e orientar os pacientes, pois muitos acabam vendo as orientações do sistema como uma “má vontade” dos trabalhadores da ESF.

Outro ponto que se destaca na Atenção Primária diz respeito aos aspectos socioculturais da população e sobre como isso reflete diretamente nas demandas para a equipe de saúde. Aqui no município, temos uma população pequena (cerca de três mil habitantes) e uma extensa zona rural. A maior parte dos moradores vive sem grandes dificuldades financeiras, mas muitos podem ter rotinas de trabalho desgastantes—especialmente no campo. Há muitas grávidas e crianças pequenas na cidade, o que indica, muitas vezes, que há uma população jovem que deseja ‘construir família’ aqui. Além disso, a cidade também conta com condomínios residenciais de classe média alta, o que muda, muitas vezes, o padrão de serviços da cidade. Estou observando todos esses aspectos durante o Internato, o que me faz entender melhor o que diferencia essa cidade de outras. É, também, um convite para entender melhor as dificuldades relacionadas à manutenção da saúde que os pacientes apresentam.

O Internato de Saúde Coletiva, nesse cenário, se mostra como um período muito distinto do restante da Faculdade. Muitas vezes, durante o curso, somos cobrados somente sobre as melhores condutas clínicas frente a um problema. Mas agora, muitas vezes, a gente percebe que a melhor conduta simplesmente não é possível, e a melhor alternativa para o paciente só surge depois de uma conversa com a equipe de saúde. E é nesses momentos que a gente consegue

ver (e entender) a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, que são tão importantes na Atenção Primária.

Dessa maneira, vejo agora que a melhor forma de se preparar para o Internato Rural é estar aberto às particularidades de cada indivíduo e município e às suas limitações práticas, e contar com a ajuda de toda a equipe para solucionar as adversidades.

## TRABALHAR EM EQUIPE: A EXPERIÊNCIA DE VIVER EM COMUNIDADE E COMPARTILHAR EMOÇÕES NO AMBIENTE LABORAL

**ANA BEATRIZ DE CASTRO FERES<sup>1</sup>, FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Durante estes primeiros quinze dias de experiências aqui no município, diversos foram os acontecimentos e vivências marcantes, principalmente quando se leva em conta as inúmeras mudanças no nosso dia a dia, agora vivendo em uma cidade menor. No entanto, fica em posição de destaque a experiência vivenciada na última quarta-feira de manhã, quando foi realizada uma reunião com toda a equipe de PSF da qual fazemos parte no momento.

Na ocasião, pude rever alguns profissionais que nos foram apresentados logo na nossa chegada ao Centro de Saúde, com quem não temos tanto contato no dia a dia, bem como conhecer outros profissionais, que até então eu não tinha conhecido.

Sentamos todos para uma roda de conversa, que foi liderada por um dos profissionais do serviço. Iniciamos a reunião com exercícios de alongamento, ensinados pela fisioterapeuta, que auxiliaram muito para despertar e manter uma atenção maior nas outras atividades. Posteriormente, o profissional que coordenava a roda de conversa propôs que fizéssemos um exercício, no qual cada um

deveria escrever, em um pedaço de papel, um valor ou princípio que considerasse imprescindível para o bom funcionamento da equipe de PSF. Desta forma, todos os funcionários (e nós, acadêmicas), tiveram a oportunidade de falar em voz alta o valor escolhido e justificá-lo. Dentre os principais que foram ditos, destacaram-se o respeito, a empatia e a paciência.

Depois, seguimos com outra atividade, na qual cada um deveria levar ao centro da roda alguma coisa que considerasse como a mais importante, a de maior valor. Este momento foi repleto de emoção, já que muitas pessoas usaram da oportunidade para destacarem a importância da fé, da família, dos amigos e do trabalho, para alcançarmos as nossas conquistas e realizações.

Além disso, ao final da reunião, foi realizado o último exercício, no qual todos os participantes puderam propor maneiras de melhorar a convivência e conversar sobre formas práticas de potencializar o funcionamento da equipe. Dentre os principais pontos destacados, a capacidade de ouvir o outro, com respeito e paciência, foi o mais ressaltado. Ademais, neste momento, muitos funcionários propuseram a realização de reuniões mais frequentes e discussões técnicas, de forma que outros desafios pudessem ser alinhados. Por fim, tivemos um momento de confraternização com um lanche, no qual pudemos estreitar laços.

Para mim, esta reunião foi a vivência de maior importância nestes quinze dias, porque me permitiu conhecer melhor a equipe do PSF, não somente como funcionários, mas também como pessoas, com histórias e experiências diferentes, tornando-as únicas. Além disso, foi através desta reunião, que pude perceber alguns pontos de fragilidade da equipe, bem como entender a necessidade de atuação de cada um dos integrantes, para o bom funcionamento

e andamento das atividades. Compartilho ainda da opinião dos funcionários do PSF, de que estas reuniões deveriam ser mais frequentes; afinal de contas, toda relação humana e, principalmente, de trabalho, necessita de alinhamento e, algumas vezes, de se aparar as arestas.

Sem dúvida, esta experiência agregou muito para a minha formação pessoal e profissional, permitindo, inclusive, que eu melhorasse a minha performance como integrante da equipe do PSF.

## REFLEXOS DA SOBRECARGA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

LAURA DE ARAÚJO SOARES <sup>1</sup>, FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Durante as últimas semanas de atuação no Centro de Saúde, tive a oportunidade de trocar muitas experiências com as Agentes Comunitárias de Saúde e outras profissionais da unidade (como a médica, a enfermeira e a técnica de enfermagem) e percebi uma queixa frequente de praticamente todos os profissionais e de muitos pacientes assistidos pelo serviço que me chamou muito a atenção e me marcou.

Aparentemente, a população do município, como um todo, apresenta certa dificuldade no acesso às unidades de emergência e pronto atendimento. A cidade conta com apenas um Pronto-Atendimento para atender toda a população e muitas vezes não dispõe dos recursos humanos e financeiros necessários para isso. Sendo assim, os pacientes acabam contando muito com o atendimento nos Centros de Saúde para queixas agudas, tais como dores torácicas, dores abdominais intensas, vômitos constantes e dispneia intensa, algo que acaba sobrecarregando muito a Atenção Primária à Saúde.

Além disso, os Centros de Saúde, muitas vezes, também não apresentam a infraestrutura necessária para solucionar e prestar o atendimento adequado aos pacientes com essas queixas, já que não

dispõem de exames complementares ou dos instrumentos de intervenção necessários para o manejo ou a realização de procedimentos em emergências. Inclusive, segundo as atribuições determinadas na organização do SUS, a Atenção Primária deve ser destinada à prevenção de doenças, ao acompanhamento longitudinal do indivíduo e das doenças crônicas e ao manejo de casos de baixa complexidade.

Segundo relatos que ouvi, em algumas situações, muitos pacientes encaminhados para o Pronto-Atendimento por apresentarem queixas de maior complexidade e que não podem ser solucionadas nos Centros de Saúde, são encaminhados de volta para os Centros de Saúde, configurando um “vai e volta” sem fim, e sem resolubilidade para o paciente.

Dessa forma, a demanda espontânea nos Centros de Saúde fica sobrecarregada e, em consequência, o atendimento acaba não sendo resolutivo para a população. Ademais, outra queixa frequente dos funcionários encontra-se na falta de integração da Atenção Primária em Saúde da cidade (Centros de Saúde) com os níveis de atenção secundário e terciário (Pronto-Atendimento e hospital). Muitos relatam que tais serviços parecem atuar de forma independente entre si, algo que prejudica o funcionamento da rede de atenção à saúde da cidade.

Essa realidade me fez refletir, na prática, sobre a importância da integração entre as unidades da rede de atenção à saúde de um município, já que, quando tais unidades atuam integradas, elas complementam-se, de modo a oferecer um cuidado integral e continuado ao paciente, não atendendo-o apenas no momento da queixa aguda, mas dando um seguimento ao caso em nível ambulatorial e também garantindo a prevenção de novos casos a partir da Atenção Primária. Além disso, essa integração garante a diminuição da

sobrecarga nos Centros de Saúde e a otimização dos cuidados com o paciente.

Sendo assim, considero a necessidade de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde como um fator imprescindível ao funcionamento adequado do sistema de saúde do município, algo que acredito que ainda precisa ser melhorado no município onde estou no Internato Rural.

# 05

## ATENÇÃO À SAÚDE





## A IMPORTÂNCIA DE UM OLHAR ATENTO AO PACIENTE

LEANDRA CARLA SAEZ MARTINS <sup>1</sup>, HORÁCIO PEREIRA DE FARIA <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

No dia 26 de outubro eu estava auxiliando o médico na Unidade Básica de Saúde da cidade. O movimento estava intenso e eu estava atendendo em um consultório, sob supervisão, as consultas de demanda espontânea da unidade, enquanto o médico atendia no consultório ao lado.

No período da manhã, em meio aos vários atendimentos, chegou um paciente do sexo masculino, de 48 anos, com queixa de episódios de êmese há dois dias e, por conseguinte, hiporexia. Ao questioná-lo sobre outros sintomas, o paciente negou.

Entretanto, ao negar, percebi, olhando para os seus olhos, que ele ainda tinha algo a falar. Conversei mais um pouco, perguntei sobre o seu trabalho e mais uma vez questionei se havia mais alguma coisa que ele gostaria de dizer. Após um silêncio, ele desviou o olhar e disse: “posso ser sincero, doutora?”. Prontamente eu disse que estava ali para ajudá-lo. Foi nesse momento que ele relatou que há quinze dias a sua mama esquerda estava “crescendo”.

Surpresa com essa declaração, perguntei mais sobre o quadro clínico e ele informou que, há aproximadamente um mês, começou

a sentir uma dor na mama esquerda, ao toque, quando a camiseta esbarrava e até mesmo quando deitava para dormir.

Segundo o paciente, há duas semanas a mama começou a crescer e a dor só piorava. Antes mesmo de perguntá-lo mais sobre a existência de história familiar para câncer de mama, ele disse estar preocupado, pois a sua irmã, cinco anos mais velha, estava tratando de um câncer de mama e ele estava assustado com a possível semelhança dos casos.

Ao exame, o paciente apresentava um nódulo imóvel, de aproximadamente 1,5 centímetros, na mama esquerda, doloroso à palpação, sem sinais flogísticos relacionados. Além disso, o paciente relatou um quadro de emagrecimento sem motivo, nos últimos três meses (não soube precisar o quanto emagreceu).

Ao analisar o caso junto com o médico, solicitamos ultrassonografia da mama esquerda, exames laboratoriais (entre eles CA15.3 e CEA) e corbiópsia da mama esquerda. Tranquilizamos e orientamos o paciente sobre os próximos passos e sobre as possíveis hipóteses diagnósticas em que pensamos. Ao final da consulta, o paciente me agradeceu e disse que seguiria as orientações, deixando claro que fez o desabafo apenas porque sentiu-se à vontade.

Na mesma semana que esse caso aconteceu, a Secretaria Municipal de Saúde solicitou que nós, as acadêmicas de Medicina, realizássemos uma dinâmica para conscientização sobre o câncer de mama, em uma caminhada do Outubro Rosa.

Pensei então que seria muito bom que a dinâmica organizada pela Secretaria Municipal de Saúde, que era voltada para o público feminino, pudesse incluir também o público masculino, pois no caso desse paciente que eu atendi, o câncer de mama era uma das possíveis hipóteses diagnósticas.

Nesse dia e nessa consulta, muitos pontos me marcaram e com certeza contribuíram para a minha formação médica e humana, porém, posso ressaltar os dois principais.

O primeiro deles é a importância de olhar o paciente, estar atento à sua linguagem corporal, pois, se eu não tivesse percebido que ainda havia algo incomodando esse paciente e que não foi dito, com certeza não teria continuado investigando, até ele relatar sobre o nódulo na mama.

O segundo ponto é a importância de promover maior divulgação acerca do fato do câncer de mama acometer os homens também, visto que, infelizmente, para muitas pessoas essa doença acomete apenas as mulheres, o que não é verdade.

## O PODER DA PREVENÇÃO

**BRUNA DUARTE CAPORALI <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Durante o meu Internato Metropolitano, eu e minha colega recebemos uma demanda para realizar um Diagnóstico de Saúde, do Centro de Saúde onde estávamos. Inicialmente, eu não tinha muito entendimento sobre o assunto e sobre qual seria o objetivo do trabalho. Entretanto, após a conclusão da tarefa, sua importância ficou evidente. Tínhamos uma análise ampla da situação atual do Centro de Saúde, com seus pontos positivos, negativos e o que se caracterizava como um problema e podia ser melhorado.

Assim, dentre alguns problemas indicados, pudemos destacar um descontrole das doenças crônicas na população, um aumento dos casos de transtorno de ansiedade generalizada e transtorno depressivo recorrente, uma redução nas atividades dos grupos de apoio, um número relevante de absenteísmo nas consultas, uma falta de acompanhamento das gestantes captadas e uma redução relevante na realização de exames citopatológicos em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos.

Assim sendo, em 2020, apenas 10% das mulheres cadastradas no Centro de Saúde haviam realizado o exame citopatológico de colo de útero. Atribuímos a redução na realização desses exames

sobretudo à pandemia de covid-19, que afetou o funcionamento de diversos serviços de saúde no país.

Acreditamos que as restrições na oferta de ações de saúde como, por exemplo, o rastreamento do câncer de colo de útero, que foram descontinuadas no Centro de Saúde, podem ter implicado em um prejuízo no combate ao avanço deste câncer entre as mulheres da sua área de abrangência.

Esse cenário nos preocupou, considerando que, no Brasil, este câncer é o terceiro tipo que mais acomete as mulheres, excluindo os cânceres de pele não melanoma. Tendo em vista esse contexto, escolhemos algumas prioridades e possíveis ações a serem propostas ao Centro de Saúde e resolvemos iniciar uma ação voltada à prevenção.

Assim sendo, eu e minha colega selecionamos alguns dias da semana e marcamos consultas para as mulheres que necessitavam fazer o exame preventivo. Consideramos importante que, naquele momento, houvesse uma prioridade para as pacientes que apresentavam lesões por HPV (com necessidade de seguimento mesmo antes da pandemia) e que se fizesse também uma busca ativa das mulheres que deixaram de realizar o exame colposcópico durante aquele período. Assim, as consultas foram agendadas e pudemos realizar uma série de exames preventivos.

Além disso, preparamos um material informativo acerca da prevenção do câncer de colo de útero. Neste material, pontuamos a importância da prevenção, quem deveria fazer o exame, quando fazer e os cuidados necessários antes do exame. Entregamos um material para cada paciente atendida e ainda imprimimos mais alguns, para distribuir no Centro de Saúde. Acreditamos que a falta de informação também contribuiu para a redução na busca por exames preventivos.

Dessa forma, acredito que pude contribuir, mesmo que tenha sido com uma pincelada, para a redução desse problema no Centro de Saúde. Sinto que, pelo menos, plantei uma sementinha sobre a necessidade fundamental de voltar a realizar os exames preventivos. Também considero que é preciso fortalecer o rastreamento, por meio da busca ativa das mulheres que deixaram de procurar os serviços desde o ano de 2020, o que pode ser feito pelos Agentes Comunitários de Saúde da equipe de Saúde da Família. Por fim, apesar da enorme importância da Covid-19, as outras doenças não se extinguíram e precisam ser devidamente rastreadas, acompanhadas e tratadas.

## INSUSTENTÁVEL DICOTOMIA: PSIQUÊ E CARNE

**ISABELA MARIA PEIXOTO ARANTES <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

No livro “O erro de Descartes”, o neurologista António Damásio, desenvolve reflexões acerca do dualismo mente/corpo, proposto pela Filosofia Epistemológica de René Descartes. O autor fundamenta sua obra em uma série de explicações teóricas, biológicas, evolucionistas, experimentais, neuroanatômicas e fisiológicas, de modo a concluir que é impossível distinguir o cérebro e o restante do organismo, tendo em vista que as percepções construídas a partir do que denominamos como mente só são possíveis através de vias de feedback aferentes e eferentes, que conectam o corpo como um todo e modulam a neuroplasticidade.

Analogamente à ideia preconizada por esse especialista, é possível tecer balizamentos a respeito da amplitude com que a saúde mental e psíquica influenciam no prognóstico dos pacientes, atuando como fatores atenuantes ou agravadores de suas comorbidades sistêmicas.

Assim, quando se trata de pacientes idosos, com transtornos psiquiátricos ou neurológicos, que geram dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD), é nítida a relevância do cuidado

exercido pelos familiares, no esforço de manter aceso o lampejo de desejo pela vida; ou ainda, em último caso, de tornar a travessia para a morte um pouco mais confortável.

O senhor Perseu, de 76 anos, vivia sua rotina normalmente: acordar, tomar café da manhã, montar a cavalo e iniciar o trabalho na criação de gado do seu patrão. Um dia, no final do expediente, ocorreu uma ruptura: “seu” Perseu caiu do seu cavalo, o que acarretou um traumatismo cranioencefálico com concussão, perda de consciência e formação de um hematoma subdural à esquerda. Foi encaminhado, em caráter emergencial, para realizar uma propedêutica de imagem em uma cidade vizinha e submeteu-se a um procedimento cirúrgico em um hospital estadual de referência em neurotrauma.

Felizmente, o paciente sobreviveu ao acidente, mas persistiram várias sequelas motoras: marcha ceifante, desvio da rima labial para a esquerda, hemiparesia à direita, disartria e afasia leve. Após 3 anos do trauma, avalei o senhor Perseu em uma visita domiciliar, solicitada com o objetivo de examinar uma hérnia inguinal à direita, sem sinais de encarceramento. O paciente havia se recuperado significativamente dos déficits neurológicos motores, ainda que fosse possível observar algumas sequelas no exame clínico.

Embora o corpo não demonstrasse lesões funcionais ou anatômicas de forma tão gritante, havia um profundo vazio e confusão em seu olhar, como se parte de sua alma tivesse se esvaído. Sem o auxílio de sua irmã, o paciente tinha dificuldades para compreender comandos ou responder às perguntas da anamnese.

Diante da suspeita de demência, aplicamos um teste para avaliar o estado mental, no qual o paciente pontuou 5. O limite inferior para pacientes com baixa escolaridade é 22 (15 em analfabetos),

sendo que um valor menor ou igual a 9 já é considerado indicativo de declínio cognitivo maior grave.

“Seu” Perseu não fazia acompanhamento regular com neurologista ou psiquiatra, o que motivou que o encaminhássemos ao especialista. Mesmo sem saber o resultado, “seu” Perseu demonstrou angústia e frustração intensas ao final do exame e chorou por estar “com a mente fraca”, incapaz de resolver problemas simples. Quando questionado se reconhecia a irmã (“quem é essa pessoa aqui do seu lado, que cuida do senhor?”), ele chamou-a de “mãe”.

Esse evento, ceifante por si só, recordou-me das telas do pintor inglês William Utermohlen, que registrou vários autorretratos ao longo do desenvolvimento da sua doença de Alzheimer, nos quais se observa a progressiva perda da expressividade no olhar, da firmeza nos traços e formas, até culminar em uma figura amorfa, sequer humana.

Essa desfiguração da identidade é retratada também nas cenas tocantes do filme “Meu pai”, que narra a história de um idoso com doença de Alzheimer internado em uma instituição de longa permanência.

Outra paciente cuja história tocou-me foi dona Ágata, de 53 anos, que compareceu à consulta com queixa de hipoacusia e tinnitus. Trata-se de uma paciente com diagnóstico de esquizofrenia há vários anos, em uso de clozapina, em contexto de estabilidade clínica, embora persistissem solilóquios, discinesia tardia e sintomas negativos. Ao realizar a otoscopia, notei que o conduto auditivo esquerdo apresentava severas deformações.

A acompanhante de dona Ágata, sua irmã, relatou-me que a paciente havia tentado autoextermínio usando uma arma de fogo, para cessarem as vozes que a incentivavam a cometer suicídio e a

machucar as pessoas. O projétil atingiu a região temporoparietal esquerda. Logo, foi necessário realizar uma craniectomia, armazenamento do flap ósseo no peritônio e plastia dural, com posterior reposição do flap na calota craniana, o que deixou um afundamento no crânio perceptível à ectoscopia, além de não haver qualquer remanescente do conduto auditivo ipsilateral.

Entretanto, ao examinar o ouvido direito, de fato havia considerável impactação de cerúmen, o que provavelmente acarretava severo prejuízo na audição e poderia até mesmo agravar as alucinações auditivas e solilóquios, tendo em vista a ocorrência de tinnitus. Após sete dias usando uma solução, a paciente retornou para fazer uma lavagem de ouvido.

Foi inigualável notar a felicidade no olhar de dona Ágata, finalmente ouvindo com clareza, após a desobstrução do canal auditivo. Algo reconstruiu-se em seu âmago. As várias limitações sofridas devido ao transtorno psiquiátrico persistiam, e ainda persistem. Mas o simples fato de ouvir melhor já simbolizava recuperar o prazer de compreender, de conversar, de escutar as orações no rádio, de ouvir as pregações na missa (dona Ágata era muito católica), de perceber os pássaros trazendo a manhã, as chaleiras, as campainhas, as sirenes...

Tão ou mais feliz estava sua irmã, por perceber que pôde atenuar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de dona Ágata, trazendo-a ao atendimento e valorizando uma queixa simples, mas que, muitas vezes, é desacreditada, sobretudo quando se trata de pacientes psiquiátricos, frequentemente interpretados como “somatizadores” ou “pouco confiáveis” para informar sobre os próprios sintomas.

Dona Ágata e o senhor Perseu ilustram a insustentabilidade da dicotomia mente e corpo—ou psiquê e carne, ou alma e cara-

paça externa, como preferirem. O ser está entranhado em todas as percepções do corpo: a perda de algum dos sentidos fundamentais afeta de modo tão drástico o bem-estar que pode, inclusive, gerar processamentos corticais complexos e distintos dos originais.

Por outro lado, uma mente comprometida, seja por sequelas orgânicas, seja por dinâmicas neurofisiológicas e epigenéticas que propiciem a deflagração de um transtorno psiquiátrico, pode ferir ou mesmo inutilizar o corpo remanescente. Se nem mesmo a Filosofia Epistemológica esgotou essa questão, resta conjecturar se, na morte, a travessia do eu, indivisível arraigado em todos nós, será pacífica ou violenta.

## UM PACIENTE DIFÍCIL

**RAFAELLA YASMIN RIBEIRO MENDES<sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Em uma das primeiras semanas do Internato de Saúde Coletiva, participei de uma visita domiciliar à casa de uma senhora. Ela era portadora de Diabetes, de difícil controle, havia amputado ambas as pernas, devido às complicações da doença, e apresentava outras condições relacionadas, como demência e deficiência visual.

No último dia do Internato, chegou ao PSF um paciente chamado Jano. Logo, a Agente Comunitária de Saúde da sua microárea ficou incomodada com a vinda do paciente ao Centro de Saúde e disse que se tratava do filho daquela senhora que havíamos visitado. Explicou que todos os membros da família apresentavam Diabetes de controle muito difícil e que, mesmo sabendo desse cenário, o paciente em questão não aderiu ao tratamento, faltava constantemente às consultas agendadas no PSF e recusava as visitas domiciliares.

Fiquei responsável por atender o paciente Jano e já iniciei a consulta receosa, imaginando que ele não seria colaborativo e que eu não conseguiria contribuir bem para o seu quadro. Sua queixa era uma ferida no pé, que surgiu depois de pisar em um caco de vidro, que não estava cicatrizando e infeccionou. Ele já havia procurado o pronto-atendimento há alguns dias e já havia iniciado o uso do antibiótico indicado para o seu caso.

Como as medidas de tratamento relacionadas à ferida já haviam sido tomadas, utilizamos a consulta para conversar sobre a Diabetes descontrolada, tendo em vista que a medida de glicemia capilar realizada durante a triagem havia sido de 318 mg/dL. Jano já estava em uso de dois hipoglicemiantes orais, porém tomava apenas a metade da dose prescrita de ambos os medicamentos. Em uma tentativa de compreender a falta de adesão ao tratamento, perguntei a Jefferson o porquê da resistência.

Ele explicou então que quando tomava a dose prescrita de um desses medicamentos tinha diarreia. Também contou que parou de frequentar o Centro de Saúde porque, em todas as consultas, prescreviam insulina e insistiam que ele usasse, mas que ele tinha medo de utilizar esse medicamento, porque todos os seus parentes já haviam sofrido consequências negativas de episódios de hipoglicemia, depois de iniciarem o tratamento com insulina, tendo inclusive presenciado uma convulsão de um deles.

Depois de uma conversa franca, cheguei à conclusão de que, apesar de a prescrição de insulina ser muito importante para o quadro de Jano, insistir no uso de um medicamento em que ele não confiava iria apenas afastar o paciente do contato com a equipe do Centro de Saúde e não resultaria em melhora, tendo em vista que ele não iria usar o medicamento.

Por isso, em uma decisão conjunta com a médica preceptora do PSF, optamos por otimizar o tratamento do paciente utilizando medicamentos orais, além dos disponíveis na Farmácia Popular, já que o paciente tinha condições de adquiri-los, atentando ainda à substituição do medicamento que causava diarreia. Jano se mostrou satisfeito por ter tido sua vontade finalmente respeitada, se comprometeu a fazer o uso correto dos medicamentos e a retornar

para acompanhamento, já mais consciente sobre a necessidade de controlar sua doença, após as complicações com a ferida no pé.

Fiquei muito feliz com a consulta, e orgulhosa por ter conseguido entender os sentimentos de um paciente considerado difícil. Consegui ver que a sua resistência ao tratamento vinha, na verdade, de um receio causado por todas as coisas que presenciou, pessoalmente, em sua família.

Me senti motivada a ajudá-lo para que ele pudesse evitar possíveis complicações, como as de sua mãe e de outros membros de sua família. Tive a sensação de ter realizado uma contribuição importante na vida desse paciente, e espero que ele tenha uma melhora, ainda que eu não vá mais acompanhá-lo.

## ATENÇÃO DOMICILIAR: CUIDADO, CARINHO E CONFORTO NA PRÁTICA CLÍNICA

PEDRO RABELO DUTRA <sup>1</sup>, MARIA ELICE NERY PROCÓPIO <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Foi difícil escolher o tema do meu último portfólio, já que não faltaram vivências durante o meu período no município. Muitas foram as visitas domiciliares que eu realizei, algumas com a presença da médica e outras com a presença das Agentes Comunitárias de Saúde. Muitas visitas me marcaram, seja pela condição social do paciente, pelo próprio quadro clínico e até mesmo pela dedicação de algumas famílias.

A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde prestada em domicílio. Ela é caracterizada por incluir ações de Promoção da Saúde, prevenção e tratamento de doenças, assim como palição, de forma que a continuidade dos cuidados esteja garantida. Esta é uma descrição teórica e profissional das visitas domiciliares.

Porém, entendi a Atenção Domiciliar como uma forma de mostrar o cuidado e a preocupação com a saúde dos pacientes, de forma a oferecer um atendimento humanizado e personalizado, com maior proximidade do paciente e possibilitando o entendimento das condições biopsicossociais em que o paciente está inserido. Fui capaz de perceber pacientes com graves condições de

saúde e muito bem cuidados, pacientes cujos familiares ainda não estão bem preparados para os cuidados e pacientes que, mesmo na ausência de um familiar ou cuidador, sempre buscam o direito pelo acesso à saúde.

Para exemplificar a relevância da Atenção Domiciliar em minha formação, escolhi relatar a primeira visita domiciliar que eu realizei. Era um paciente, a princípio, acamado, com um câncer de laringe, sendo acompanhado em uma cidade de referência da região. Durante a minha visita, estavam presentes na casa três familiares, todos contribuindo com informações importantes sobre o quadro clínico do paciente.

Pude perceber o sofrimento do senhor emagrecido que estava deitado na cama à minha frente. Ele havia sido submetido a uma traqueostomia, que o impedia de falar, mas não o impedia de gesticular e expor as suas queixas. Percebi que ele estava com uma dor abdominal que estava incomodando-o bastante. Realizei o exame físico, coletei os resultados dos últimos exames complementares e discuti a situação do paciente com a médica, para propormos uma conduta.

Algumas semanas depois, fui chamado para retornar à casa desse paciente. Pela minha experiência prévia com ele, fui tentando imaginar qual poderia ser o motivo da nova solicitação de visita (só passavam coisas negativas pela minha cabeça). Porém, para minha surpresa, ao chegar na casa do paciente, ele estava sentado no sofá e aparentava estar alegre e satisfeito. Embora ainda emagrecido, ele estava com uma aparência mais robusta e não apresentava expressão de sofrimento.

O motivo da visita era o fato de que o paciente estava com vontade de se alimentar, mas devido ao uso da traqueostomia e da lesão expansiva em sua laringe, a dieta não tinha sido autori-

zada pela fonoaudióloga. Naquele momento, tive a impressão que, apesar da orientação que os familiares receberam de não oferecerem uma dieta, eles estavam oferecendo alguns alimentos para o paciente. Como profissional da saúde, não fiz julgamentos, apenas dei algumas orientações que cabiam a mim.

Essa visita foi de suma importância para a minha formação, pois percebi a importância da atenção domiciliar e dos cuidados paliativos. Como eu costumo fazer no final dos meus portfólios, não poderia deixar de agregar mais um conceito à saúde. Assim, considero que saúde também é cuidado, carinho e conforto.

## AS SEMANAS INICIAIS DA MELHOR EXPERIÊNCIA DA GRADUAÇÃO

VICTOR SILAME BRAGA <sup>1</sup>, MARIA ELICE NERY PROCÓPIO <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

As duas primeiras semanas no Internato Rural proporcionaram-me uma experiência bastante diferente e inusitada. Constantemente, havia uma mistura proporcional entre euforia e apreensão que, ao longo dos dias, alterou-se para um predomínio de euforia sobre a apreensão.

Atender em um Centro de Saúde fora de Belo Horizonte, com médicos que não apresentam vínculos com a Faculdade e lidar com uma população com um perfil socioeconômico bastante diferente do que eu estava acostumado em Belo Horizonte, foram fatores que tornaram este desafio bastante interessante, o que definitivamente me fez sair da zona de conforto à qual eu estava acostumado.

Para corroborar tal diferença busquei, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), alguns dados de 2021, de Belo Horizonte e da cidade onde eu estou. O que mais me chamou a atenção nos dados que eu encontrei foram aqueles associados à população, que mostraram uma enorme diferença entre as duas cidades (tanto no número total quanto na densidade demográfica).

Não foi difícil perceber que, ao lidar com uma cidade com uma população bem menor, o contato médico-paciente e, principalmente, o atendimento longitudinal, são bastante diferentes. É bastante comum os profissionais da equipe de Saúde da Família (tanto os médicos, quanto os enfermeiros, os técnicos e, principalmente, os Agentes Comunitários de Saúde) identificarem rapidamente os pacientes e suas histórias, somente pelo nome. Ademais, o contato mais próximo, associado a uma população menor e mais conhecida, fortalece ainda mais a relação médico-paciente.

Aqueles que consultam no Centro de Saúde onde eu estou apresentam um vínculo bem forte com o médico da equipe de Saúde da Família, e é comum eles preferirem ser atendidos por este médico, que já está no Centro de Saúde há muitos anos e conhece bem as suas histórias de vida (tanto as associadas ao seu processo de adoecimento, quanto aquelas ligadas à sua vida social).

Lembro-me de uma senhora, de 81 anos, diabética, hipertensa, com dislipidemia e com diagnóstico de fibromialgia, que me disse a seguinte frase: “Eu prefiro aguardar o doutor para a consulta. Ele sabe da luta que foi a minha vida até eu chegar aqui”. De fato, o médico conhecia detalhes da vida daquela senhora que eu necessitaria de, no mínimo, dez consultas para conhecer, sem falar no número de consultas que seria necessário para eu ganhar a confiança dela.

Após este dia, percebi o quanto é importante (mais ainda do que eu já considerava) a construção de um vínculo saudável entre o profissional e o paciente, pois somente assim aquela senhora permitiria que eu entendesse o seu contexto de vida, ajudando-a.

Assim, concluo essa reflexão ressaltando, mais uma vez, o quanto interessante e desafiador foram essas duas primeiras semanas. Foi

necessária bastante adaptação, ao sair do ambiente acadêmico em Belo Horizonte para um local em que foi possível vivenciar ainda mais a profissão que eu escolhi.

## OS ESTIGMAS DO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL QUE AINDA PERDURAM ENTRE OS PACIENTES

**ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA <sup>1</sup>, MARIA ELICE NERY PROCÓPIO <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Desde a primeira semana no município foi possível constatar a alta prevalência de doenças mentais nos pacientes. Surpreendentemente vemos quadros de depressão e ansiedade até mesmo em crianças em idade escolar.

Um dos atendimentos, no Centro de Saúde de um distrito, chamou-me muito a atenção. Tratava-se de uma criança de oito anos de idade, do sexo feminino; na triagem haviam anotado que a queixa era cefaleia e que a criança estava afebril. Ao ler a ficha já comecei a pensar nas possibilidades de hipótese diagnóstica e nos diagnósticos diferenciais.

Na consulta, ao questionar quanto à história da moléstia atual, a criança, que era bastante comunicativa, relatou: -“Tive uma dor de cabeça há três dias, tomei um remédio e melhorou”. Fiquei intrigada com o motivo da consulta e ao conversar mais com a paciente ela disse que, quando ficava muito ansiosa e estressada, ela apresentava cefaleia, dores abdominais, tremores nas mãos e sensação de morte. Além disso, ela me relatou que roía as

unhas, não apenas das mãos, mas também dos pés, ou seja, ela roía todas as suas unhas.

Fiz um bom exame físico (cardiovascular, respiratório, abdominal e neurológico) da criança, mas não encontrei nenhuma alteração relevante. Porém, ao examinar as unhas, eu percebi a gravidade da situação, pois tanto as unhas das mãos quanto as dos pés estavam lesionadas, devido ao hábito de roer as unhas que ela havia informado. Percebi então que a criança poderia apresentar um quadro de Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Durante a anamnese questioneei quem era a senhora que a acompanhava na consulta e ela me disse que era a sua madrasta. Ela relatou que morava com o pai, a madrasta e suas duas irmãs. Ao perguntar pela sua mãe, ela me disse que os pais eram etilistas crônicos, brigavam frequentemente e, por fim, se separaram. Ela relatou-me que sua mãe a via muito pouco (cerca de uma vez por ano) e que já chegara a passar mais de um ano sem vê-la. A criança disse ainda que se sentia insegura, com receio do pai e a madrasta se separarem, pois a madrasta cuidava muito bem dela, segundo seu relato.

Propus então à paciente encaminhá-la ao psicólogo da equipe de Saúde da Família, para fazer um acompanhamento. Ela apresentou um pouco de resistência no início, mas depois ela mesma concluiu: —“Desabafar é bom; só de conversar com você, agora eu estou me sentindo melhor”.

Percebi o quanto o contexto familiar vinha afetando a saúde mental dessa criança, podendo ser necessário um tempo considerável de terapia para que ela se sentisse melhor. Além da psicoterapia com o psicólogo do Centro de Saúde, disponibilizei-me a atendê-la aqui, com a equipe de Saúde da Família, sempre que ela

achar necessário, e ressaltei a importância das atividades de lazer e brincadeiras que envolvam atividade física, que podem contribuir para a melhoria da sua saúde mental.

## DOS DRAGÕES

**CAROLINA DINIZ HOOPER<sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Depois de termos sido chamadas pela diretoria da escola estadual para darmos uma palestra sobre Saúde Mental para os adolescentes, não ficamos satisfeitas. Sentimos que faltou mais interação direta com os alunos, mais espaço para que eles pudessem compartilhar suas próprias ideias e impressões, para que nossas conversas realmente surtíssem efeito.

Assim, marcamos um horário e pedimos para que os docentes selecionassem alguns alunos, que precisassem de um tempo a mais para conversar. Foram escolhidos seis alunos da mesma turma do 1º ano, que já se conheciam melhor. Entramos para a conversa de coração aberto, sem a pretensão de ensinar, mas com toda a intenção de aprender e de ouvir o que os adolescentes tinham para contar, somente guiando a discussão.

Depois do costumeiro estranhamento inicial, acredito que eles devem ter entendido que, como forasteiras, iríamos embora em poucos dias, levando conosco o que ouvíssemos. A discussão foi bastante geral no início, comentando sobre as impressões que eles tinham das pessoas e do mundo. Com pequenos “empurrões”, impressões mais profundas foram surgindo.

Ouvimos histórias sobre depressão desde a infância precoce, sobre como era lidar com o uso de remédios psiquiátricos (desde antes de saber falar), sobre violência intrafamiliar, casos de polícia, automutilação, sobre a pobreza enraizada e geracional. Coisas que eu nunca esperaria daquele grupinho de adolescentes, muito simpáticos, brincalhões e aparentemente contentes, muito parecidos comigo e com os meus amigos do 1º ano do colégio do segundo grau.

Mas mesmo tendo os meus próprios dragões da saúde mental para enfrentar, eu nunca ousaria compará-los aos desses meninos. Foram bastante úteis, no entanto, para gerar uma troca de experiências e me aproximar dos alunos. Mas seguem incomparáveis: a quantidade de espadas e lanças que tenho à minha disposição, assim como de fiéis escudeiros, é inimaginável para eles.

Por fim, a discussão com os estudantes foi ótima e obtivemos, dos alunos, o feedback desejado: de que a roda de conversa foi válida e que eles puderam obter alívio com certos assuntos e refletir juntos. Como a conversa se tratava de uma troca, também pude fazer algumas reflexões. Uma delas, de que não estamos sozinhos. Por mais que nossos dragões pareçam únicos, às vezes existe um menino nascido em 2006 que tem experiências e impressões muito, muito semelhantes. E outra, de que não podemos deixar sozinhos quem amamos. Às vezes, as pessoas sofrem em silêncio com medo de serem um incômodo. Assim, o interessante seria, por vezes, dar uma abertura, como quem não quer nada, para discutir esses “assuntos do coração” com quem queremos bem e se mostrar disponível, evitando que aldeias mentais inteiras se queimem no fogo do dragão.

## ÀS QUARTAS-FEIRAS

VITOR HUGO ROCHA CALDAS <sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Todas as quartas-feiras, das 8 até as 16 horas, eu atendo algumas mulheres, fazendo sete consultas do exame preventivo do câncer de colo de útero. Até a semana retrasada, as consultas eram realizadas com uma enfermeira ao meu lado, como eu mesmo havia solicitado, com o objetivo de proporcionar um ambiente de maior tranquilidade para as mulheres.

Entretanto, essa enfermeira foi convocada para auxiliar em um outro Centro de Saúde da cidade. Mas, apesar de algumas pacientes se sentirem desconfortáveis com o fato da avaliação e coleta serem realizadas por um médico homem, todas aceitaram realizar o preventivo.

Neste contexto, recebi um elogio em relação à consulta, em um momento em que eu não esperava. Todos os dias eu procuro chegar ao Centro de Saúde dez minutos antes do início das atividades, para garantir que todos os pacientes sejam atendidos conforme o horário, e na quarta-feira não é exceção.

Em um determinado dia, a penúltima paciente atrasou muito e isto provocou um atraso da consulta da última paciente também. Entretanto, apesar do atraso e do desconforto devido à realização da coleta por um homem (algo que a paciente citou no início da consulta), a paciente enalteceu minha consulta, ao se despedir, com

a seguinte frase: “Nunca vi um médico atender como você, muito obrigada!”.

Fiquei muito feliz com o comentário, mas fiquei com uma “pulga atrás da orelha”, pois apesar do atraso, da minha formação médica ainda não estar completa e do momento constrangedor para a paciente, recebi um grande elogio de sua parte.

Isso me trouxe à memória os primeiros capítulos de um livro de Semiologia, que descrevem a importância da relação médico-paciente em todas as consultas. Não importa somente o horário cumprido ortodoxamente, o conhecimento técnico-acadêmico sobre o assunto ou não expor a paciente para uma consulta ser considerada de qualidade.

Olhar nos olhos, se apresentar, reconhecer erros (por atrasos ou outros problemas), tratar as pessoas com dignidade, respeitar a individualidade de cada um e realizar todos os procedimentos com o máximo de cuidado e respeito, são elementos essenciais para um profissional da saúde (em especial para o médico) acolher seus pacientes, compreender a necessidade de cada um e, de certa forma, garantir que haverá uma boa adesão ao tratamento proposto.

## LAÇOS, LANCES E PARTIDAS DE FUTEBOL

**NATHIELLY ALVES VILAÇA <sup>1</sup>, EVERTON FERNANDES CORDEIRO <sup>2</sup>, ÂNGELA SPESIALI AROEIRA <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE PSICOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

No que se refere ao futebol, sempre estive do lado da torcida, poucas vezes estive em campo (exceto nas aulas de educação física, na escola). Definitivamente, sou desprovida da habilidade de jogar bola com maestria. No entanto, me vi convocada a entrar pro jogo (literalmente) no Internato de Saúde Coletiva.

Tudo começou antes mesmo da nossa chegada ao campo. A ideia de ter partidas semanais de futebol partiu de um psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD); este profissional é muito engajado no cuidado de seus pacientes e com uma capacidade criativa admirável! Com ele, aprendi a ampliar meu olhar sobre a Saúde Mental e compreendi que o campo se faz a partir de reinvenções e co-construções...

Pois bem, aconteceu então que, uma vez por semana, íamos ao CAPS encontrar um grupo de usuários para levá-los, junto com o psicólogo do serviço, a uma quadra próxima, no mesmo bairro. Lá nos esperava uma professora de educação física do NASF, que abraçou a ideia e também entrou no jogo! Como eram bons atletas, a organização se dava rapidamente: 5 prá cá, 5 prá lá, quem vai pro gol? “Bora” aquecer antes? Típica partida de futebol, se o juiz

perdesse um lance os jogadores logo reivindicavam: “Pô, é falta, seu juiz! Cadê o pênalti?”

Vale lembrar do bolão que antecedia cada jogo da Copa do Mundo. Qual era o prêmio? “Dois contos”, pro sortudo que acertasse o placar! Ah, e no dia que não deu pro psicólogo comparecer na partida? Logo bateu uma angústia, como deixaríamos os usuários sem jogar? Junto com a minha colega de dupla assumimos a tarefa de levá-los pra quadra, nesta altura...do campeonato (risos), também já ansiávamos pela partida de futebol.

Teve de tudo nesses jogos, faltas (e preenchimentos), cobranças (e restituições), bolas na rede (e isolamentos), chutes (e acertos), erros (e estratégias). Teve desconstrução e reconstrução. Teve sentido e afeto. Aliás, pensando bem, não foram típicas partidas de futebol, foram momentos de encontro consigo e com os outros, momentos de fortalecimento dos vínculos, momentos nos quais vimos a Saúde Mental sendo promovida de uma maneira diferente!

Sou imensamente grata por ter tido a oportunidade de vivenciar momentos tão lindos e repletos de significado como estes. Já era apaixonada pela Saúde Mental e pela Saúde Coletiva, encerrei o Internato mil vezes mais apaixonada! Ah, e aprendi uma lição: se a gente entra pro campo, tem que estar disposto a jogar!



# 06

## FAZENDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE





## UMA RODA DE CONVERSA DIFERENCIADA

**BRUNA CAPELLI LANZA<sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Já estou chegando ao final do primeiro mês do internato de Saúde Coletiva no município e até aqui as experiências foram muito enriquecedoras. Não cabe em palavras o quanto tenho aprendido e o quanto tem sido maravilhoso. Uma das coisas que mais amo aqui é a receptividade que todos tiveram conosco, tanto os funcionários da saúde quanto os moradores.

Desde quando chegamos, todos se mostraram muito empolgados com a nossa presença, na expectativa de que pudéssemos ajudar a cidade com alguns projetos que a equipe tinha necessidade de manter. Poderíamos colocar em prática atividades de educação em saúde, como palestras em escolas, cartazes (como, por exemplo, para o “Agosto dourado”), projetos de intervenção no município, entre várias outras iniciativas. Com isso, nos colocamos sempre à disposição para ajudar no que fosse possível.

Nesta semana, fomos chamadas para fazer uma apresentação sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) para os internos de uma unidade do sistema prisional. O convite foi uma surpresa, visto que nunca havíamos tido contato ou preparo para adentrar nesse tipo de ambiente. Ficamos, em um primeiro momento, com um pouco de medo, mas prontamente aceitamos.

Preparamos uma pequena apresentação, bastante ilustrativa e, sobretudo, bem informativa, sobre três Infecções Sexualmente Transmissíveis: Herpes, AIDS e Sífilis. Pensamos que os indivíduos reclusos naquele local carecem, em sua maioria, de acesso à informação, e por isso focamos na clareza das palavras e das informações, procurando garantir o entendimento de todos. A mensagem que queríamos passar era somente uma: a importância da prevenção de doenças.

Chegou o dia da palestra, e nós fomos com a enfermeira da equipe de Saúde da Família. Sabíamos que tínhamos a responsabilidade de transmitir as informações certas, recorrendo aos nossos aprendizados no curso e às pesquisas prévias na bibliografia. Entramos no local e fomos muito bem recebidas. Conversando com os funcionários da instituição, eles nos disseram que possuem uma meta de palestras para cumprir a cada 4 meses, agradeceram a nossa presença e disseram que estávamos ajudando muito com a saúde daquela população.

Adentramos no local onde ficam os recuperandos, e eles estavam nos esperando, sentados em um pátio, à frente de um palco. Eram cerca de cinquenta pessoas, pacientemente nos aguardando. Colocamos nossa apresentação em uma televisão, e nos preparamos para iniciar a palestra.

Confesso que eu estava com certo medo de a apresentação não ser levada a sério, ou que eles estivessem ali somente por obrigação e que não prestariam atenção em nossa mensagem. Iniciamos a apresentação, nos apresentamos e passamos todas as informações de forma clara, para facilitar o entendimento. A cada foto que passávamos, ouvíamos sussurros de espanto; percebemos assim que conseguimos atrair a atenção deles para o risco das doenças. A apre-

sentação foi breve, em cerca de vinte minutos todas nós já havíamos falado. Toda a palestra foi ouvida em silêncio, respeitosamente.

Ao final, disponibilizamos papel e lápis, caso eles quisessem fazer perguntas em sigilo, devido ao constrangimento do tema, mas também demos liberdade para perguntas abertas. Foi então que vimos as mãos de alguns recuperandos se levantando, perguntando sobre suas dúvidas, e ficamos felizes de ver que despertamos interesse no assunto. Não eram dúvidas banais, e sim pertinentes sobre o assunto. Eles se mostraram preocupados e queriam realmente aprender. Uma pergunta sobrepunha outra, e tudo aquilo se tornou uma roda de conversa.

Nesse momento, um dos recuperandos nos deu seu próprio relato: ele tinha o diagnóstico de AIDS, tinha contraído o vírus HIV há muitos anos, e contou como era difícil o tratamento para a doença. Ele também contou que tinha esposa e filhos, todos soronegativos, e que ele também estava com baixa contagem do vírus há vários anos, por fazer o uso correto das medicações. Mas ressaltou que é um tratamento duro, cheio de efeitos colaterais, e focou na prevenção da doença: o preservativo. Agradecemos muito o relato dele, e o parabenizamos pela sua responsabilidade com a terapia da doença. A partir daí, ouvimos vários outros relatos sobre amigos, parentes e conhecidos, que haviam contraído IST's.

Outro aspecto que nos chamou a atenção foi a realidade em que vivem os recuperandos; conversamos com eles a respeito e tentamos adequar os meios de prevenção à sua realidade: não compartilhar cigarros e, sobretudo, usar o preservativo em qualquer contato sexual.

Nós os incentivamos também a fazerem consultas com profissionais de saúde, caso tenham alguma lesão, e a fazerem os testes

rápidos, disponibilizados gratuitamente pelo Centros de Saúde. Vimos que mesmo que a informação seja passada da forma correta, muitas vezes a realidade do paciente não permite o cuidado ideal.

No fim, recolhemos as folhas com as perguntas feitas em sigilo, e prometemos retornar no mês seguinte para uma outra palestra, com as dúvidas respondidas. A maioria das perguntas se tratava de questionamentos sobre lesões que eles próprios tinham. Portanto, somente uma avaliação médica seria capaz de esclarecer o diagnóstico.

Além disso, antes de ir embora do local, todos os recuperandos cantaram músicas de louvor para nós, como forma de agradecimento, e deram suas bênçãos a nós. Fiquei surpresa com todo o carinho.

Fomos embora da instituição muito realizadas e surpresas. Algo que esperávamos ser uma rápida palestra, se tornou uma roda de discussão bastante interativa. Nos sentimos muito úteis e importantes, com a sensação de que estamos realmente ajudando o município. Fomos convidadas para fazer uma palestra novamente para os recuperandos sobre tabagismo, visto que muitos possuem o hábito de fumar, e já estamos pensando até em atividades de interação com eles.

Levo dessa experiência algumas lições valiosas. Primeiramente, não devo esperar sempre o pior cenário. Devo estar disposta a tentar transformar a situação da melhor maneira possível. Além disso, é muito importante trazer informações acessíveis para as populações vulneráveis e de risco, pois estas podem salvar vidas e ajudar toda uma comunidade. Por último, tudo deve se adequar à realidade do local, pensando nas condições em que as pessoas vivem. Espero realizar atividades semelhantes em breve, pois sem dúvida foi uma das mais enriquecedoras até então!

## EDUCAÇÃO SEXUAL EM UMA ESCOLA ESTADUAL

**MATHEUS MARTINS LANA <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Em nossa sexta semana do Internato de Saúde Coletiva, minha colega e eu agendamos uma apresentação, sobre educação sexual, para os alunos do nono ano de uma escola estadual da cidade. Para possibilitar aos estudantes uma experiência mais interativa e proveitosa, nós os dividimos, entre meninos e meninas, em duas salas separadas, de modo que minha colega conduziu a apresentação na sala das garotas e eu fiquei com a sala dos garotos.

A extensão educativa abrangeu aproximadamente 80 estudantes, sendo o número de alunos masculinos levemente superior. Durante o turno da manhã, abordamos o tema educação sexual de forma lúdica e leve, porém muito franca. Tendo em vista que a gravidez na adolescência é uma condição de saúde amplamente presente no município, acreditamos que a aula ministrada foi de grande valia para os escolares.

Nesse cenário, os principais temas abordados na apresentação foram: anatomia básica dos sistemas reprodutores, sexualidade (autoconhecimento, boas práticas e “sexo seguro”), gestação na adolescência (conceito, incidência e consequências para os pais e

os filhos), infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e métodos contraceptivos.

Durante as apresentações, minha colega e eu abordamos diversos “mitos e verdades” sobre a prática sexual e o sexo seguro. Nestas abordagens, observamos grande desconhecimento dos estudantes, principalmente sobre o uso correto do método de barreira (preservativo), o acesso aos métodos anticoncepcionais no SUS, algumas medidas básicas para prevenção das IST's (tais como o uso de “camisinha”, a higienização adequada de mucosas e órgãos genitais e o não compartilhamento de objetos perfurocortantes) e a necessidade de manutenção do esquema vacinal em dia (por exemplo, para prevenção de complicações da contaminação pelo Papilomavírus Humano (HPV) e da Hepatite B.

As maiores dificuldades que encontramos durante a realização da extensão educativa foi manter a atenção dos estudantes no início da atividade, devido a uma inquietação (que pode ser característica da idade de 14 a 17 anos) que ocorre quando se discute questões relacionadas à sexualidade. Entretanto, durante a apresentação, fomos capazes de despertar a curiosidade e a atenção dos alunos, o que fez com que, no final, uma considerável parcela deles nos dirigissem dúvidas e questionamentos.

Portanto, acredito que a experiência com os alunos foi muito gratificante e enriquecedora, tanto para os escolares quanto para nós, internos de Medicina, haja vista que nos possibilitou um conhecimento efetivo sobre a realidade de uma parcela da população da cidade, com a qual não temos muito contato no consultório. Muitas vezes, os adolescentes e jovens adultos procuram o Centro de Saúde apenas quando acontece uma gravidez precoce e indesejada.

Logo, creio que ações educativas como esta, de forma longitudinal e abrangente, sejam o principal mecanismo para reduzir a incidência da gestação na adolescência e para diminuir a transmissão sexual de doenças, que voltou a aumentar na última década.

## EM SINTONIA COM A CIDADE

**THALES PESSOA CHRISTO ALEIXO<sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

“Oi gente, nós estamos tendo o prazer de receber aqui, nos estúdios da Rádio, no nosso programa, uma galera, um pessoal bonito, que vai falar um pouco sobre saúde. Eles são do Internato de Saúde Coletiva, e nós vamos bater um papo aqui. E você, que tá do outro lado aí, vai ver a importância do Internato, no contexto da nossa cidade. Bom dia Thales, seja bem-vindo! A casa é sua”.

Sátiro, às onze horas e dois minutos de quarta-feira, dia 7 de dezembro, anunciava, do ponto mais alto da cidade (um dos), no final da rua, o início da nossa participação no programa da Rádio, como convidados. “E aí, o tema de hoje, nós vamos falar sobre a Atenção Básica em Saúde e o SUS aqui na cidade”.

Nada disso teria ocorrido se não fosse por um colunista da Rádio, e avô da namorada do nosso colega, que nos convidou para participar do programa do Sátiro. Ficamos todos muito agradecidos e empolgados de poder participar de uma entrevista, ao vivo, em uma das principais rádios da cidade. Antes de iniciar o programa, Sátiro aproveitou para se apresentar, conferir os nossos nomes e da nossa Faculdade e entender um pouco melhor sobre o funcionamento do Internato Rural. Nessa conversa inicial, tivemos

basicamente um bate papo resumido e informal sobre o tema que iríamos abordar em seguida.

O intuito do programa era, inicialmente, contar um pouco da nossa experiência em cada um dos PSF's em que estamos alocados no município e destacar alguns pontos, tais como: o principal público de abrangência em cada PSF; quais as políticas públicas de saúde voltadas para os Centros de Saúde; explicar como funcionam a dinâmica de atuação, as visitas domiciliares, as consultas marcadas, os encaminhamentos, a solicitação de exames e a vacinação. Por último, discutimos alguns pontos importantes para a melhoria da qualidade dos PSF's e do próprio sistema de saúde do município.

A conversa durou cerca de 50 minutos e, durante todo esse tempo, Sátiro intercalava as perguntas, direcionando-as para mim e para os meus colegas, a cada momento. Enquanto falávamos, toda a equipe de saúde de Saúde da Família acompanhava a entrevista pelo computador do Centro de Saúde. Todos nós recebemos várias mensagens de médicos, enfermeiras e outros integrantes das equipes de Saúde da Família, elogiando nossa participação. Foi um momento especial que tive com meus amigos, durante esse período em que estivemos no Internato aqui no município.

## É CUIDANDO DAS RAÍZES QUE OBTÊM-SE BONS FRUTOS

**ANA BEATRIZ DE CASTRO FERES<sup>1</sup>, FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Gostaria de ressaltar como uma vivência marcante, aqui no município, a atividade que desenvolvemos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se de uma proposta da Prefeitura, juntamente com as escolas municipais, com o objetivo de abordar temas importantes para o desenvolvimento dos estudantes. Neste caso, foi sugerido que nós discutíssemos os seguintes temas: “Combate ao bullying, respeito à diversidade e promoção da cultura da paz”.

Sendo assim, planejamos, juntamente com a Coordenadora da Atenção Primária e as diretoras da escola, uma atividade com os alunos entre 8 e 10 anos (turmas da manhã e da tarde). O nosso intuito era abordar o tema através de dinâmicas, nas quais os alunos pudessem se envolver e participar ativamente. Para isso, decidimos passar um filme em curta-metragem que abordasse o assunto e, a seguir, fazer uma roda de conversa e discussão sobre o tema, por meio de perguntas previamente definidas, que fossem sorteadas, lidas e respondidas pelos próprios alunos.

O curta-metragem conta, por meio de representação de desenho, a história verdadeira de um garoto com deficiência física e

intelectual, que se sentia excluído do grupo de colegas, por não conseguir participar das brincadeiras, e por ser motivo de piadas, muitas vezes. O vídeo retrata, de forma lúdica, como esse tipo de comportamento afasta as pessoas umas das outras, criando barreiras de convivência. E da mesma forma, no final, mostra como a parceria, a união, a empatia e o respeito, promovem relações saudáveis e quebram barreiras antes existentes. Tanto os alunos, quanto os professores e diretores, gostaram muito da abordagem do filme.

Depois de assistirmos o vídeo, partimos para uma espécie de roda de conversa, na qual discutimos sobre bullying, respeito às diferenças e promoção da união e da paz. Desenvolvemos esta atividade, por meio de uma dinâmica, na qual os alunos se voluntariaram para retirar uma pergunta da “latinha” que levamos, e respondê-la, contando com a ajuda dos outros colegas, que completavam as respostas. Com estas perguntas pudemos discutir sobre as cenas do vídeo, bem como trazer essa discussão para a realidade; pudemos conversar sobre bullying e os tipos de bullying existentes (como cyberbullying); pudemos traçar, juntos, estratégias para enfrentar esse problema; pudemos reforçar a importância do apoio dos amigos, da família e da escola e pudemos promover o respeito entre os alunos.

A experiência foi enriquecedora, principalmente, pelo fato de termos sido surpreendidas com a participação ativa e animada dos alunos. Além disso, os relatos de situações vivenciadas por eles, envolvendo bullying, racismo e outros tipos de preconceitos e agressões, tornou a atividade ainda mais completa.

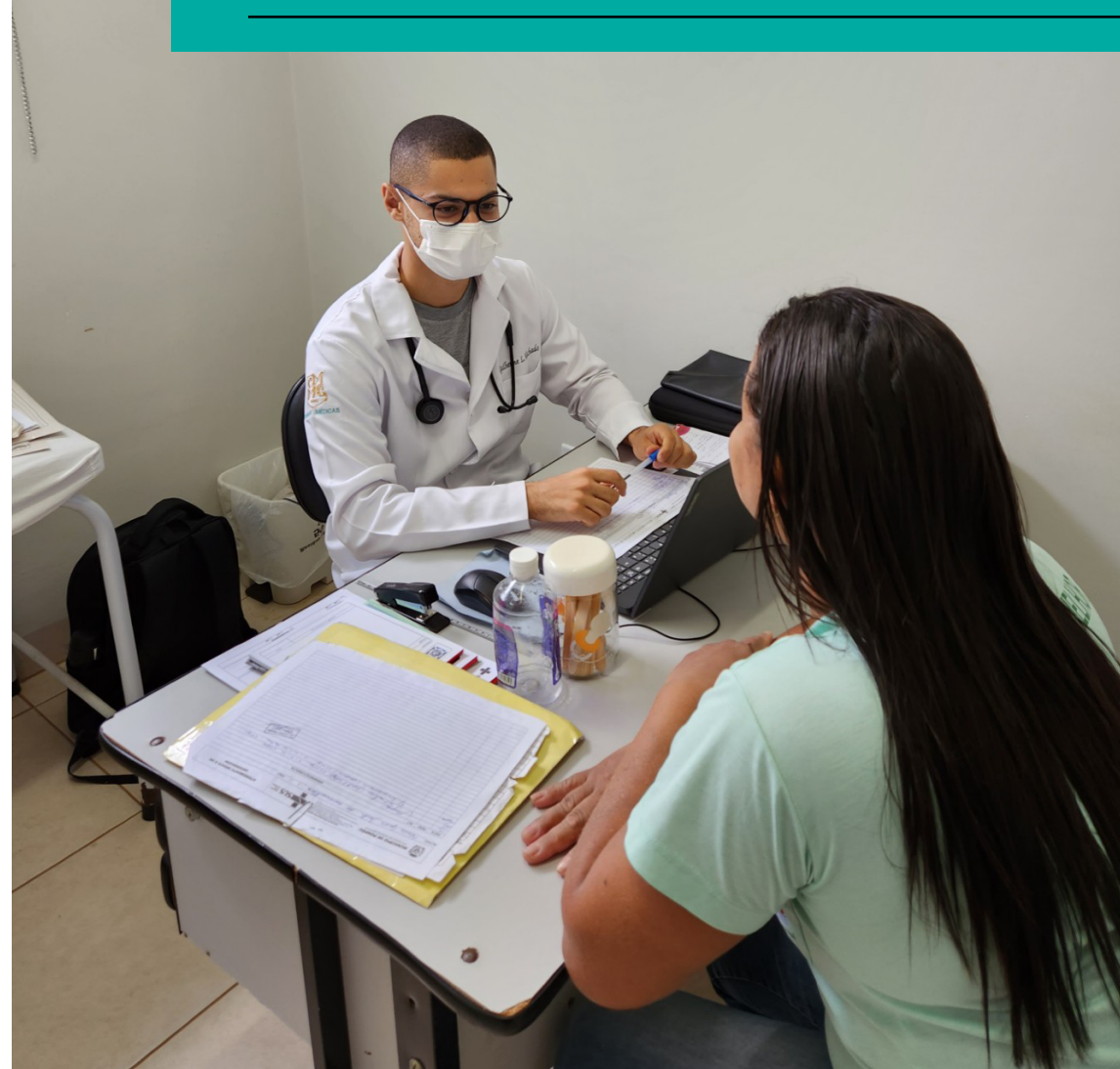
Outro ponto que me chamou a atenção, foi o respeito com que os alunos se dirigem aos professores e outros funcionários da escola, tratando-os sempre com respeito, se referindo a eles como “dona,

senhora, senhor” e com obediência plena. Estes costumes, que hoje não são vistos mais em muitas escolas, principalmente das grandes cidades, geram muitos frutos positivos na convivência escolar, bem como no desenvolvimento pessoal do aluno.

O desenvolvimento deste projeto, bem como a sua realização, contribuiu muito para o meu crescimento pessoal, e me fez admirar ainda mais a população local, pelo respeito, carinho, receptividade e educação com que nos tratam.

# 07

## CUIDADOS PALIATIVOS EM SAÚDE





## UMA JORNADA DE EMPATIA: LIÇÕES DE VIDA E HUMANIDADE

MARCELLA MOTA CONSTANTE <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Como acontece todas as quintas-feiras, hoje foi meu dia de acompanhar a médica e a Agente Comunitária de Saúde nas visitas domiciliares. Na segunda visita do dia, fomos até a casa de um senhor que reside na zona rural e se encontrava impossibilitado de comparecer ao PSF para consulta médica, devido a um quadro terminal de câncer renal, apresentando vômitos frequentes, hiporexia e prostração.

Logo que chegamos, percebi que se tratava de uma família muito humilde e acolhedora. Antes mesmo de examinarmos o paciente, ele e sua esposa já foram logo nos perguntando se gostaríamos de comer ou beber alguma coisa e era nítido o esforço que faziam para nos receberem da melhor maneira possível em sua casa.

Foi uma consulta bastante difícil, uma vez que o paciente e sua esposa não tinham conhecimento real da gravidade de seu quadro. Enquanto líamos o resultado de sua biópsia renal, evidenciando câncer renal no estágio 4, ele nos interrompeu para perguntar o que isso significava e se o seu quadro era grave ou não.

Precisamos então explicar detalhadamente e com muito cuidado, que se tratava de um diagnóstico terminal, que seus médicos

havam optado por interromper as sessões de quimioterapia e proceder apenas com cuidados paliativos, para minimização de sintomas.

Após quase uma hora de visita, fazendo uma anamnese detalhada, um exame físico completo e analisando todos os exames e medicamentos em uso pelo paciente, nos preparamos para nos despedir do paciente e seguir para a próxima visita.

Nesse momento, o paciente começou a nos contar um relato sobre uma vez em que ele foi capaz de ajudar um amigo que estava precisando de dinheiro, mas não poderia pagá-lo de volta.

Ao final de seu relato, ele olhou para nós e disse: “Dessa vida nós não levamos nada, então ajudem o próximo e sejam gentis”. Ele fez questão de abraçar todas nós, com muita gratidão, e perguntou como poderia nos retribuir por toda a atenção e cuidado com que o tratamos.

Apesar de ter sido uma consulta difícil, essa visita me marcou de forma positiva, pois me mostrou como mesmo em um momento extremamente delicado da vida de um paciente, há muito o que podemos fazer por ele.

Até mesmo quando o indivíduo já se encontra em estágio terminal e necessitando de cuidados paliativos, podemos ajudá-lo propondo medidas para a melhora de seus sintomas ou até com um simples cuidado e atendimento atencioso.

Tenho certeza que naquele dia, mesmo que de uma forma pequena, fizemos a diferença na vida daquele paciente.

## RESILIÊNCIA FRENTE AO DESFAVORÁVEL

**JULIA PEIXOTO VICENTE ARAÚJO <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Em uma segunda-feira, no segundo mês do meu Internato Metropolitano, data em que tínhamos inúmeras visitas domiciliares agendadas, vivenciei um momento de extrema delicadeza, que causou muita comoção em quase todos que estavam presentes em uma dessas visitas.

O caso em questão era o de um paciente jovem em situação pós-cirúrgica, devido a uma neoplasia de bexiga. Ele se apresentava com ótimo estado geral e com o humor preservado, e seus familiares, que o acompanhavam, estavam felizes com a recuperação e a resolução do “susto” causado pelo diagnóstico tão temido por todos.

A problemática, porém, se mostrou ao analisarmos os resultados de exames, que foram repassados a nós pelo paciente com um olhar de quem gostaria de dizer algo, passar algum sinal.

Naquele momento a médica responsável nos mostrou, em silêncio, um resultado da biópsia do tecido retirado, evidenciando um estadiamento da neoplasia já em estágio extremamente avançado, com inúmeras metástases próximas e à distância, além de diversos pedidos de exames para análises de outras suspeitas metastáticas. O prognóstico, portanto, era extremamente ruim, possivelmente indicativo de tratamento paliativo, enquanto a postura

do paciente e, principalmente, do pai do paciente, não estavam de acordo com o diagnóstico que tinha sido feito nas semanas anteriores ao atendimento.

Antes da visita, a Agente Comunitária de Saúde e a médica responsável fizeram uma discussão conosco e nos relataram que o paciente fez a escolha de, inicialmente, não contar para os familiares sobre o prognóstico. Não cabia a nós, portanto, julgar tal decisão, somente acatá-la e realizar o desejo do paciente, o que foi possível com a boa articulação entre as duas profissionais da equipe de Saúde da Família.

A Agente de Saúde responsável era extremamente cuidadosa e dedicada à população, conhecia o caso e suas peculiaridades com detalhes e os repassou anteriormente à médica, que compareceu à visita com o preparo e o conhecimento necessários, agindo de acordo com o desejo do paciente. Assim, ao analisar a estrutura e o funcionamento da equipe de Saúde da Família no caso em questão, considero que esta se mostrou muito efetiva.

Consegui também realizar uma reflexão sobre a postura do paciente. Me comovi com a resiliência que ele possuía ao tratar de sua doença e com a força que ele teve ao escolher poupar os familiares, mesmo que inicialmente, do conhecimento pleno do difícil diagnóstico e prognóstico.

Além disso, mesmo sem ter tido uma conversa que explicitasse essa motivação do paciente, a situação me fez refletir sobre uma tentativa de manter as esperanças, mesmo em uma situação extremamente desfavorável. As atitudes de tentar retornar aos estudos, falar sobre desejos do futuro, manifestar desejo de viver, mostram que o paciente tem uma inteligência emocional que, possivelmente, terá grande valia em sua trajetória de tratamento.

## ACOLHER E CONFORTAR

**LUIZA MOREIRA DINIZ<sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Nessa semana, atendemos um paciente que me marcou muito. Um senhor, de cerca de 65 anos, veio à consulta com sua esposa, com uma queixa de dor intensa. Durante o atendimento, percebemos a pouca escolaridade do casal; eles não sabiam nos informar ao certo seu histórico de saúde, suas doenças e os medicamentos em uso. Pelo fato de ter ocorrido uma troca de médica na equipe de Saúde da Família, a médica atual também não sabia o histórico desse paciente; dessa maneira tivemos que olhar os registros das últimas consultas no prontuário eletrônico. O paciente em questão apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica e Câncer de Próstata, com metástase óssea.

O paciente queixava de muita dor, explicada pela metástase óssea. Ele estava em uso de diversas medicações para tratamento da dor, mas sem melhora. Nesse contexto, a médica prescreveu uma medicação endovenosa para controle da dor e agendou uma visita domiciliar para melhor avaliá-lo. Por ser a primeira semana de trabalho dessa médica, ela procurou saber um pouco mais sobre o histórico desse paciente, com a equipe e no prontuário, para entender melhor o caso e para um melhor acompanhamento.

Após avaliar melhor o caso e consultar as medicações já usadas previamente pelo paciente, a médica optou por prescrever morfina para o controle da dor. Dessa maneira, separamos a medicação para levar na visita domiciliar, que seria feita na mesma semana. Dois dias após a consulta, fomos à casa desse paciente, na zona rural do município. Quando chegamos lá, o paciente se encontrava gemendo de dor e com muita dificuldade de deambular. Além disso, queixava-se também de não estar conseguindo dormir, devido à dor constante.

Após conversar com o paciente e a esposa, entregamos o medicamento e fizemos as orientações. Explicamos que era um medicamento mais forte e que ajudaria a aliviar a dor e, conseqüentemente, melhorar o sono e a sua qualidade de vida. Pedimos para que eles nos informassem assim que a medicação estivesse próxima de acabar, para que fosse feita uma nova receita, e eles recebessem mais medicação.

Este caso me fez refletir novamente sobre a vulnerabilidade social de alguns pacientes com baixa escolaridade, que apresentam dificuldades até mesmo para relatar seu histórico médico, o que dificulta a consulta, principalmente em situações como esta, em que a médica nunca tinha tido um contato anterior com o paciente e, conseqüentemente, não conhecia sua história. Ademais, este caso me fez refletir sobre a importância dos cuidados paliativos, visando reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Como foi descrito por Hipócrates: “Curar quando possível; aliviar quase sempre; consolar todos os dias”. Muitas vezes, não será possível curar a doença do paciente, como está exemplificado neste caso, mas é sempre importante se comprometer a oferecer os melhores cuidados, para aliviar o sofrimento do paciente e oferecer uma vida mais digna; aliado a isso, é sempre importante consolar

o paciente, mostrar que você está aqui para escutá-lo e ajudá-lo da melhor forma possível.

Por fim, queria deixar registrada a minha gratidão pela experiência que o Internato Rural me proporcionou, tanto para a minha formação acadêmica, quanto para a minha vida pessoal. O município em que eu fiz Internato estava entre as minhas últimas opções de escolha na lista de cidades do Internato Rural, devido ao fato de ser mais distante de Belo Horizonte. No entanto, me surpreendi positivamente; a equipe de saúde e a população foram muito receptivas e acolhedoras comigo e com minha colega de dupla; além disso é um lugar muito tranquilo para se viver. Esses meses morando na cidade e atuando na Unidade Básica de Saúde me proporcionaram diversas experiências boas, que guardarei comigo para sempre. Dessa maneira, finalizo meu portfólio deixando um muito obrigado à equipe de saúde, à população local e ao Internato de Saúde Coletiva da Faculdade.

## A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO PALIATIVO PARA O PACIENTE E OS FAMILIARES

ALÍCIA FREIRE GOMES DA SILVA <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Desde que comecei a atender com a equipe de Saúde da Família, a médica da equipe me relatou o caso de uma idosa de 82 anos, que há um mês tinha contraído Covid-19 e estava passando por uma série de complicações pós-infecção. Dona Safira, que foi vacinada com quatro doses, contraiu o vírus e precisou ser internada por cerca de dez dias, para um cuidado mais intensivo do seu quadro respiratório.

Depois dessa internação a paciente, que até então tinha uma boa mobilidade e cuidava de sua casa, passou a ficar mais fraca, apresentando dispneia e fadiga, precisando ficar acamada. Ela já possuía um histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Insuficiência Cardíaca, que antes do covid-19 estavam controladas.

Devido a esse quadro, foi necessário o agendamento de visitas domiciliares regulares, para acompanhar e avaliar a paciente. Desde o primeiro dia que a visitamos pude notar que seu quadro não era muito promissor, já que a doença agravou a Insuficiência Cardíaca que a paciente já possuía e, devido à falta de ar, ela passou a não se comunicar com as pessoas.

A médica da equipe teve a mesma impressão e conversou de uma maneira delicada com a família, sobre uma possível nova internação, sobre como ela acreditava que o quadro da paciente era grave e que, caso ela fosse internada novamente, provavelmente não sairia mais do hospital. Logo, os familiares, muito bem orientados, entenderam a gravidade da situação e chegaram à conclusão que não queriam que Dona Safira fosse internada novamente e nem mesmo que fossem usadas medidas de suporte invasivo para prolongar a sua vida.

Diante dessa escolha, a médica e eu procuramos manter a paciente da maneira mais confortável possível, em seu domicílio, dando suporte respiratório através da cânula nasal e acompanhando regularmente o seu quadro.

Cinco dias após a nossa ida à casa da Dona Safira, sua neta ligou para o PSF solicitando uma visita domiciliar, relatando que a paciente estava saturando mal, com maior dificuldade respiratória e que apresentava tosse e febre alta. Fomos até o domicílio, realizamos o exame físico, no qual constatamos que ela estava com taquipneia, diminuição da expansibilidade respiratória e presença de crepitações na base, à ausculta. Devido ao fato dela estar acamada, pensamos em uma possível pneumonia aspirativa e prescrevemos antibiótico e antitérmico.

Na sexta-feira, um dia após a última visita, fomos chamadas novamente para avaliar a sua evolução, pois a paciente não estava evoluindo bem. Ao chegar em sua casa, sua filha nos relatou que Dona Safira estava mantendo uma saturação de 82%, mesmo com o uso da cânula nasal, que a febre não diminuía com os anti-térmicos prescritos, que ela não urinava há mais de 24h e que já apresentava um rebaixamento no nível de consciência. Ao exame

físico, a paciente apresentava sinais indicativos de que a sua situação clínica havia se agravado; diante disso, propusemos novas medidas terapêuticas.

Sáímos da visita um pouco desanimadas, já sabíamos qual seria o desfecho do seu caso; mas mesmo assim mantivemos os cuidados necessários para deixar Dona Safira o mais confortável possível, permitindo que ela fosse tratada em seu domicílio e que a família estivesse ao seu lado o tempo todo.

Infelizmente, na segunda-feira, ao chegar ao PSF, recebi a notícia de que Dona Safira havia falecido no final de semana e que, apesar da família estar muito triste, eles estavam muito satisfeitos com a maneira como conduzimos a situação, uma vez que respeitamos a sua decisão e mantivemos a paciente o mais confortável possível e perto de seus familiares, em seus últimos momentos de vida.

Diante de toda essa situação pude refletir melhor sobre como o cuidado paliativo é importante para o paciente e para os familiares. A Medicina Paliativa é voltada para a dimensão do sofrimento físico (que é tratado como uma urgência) e também para as dimensões familiar, emocional e espiritual. Não se restringe à mera execução de procedimentos em pacientes, devendo sempre priorizar a preocupação, interesse, interação e compromisso com o cuidado.

A promoção de cuidados paliativos em ambiente domiciliar permite aos pacientes idosos a possibilidade de continuar em seu contexto familiar e social, com atenção multiprofissional, especializada e capaz de oferecer suporte e orientação aos familiares e/ou seus cuidadores, evitando internações recorrentes e, muitas vezes, desnecessárias. Assim, o idoso permanece em um ambiente familiar, com riscos menores e assistência integral, o que contribui para a melhoria e manutenção de sua qualidade de vida.

No caso de Dona Safira, tentamos abordar o conceito de cuidado paliativo na prática, cuidando não só da urgência médica, mas também de todas as outras dimensões do cuidado, que ela e a família necessitavam naquele momento. Introduzimos medidas que buscavam a melhor qualidade de vida possível e o conforto da paciente e seus familiares, fazendo com que a ênfase assistencial estivesse focada no oferecimento e na manutenção do conjunto de cuidados para o conforto físico e psicoemocional do binômio paciente/família. Procuramos também manter uma comunicação e as melhores condições para que a família acompanhasse a paciente e se preparasse para uma morte que poderia acontecer.

## SÓ A PRÁTICA ENSINA

**BRUNA CAPPELLI LANZA<sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Um dos principais atributos do SUS que estudamos na Faculdade é a longitudinalidade. Como o próprio nome denota, ela diz respeito ao acompanhamento do paciente, ao longo do tempo, pela equipe de Saúde da Família, para cuidados preventivos e em vários episódios de doença. Neste acompanhamento, é fundamental uma relação entre o médico e o paciente contendo, sobretudo, confiança.

Como acadêmica, é aqui, no Internato Rural, que tive a chance de ver, na prática, esse atributo tão importante. Pude conhecer os pacientes e vê-los nas consultas seguintes, acompanhar a evolução de seus quadros e reconhecer se houve melhora ou piora, de acordo com a conduta estabelecida. Talvez esse seja um dos diferenciais que destaca o Internato de Saúde Coletiva dos outros Internatos.

Nas primeiras semanas na cidade, durante uma visita domiciliar, tive a oportunidade de conhecer um senhor de 79 anos, que estava sendo cuidado em casa devido a um câncer de pulmão em estado terminal. Ele já fazia acompanhamento médico há algum tempo no PSF e era muito conhecido. Conversando com a família, me contaram que ele tinha sido diagnosticado com um aneurisma de aorta abdominal e fazia exames regularmente para acompa-

nhar o quadro e que há um ano, casualmente, descobriu o câncer, já avançado.

Esse senhor chegou a fazer duas sessões de radioterapia para tentar impedir o avanço do câncer ou até mesmo a redução, mas não havia conduta cirúrgica possível para remoção do mesmo e ele interrompeu a radioterapia, passando a receber apenas cuidados paliativos. Ele não possuía muitos sintomas respiratórios, apenas sentia fraqueza ocasionalmente.

Com o passar do tempo, foi sendo cuidado no conforto de casa, recebendo apenas visitas domiciliares periodicamente; afinal, deve-se continuar o cuidado para colocar em prática a longitudinalidade. Durante uma das visitas, recentemente, a família do paciente relatou que ele estava com certa dispnéia e questionou o que deveriam fazer. Durante o exame físico a pressão arterial estava boa, mas ele tinha uma saturação de O<sub>2</sub> de 85%; orientamos, então, levá-lo ao hospital para receber oxigenoterapia.

A família prontamente o levou ao hospital e lá ele recebeu uma máscara facial com fluxo de O<sub>2</sub>, para alívio da dispnéia. Ao que soubemos, a saturação de O<sub>2</sub> reagiu bem à oxigenoterapia, mas a dispnéia e o desconforto torácico persistiam. O médico responsável nos contou que, mesmo assim, liberou o paciente para casa, com um cilindro de oxigênio, pois, segundo ele, não havia mais o que fazer; era o câncer se manifestando. Portanto, seria melhor para ele estar confortável em casa.

Fomos visitá-lo em uma quarta-feira e lá estava ele, simpático, mas claramente prostrado e cansado, com o oxigênio. Os sinais vitais estavam relativamente bons. Conversamos com ele, demos nosso apoio, a ele e à família, e fomos embora.

Já na quinta-feira, a médica do PSF recebeu uma ligação para visitar esse senhor novamente, pois ele não queria acordar. Chegamos lá e verificamos os sinais vitais: não havia pulso ou movimentos respiratórios. Infelizmente ele havia falecido enquanto dormia. Mas, felizmente, confortável. Ficamos encarregadas de realizar o atestado de óbito e de encaminhá-lo para o hospital.

Ao fim do dia, ficamos pensando na importância da longitudinalidade em relação a este caso, além dos cuidados paliativos. Conhecer o paciente e poder acompanhá-lo em várias fases da vida é algo muito importante e valioso; ver todo o processo de saúde, adoecimento e, finalmente, o óbito. Além disso, a Medicina Paliativa teve um grande valor, pois não havia mais o que fazer por ele a não ser deixá-lo confortável. E talvez tenha sido o conforto que o permitiu finalmente descansar.

Essas coisas, somente a prática nos permite aprender.

## PSICOLOGIA NO HOSPITAL: UMA PSICOLOGIA CLÍNICA

NEEMIAS GONZAGA RIBAS <sup>1</sup>, MAYLA PRATES DE ABREU <sup>2</sup>, ÂNGELA SPESIALI AROEIRA <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE PSICOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Minha trajetória no Internato Metropolitano foi marcante para a minha vida profissional; ela aconteceu em um hospital universitário. Durante o tempo em que estive no Internato, atuei com atendimento em enfermaria, na clínica geral, no pós-cirúrgico, no setor de Doenças Renais Crônicas, na hemodiálise, entre outros. Descobri que o hospital é uma escola para todo psicólogo que almeja atuar na clínica. Sim, eu disse clínica. No hospital, nós, os profissionais, somos expostos, de maneira nua e crua, à máxima que define a clínica: nada está garantido. Tudo pode acontecer a qualquer momento.

Dentre as experiências vividas por mim, destaco um atendimento a um paciente em cuidados paliativos, quero dizer, o atendimento já não era mais apenas para ele, e sim para a família. E assim foi feito. O atendimento começava sempre com a abordagem da família do paciente e as intervenções, às vezes, eram: ajudar a familiar a acomodar o paciente no leito (com certa agilidade e prontidão), conversar sobre coisas corriqueiras da vida, rir de coisas engraçadas ou situações vividas pelo paciente, escutar a familiar,

em relatos entrecortados pelo choro e pela angústia, enquanto eu pensava em algo que pudesse vir a trazer algum conforto a ela e, na medida do possível, ao paciente.

Foi então que tive a ideia de tocar uma música que o paciente gostasse. “As andorinhas”, esta era a música que o paciente gostaria de ouvir. Então eu, com meu companheiro violão, engoli seco e comecei a cantar. De quebra, outros pacientes também fizeram diferentes pedidos, entre sambas, músicas populares e, claro, de um cantor muito conhecido.

Aproximadamente quinze minutos depois, quando eu já estava em outro setor do hospital, me informaram que o paciente havia falecido. Fui então rever a familiar, que eu escutei durante todo esse período, e recebi dela um singelo e grato: Obrigado! Este agradecimento veio acompanhado de uma expressão de paz que, para mim, não era explicável.

Muito do trabalho do psicólogo em um hospital é sustentar um lugar de quem “sofre com”. O psicólogo não é um herói, nós não retiramos dores, nós não temos poderes de curar doenças milagrosamente; em suma, como dizia meu orientador, “nós não salvamos ninguém”.

Entretanto, apesar de não sermos heróis, desempenhamos uma função heróica; nós somos aqueles que vão sustentar a escuta do nosso paciente em sofrimento, mesmo que a gente saiba que não podemos fazer nada. Para quem achar que isso é pouca coisa, fica o convite para tentar fazer essa escuta.



# 08

## APRENDENDO COM AS PESSOAS E AS SITUAÇÕES



## A FIGURA DE POLIDORO <sup>2</sup>

JOÃO VICTOR DOS SANTOS LAGO <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Neste portfólio gostaria de trazer uma das experiências mais enriquecedoras, tanto para minha caminhada acadêmica quanto para minha vida pessoal.

Na sexta-feira de manhã, participamos da reunião de um grupo de cessação de tabagismo e discutimos sobre o hábito de fumar e o prejuízo à saúde. A dinâmica foi baseada no guia do Ministério da Saúde, um documento que apresenta as melhores alternativas para conduzir o grupo e, para os pacientes, possui pequenos cadernos com tarefas e ensinamentos para auxiliar na cessação do tabagismo. A vivência foi incrível, uma vez que nos permitiu uma revisão sobre o tema, sobre como realizar uma consulta com uma pessoa que deseja parar de fumar, sobre os medicamentos e terapias disponíveis que podem auxiliar na cessação, sobre as escalas e os questionários que devem ser aplicados, além de permitir a troca de conhecimentos com novas pessoas e constituir uma ação de Promoção da Saúde.

Após essa reunião, ligamos para uma figura essencial para o relato deste portfólio, a fim de confirmar a realização de um outro evento naquele dia. Ele foi apresentado a nós pelo nosso professor, logo na primeira semana em que chegamos no município. Naquele dia, ainda conhecendo o dia a dia da cidade, fomos até o comércio

local para encontrar uma pessoa chamada Polidoro. Prontamente, foi possível perceber a felicidade dele ao rever nosso professor e em conhecer os novos acadêmicos que ficariam na cidade nos próximos meses.

Durante o bate papo, o convite para participarmos de uma reunião de uma Organização Não-Governamental (ONG) de apoio e luta contra o alcoolismo, da qual Polidoro é membro, foi feito logo de imediato. Pudemos perceber que por trás daquele sorriso largo, que me chamou a atenção instantaneamente, existia uma pessoa que passou por diversos momentos de dificuldade, que eu mesmo não conseguiria imaginar. Apesar disso, lutou bravamente para chegar onde chegou e fazer mais, não apenas para si, mas também para outras pessoas que se encontram em situação semelhante. Ao final da conversa anotamos os números dos telefones, para que pudessemos combinar uma data para irmos a uma reunião.

Desde esse encontro, passaram-se algumas semanas até marcarmos a data tão esperada. Assim, nesta sexta-feira, logo após a reunião do grupo de tabagismo, ligamos para Polidoro, com a finalidade de confirmar nossa ida à reunião naquele dia, às 19 horas. Ele atendeu a ligação com a maior satisfação, confirmou a reunião e frisou que todos os membros estariam aguardando ansiosamente a nossa ida, pois não é sempre que pessoas “de fora” se disponibilizam para ir às reuniões, para conhecer as pessoas que fazem parte do grupo e validar uma iniciativa tão importante quanto aquela.

Combinamos de encontrar Polidoro às 18:15 horas; chegamos no horário e aguardamos sua chegada. Nós o avistamos de longe, vindo em nossa direção, de bicicleta e com uma chuteira no pé, avisando que estava retornando de uma partida de futebol e iria tomar um banho rapidamente para que pudessemos ir até à cidade

vizinha onde ocorrem os encontros. Após alguns minutos ele voltou, de camisa de botão, calça e sapato social. Nesse momento, já pude perceber o quão importante é para ele esse compromisso, o quão ele se dedica, o quão ele se dispõe e o quão ele é diferente das demais pessoas.

No trajeto, fomos conversando sobre a ONG, como eram as reuniões, como eram as pessoas que participavam, além do relato de diversas histórias incríveis, que Polidoro tinha em sua memória, que de alguma forma engrandeciam nossos conhecimentos. Ao chegar, passamos por um corredor escuro, até chegar em uma escada que levaria ao local de realização do encontro. Assim que subimos, assinamos o livro de presença, nos apresentamos aos membros já presentes e fiz questão de cumprimentar um por um.

Sem atraso, às 19 horas em ponto, a reunião se iniciou, com Polidoro convidando a todos para fazer uma oração. Em seguida, ele falou brevemente sobre o grupo e a importância dele em sua vida e, ao finalizar, passou a palavra para outra pessoa, que ficou responsável por ler um texto e analisá-lo. À medida que o tempo ia passando, o ponto que mais me chamava a atenção era o fato de que a reunião era extremamente organizada.

Após o momento inicial, chegou um instante em que os membros eram convidados a contar um pouco das suas experiências, vividas ao longo dos anos em que foram vítimas do alcoolismo, e como chegaram até esta ONG.

Essa parte, para mim, com certeza foi a mais difícil e, ao mesmo tempo, a mais enriquecedora. Difícil porque cada discurso trazia consigo memórias, tristezas, pesares, arrependimentos, choros e perdas, que deixavam qualquer coração mole, como o meu,

ainda mais mole. Difícil porque, realmente, foi complicado segurar o choro.

Tratando do lado enriquecedor, nós fomos até lá com o intuito de transmitir alguns dos nossos conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Medicina, sobre o alcoolismo e sua relação com a saúde, mas, na verdade, quem nos ensinou muitas coisas foram aquelas pessoas que estavam ali. Nos ensinaram sobre força, resiliência, sobre nunca desistir, sobre os valores que devemos seguir, independente da situação, sobre como a vida é frágil e que, para perdermos os melhores momentos, as pessoas que nos amam e estão ao nosso lado, basta apenas uma escolha equivocada. Após os depoimentos, todos encerravam da mesma forma, comemorando pelas vitórias alcançadas na luta contra o alcoolismo.

Por fim, tomamos um café e fizemos uma breve apresentação sobre álcool e saúde. Respondemos alguns questionamentos e, para finalizar, todos rezaram novamente a oração.

Retornamos para casa na companhia de Polidoro, maravilhados com o que tínhamos acabado de presenciar e agradecendo imensamente por ser possível vivenciar essa experiência.

## BOAS LEMBRANÇAS

**ANA ELIZA RIBEIRO SÂMIA <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Pensei muito sobre o que eu escreveria durante esses primeiros dias morando no município. Confesso que não foi fácil decidir... Eu poderia falar sobre o quanto estou aprendendo com os profissionais de saúde, mesmo porque estou aprendendo muito. Atendi pessoas com condições que, até então, eu só havia ouvido falar: cancro mole, teratoma, herpangina, aborto, possível trissomia 18, sepse devido à uma infecção urinária, dentre outros casos que ficarão marcados em minha memória. Também desenvolvi novas habilidades, como realizar consultas de pré-natal (e achar o batimento cardíaco fetal) e dar notícia ruim.

No entanto, resolvi compartilhar como está sendo uma experiência marcante na minha vida, não só profissional, mas pessoal também. A família do meu avô se mudou para o município onde estou quando ele era adolescente, na época ele estava estudando Medicina na Ciências Médicas. O primeiro emprego dele foi nesta cidade, onde ele permaneceu por uns bons anos atendendo nos Centros de Saúde, assim como o meu tio, que veio depois dele. Passei a minha infância brincando pelas ruas em que caminho para ir ao Centro de Saúde onde estou fazendo o Internato, localizado atrás da casa da minha bisavó, a casa onde passei a minha infância.

Por cerca de sete anos, alguns dos profissionais da saúde daqui da cidade cuidaram da minha bisavó como se ela fosse da família deles, eles se tornaram especiais para nós e a minha família é extremamente grata a todos eles. Vivi a importância do trabalho desses profissionais, do cuidado, da paciência e da presença de cada um deles.

Ir a uma visita domiciliar aqui é gratificante de uma forma que não sei descrever, é uma sensação de paz, quando penso que posso estar fazendo o bem para alguém, só pela minha presença em sua casa (assim como eles fizeram bem para minha família) e também uma empolgação, por imaginar que estou atendendo no mesmo lugar que meu avô atendeu, ele que é minha maior inspiração. Com certeza é algo que levarei para minha vida, onde quer que eu esteja.

Estar aqui me faz refletir o tempo todo, sobre a importância de se valorizar tudo e qualquer coisa, pois o tempo é curto. Hoje estou a 25 minutos da minha casa, perto da minha família, dos meus amigos de infância, mas daqui a cinco semanas volto para Belo Horizonte e tudo volta ao “normal”.

Hoje tenho os melhores professores, os mais atualizados em suas especializações, os mais interessados em ensinar, mas daqui a dois anos posso estar prestes a trabalhar em um Centro de Saúde como o daqui e estarei sozinha com os meus aprendizados, tendo que me atualizar e estudar por conta própria, para oferecer o melhor aos meus pacientes. E estamos vendo, pela convivência com os médicos dos Centros de Saúde que, por mais que eles tentem, é muito difícil se manter atualizado em todas as áreas, o tempo todo. É a famosa frase que diversos professores falam com a gente “o que você não vê, você esquece”.

Hoje tenho saúde, mas amanhã posso ser a paciente sentada na cadeira do consultório pedindo ajuda, querendo um pouco de atenção e cuidado.

Estar aqui me faz perceber a importância de ter empatia, para compreender que uma senhora nervosa, sentada na sala de espera, incomodada pela demora em ser atendida, pode ser mãe de um filho que passa por problemas, pode ter um marido alcóolatra que não colabora e ela só está cansada e doente, precisando da nossa ajuda, e não da nossa indignação.

Percebo a necessidade de ter paciência para explicar ao paciente diabético porque o café com açúcar, tão comum na cidade e que ele tanto ama, pode fazer mal a ele, algo que pode ser simples para mim, mas muito complicado para quem está escutando, além de ser algo em que o entendimento do paciente será crucial para o seu tratamento.

Vivi a importância de perguntar ao paciente, que diz estar aqui apenas para consulta de rotina, algo simples como “tem alguma coisa incomodando o senhor?” e realizar um rápido exame físico; um desses pacientes apresentava, possivelmente, uma Insuficiência Cardíaca.

Sendo assim, posso dizer que essa experiência está sendo um misto de emoções. Muitas coisas novas para estudar, muita vontade de aproveitar cada cantinho dessa cidade, vontade de conhecer todo mundo e aprender com cada uma dessas pessoas.

Em resumo, durante todo o meu tempo aqui, tenho a sensação de nostalgia, felicidade e gratidão por estar onde estou e, além disso, ter a oportunidade de viver situações que me provam que a Medicina está muito além do livro, da técnica e do passo a passo. Medicina é cuidado, empatia, dedicação e paciência!

## DESAFIO E APRENDIZADO: UMA CONSULTA PEDIÁTRICA COM BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO

PEDRO RABELO DUTRA <sup>1</sup>, MARIA ELICE NERY PROCÓPIO <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Em uma tarde de segunda-feira, num dia aparentemente comum. Eu estava realizando consultas com a equipe de PSF e me encontrei em uma situação inusitada. O próximo prontuário em minha mesa era de uma criança de 7 anos de idade. Engraçado como as coisas mudam, pois durante toda a minha formação acadêmica a Pediatria nunca foi uma das áreas que mais me chamaram a atenção. Mas, durante o Internato Rural, percebi que eu tenho um gosto maior pela consulta pediátrica. Ela me faz ter mais empatia e me sentir uma pessoa resolutiva.

Mas, continuando, fui à sala de espera e encontrei uma mãe e seu filho, chamei os dois para o consultório e, como de praxe, perguntei o nome da mãe. A mãe então me respondeu com um som indistinguível, que eu não entendi. Logo, esperei para me certificar do nome dela no prontuário. Iniciei a consulta como faço em todas as outras: perguntei à mãe qual o motivo da consulta. Novamente, ela me respondeu com alguns sons indistinguíveis e alguns gestos.

Logo em seguida, o menino de 7 anos começou a falar e a responder sobre o motivo da consulta.

Na hora me bateu um desespero. Eu estava em uma consulta pediátrica, atendendo o filho de uma mãe com deficiência auditiva e limitações severas na fala. Como eu poderia ajudar naquela situação? Tentei realizar a consulta fazendo as perguntas à criança e observando os gestos da mãe. Tive a impressão de que a criança já estava acostumada com essa situação, pois ela se saiu muito bem como informante.

Ele estava com uma dor abdominal periumbilical, inespecífica, sem associação com outros sintomas. Diante deste sintoma tão inespecífico, parti para o exame físico. Notei que o menino tinha uma hérnia umbilical grande, que poderia ser a causa da dor. Questionei a mãe sobre a hérnia e ela acenou positivo com a cabeça. Solicitei uma ultrassonografia da parede abdominal para avaliar a hérnia e, conseqüentemente, um possível encaminhamento para a cirurgia geral.

Enquanto eu preenchia o pedido de exame complementar, notei a mãe e o filho se comunicando pela Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS). Lembrei que fiz uma disciplina optativa de LIBRAS na Faculdade, porém a falta de prática me impediu de poder usar a linguagem no momento da consulta. Acredito que a mãe da criança já esteja acostumada a não encontrar profissionais da saúde que saibam se comunicar em LIBRAS.

Essa experiência me mostrou, na prática, que independentemente dos recursos e da infraestrutura que existam, disponíveis para a saúde, algo imprescindível é a comunicação e a acessibilidade.

A falta de comunicação é responsável pela origem de muitos problemas e, como profissional da saúde em formação, acredito

que é de suma importância que saibamos nos comunicar com as pessoas, independentemente da maneira como se dará a comunicação. Saúde não são só consultas, infraestrutura, acessibilidade e educação. Saúde é isso, mas também é comunicação.

## UMA EXPERIÊNCIA QUE COMPLEMENTA

**VICTÓRIA MARIA JORGE FREITAS COLOBÓ<sup>1</sup>, MARIA ELICE NERY PROCÓPIO<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Ao finalizar os portfólios do Internato Rural, falarei da experiência como um todo, o que me acrescentou e o que levarei para a minha atuação profissional no futuro.

Primeiramente, no que diz respeito à experiência, não há dúvida do quão enriquecedor o Internato foi, pois a experiência inicial em Centros de Saúde, nos primeiros períodos do curso, não se compara à atual. Eu não imaginava como uma UBS funcionava, a sua atuação com a comunidade, o papel dos Agentes Comunitários de Saúde, as visitas domiciliares, as intervenções educativas e a própria diversidade do atendimento médico.

Agora, depois da experiência obtida aqui no município, conseguiria atuar em uma UBS logo após terminar a graduação, saberia como funciona o atendimento, como funciona o encaminhamento para os hospitais de referência, como funciona o sistema e-SUS e a importância que temos para a comunidade.

Em um segundo momento, destaco a experiência com a comunidade em si, e vou começar com um exemplo que aconteceu na última semana. Eu estava passando pela farmácia da cidade (localizada ao lado da UBS) e reconheci uma paciente, cumprimentei-a pelo nome, perguntei como ela estava e coisas do tipo, e a primeira

coisa que ela falou foi: -“Nossa, você lembrou meu nome!”. Esta é uma coisa tão ‘simples’, à qual damos uma importância tão pequena, mas que, para a comunidade, sobretudo em cidades pequenas, tem um poder extremo. Foi incrível ver como era importante para ela que eu me lembrasse dela, da sua família e da sua consulta, e senti que isso é o que faz a maior diferença na relação médico-paciente, é estar conectado à comunidade, conhecer seu paciente e não apenas seu prontuário.

Cada uma das relações criadas aqui no município foi essencial e cada uma delas acrescentou um pouco à minha pessoa.

Com uma enfermeira, coordenadora da UBS, aprendi sobre a importância da relação profissional, de saber diferenciar os aspectos pessoais dos profissionais e sobre como ser uma chefe respeitável e carinhosa. Com os médicos e os enfermeiros do Centro de Saúde aprendi sobre postura profissional, conhecimento teórico e prático e como lidar com cada paciente.

Com as Agentes Comunitárias de Saúde aprendi sobre a visita domiciliar de qualidade e a importância de uma boa relação profissional-paciente. As recepcionistas da UBS me mostraram como é importante conhecer cada paciente, chamá-lo pelo nome e saber reconhecer seus problemas.

Com a farmacêutica, aprendi muito sobre medicamentos e prescrição; com o fisioterapeuta aprendi um pouco sobre alguns exercícios que poderiam ajudar, em certos tipos de lesões. Com os acadêmicos e profissionais de Odontologia tive aprendizados sobre esta área. E ainda aprendi muito sobre a cidade na convivência com o pessoal da limpeza, com os motoristas e os demais profissionais do Centro de Saúde.

Por fim, aprendi muito com a minha colega de dupla, tanto em relação à Medicina, quanto com experiências de vida, sobretudo ao dividirmos a mesma casa e o mesmo quarto por três meses. E não poderia faltar uma menção honrosa à nossa professora, que tanto nos apoiou em toda a experiência do Internato e com certeza foi uma pessoa que fez essa experiência ser ainda mais incrível!

## “LINO”

**ANNA LUIZA HOMAN ARAÚJO CARVALHO <sup>1</sup>, MAX ANDRÉ DOS SANTOS <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Em minha opinião, “Lino” não poderia passar em branco nos relatos sobre a minha cidade do Internato Rural, por se tratar da personalidade mais marcante que passou pelo meu consultório. No primeiro dia, entrou de mansinho, com um sorriso no rosto, e já foi logo me contando sua história.

Ainda durante a consulta começou a me entrevistar; começou com perguntas mais amplas, querendo me conhecer melhor, até que me questionou sobre a qual classe social eu pertencia. De início estranhei a pergunta e hesitei um pouco em responder.

Quando “Lino” ouviu minha resposta, se surpreendeu e falou: – “Não acredito que você é da classe média; as pessoas quando tem mais dinheiro, não olham nos nossos olhos e não nos dão importância, mas você é diferente, nunca mude o seu jeito de ser, me promete?”

Naquele momento, eu ainda não tinha feito uma promessa para o “Lino”, mas acho que ali eu assumi uma responsabilidade para toda a minha carreira profissional, de não apenas olhar para os meus pacientes, mas também enxergá-los.

Desse dia até o momento atual, em que escrevo, se foram algumas consultas, dele, e de toda a sua família, já que ele fez questão que a esposa, a cunhada, a neta e a bisneta fossem atendidas por mim.

Conseguimos controlar a sua pressão arterial, mas isso se tornou secundário, perto de tudo que eu aprendi e aprendo com “Lino”. Ele realmente me acolheu e me colocou dentro de casa, isso mesmo, até café da tarde já tomamos com a família dele. A simplicidade e a sabedoria de uma pessoa nunca me impressionaram tanto.

Acho que desses encontros irei tirar um aprendizado para toda uma vida. Porque não é sempre que a gente ganha um avô, como ele gosta de ser chamado. Ah, e adivinha, hoje temos mais uma consulta, ou melhor, mais uma prosa.

## LONGEVIDADE

**ISADORA ASSIS CAIADO FRAGA <sup>1</sup>, MAX ANDRÉ DOS SANTOS <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

No último mês, eu e minha colega de dupla do Internato Rural fomos chamadas para participar de uma visita domiciliar simples, em que seria necessário puncionar um acesso venoso para administração de soro fisiológico, com um reforço de complexo B, para uma idosa de mais de 90 anos. Apesar de já estar com demência, Dona Pérola ainda se mantinha viva nas memórias entremeadas junto ao mal de Alzheimer. Entre devaneios, contava ao vento que se atrevia pela persiana entreaberta, sobre suas habilidades na faxina e sobre como se orgulhava de ser a melhor cozinheira que já vira – opinião que era confirmada por todos os seus namorados atuais. Com um sorriso leve e infantil no rosto, perturbado apenas por um milésimo de segundo, enquanto a agulha perfurava sua pele fina, ela nos permitiu saber um pouco do seu mundo.

Gostaria de ter ficado mais, ter conhecido mais a menina que Dona Pérola foi e explorado mais suas traquinagens. Creio eu que nem mesmo devo ter sido notada naquele cômodo e tampouco permeio os seus pensamentos. Ainda assim, egoísta, eu gostaria que Dona Pérola tivesse tido a paciência de me descrever de-ta-lha-da-men-te o que ela via de olhos fechados, com a cabeça levemente

reclinada para trás, com um ar saudoso. Me pergunto se algum dia serei eu, me distanciando e me encontrando em mim mesma.

Dona Pérola é iluminada e vive em luz, apesar de se observar em um ambiente tão escuro quando abre os olhos. Tive a real sensação de que um pouco dessa luz era passada para a Agente Comunitária de Saúde, enquanto ela segurava sua mão esperando o fim do medicamento. Espero que ela tenha tido também o mesmo sentimento que eu. Coisa assim não dá pra deixar passar.

## CONHECENDO AS DIFERENTES FORMAS DE ENVELHECER

**ANA CAROLINA DOMINGUES FERREIRA <sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Aqui no distrito temos muitos pacientes idosos, o que pode resultar de um fenômeno que a equipe de saúde reconhece na história de cada paciente e me descreve mais ou menos assim: “os jovens saem atrás de oportunidades em outros lugares e os mais velhos ficam aqui, na roça, que é onde eles conhecem e de onde não conseguem ou não querem sair”. Assim, venho aprendendo como o envelhecer é diverso, e como o cuidado de saúde necessário para cada pessoa idosa pode ser diferente.

Na minha família só tive oportunidade de conviver com meus avós paternos, e apesar de ter conhecido diversas pessoas idosas, foi por causa do adoecimento de meu avô que comecei a refletir mais sobre a velhice. Nos últimos dois anos nossa família vem convivendo com a doença do meu avô, a Doença de Alzheimer. E o envelhecimento me parecia permeado de delírios, repetições e adaptações, esse turbilhão de dificuldades no qual o afeto é muitas vezes difícil, mas sempre prevalece.

Neste período aqui no distrito eu já consegui expandir minha visão e conheci outras possibilidades. Atendemos dois pacientes

com 100 anos; pessoas domiciliadas com Doença de Parkinson; pacientes acamados com Doença de Alzheimer; uma paciente de 89 anos, saudável após a colocação de um marca-passo; pacientes com 60 anos que aparentam ser mais velhos, por causa de suas doenças crônicas, e pacientes nonagenários, que não conseguem fazer repouso para suas dores articulares porque não conseguem “ficar quietos”. Enfim, são vivências diversas.

Uma das pacientes de 100 anos que atendemos nos surpreendeu. Estávamos em sua casa, fazendo uma visita domiciliar, e eu percorria com o olhar sua receita (com polifarmácia) para Diabetes e Hipertensão. Ao conhecê-la imaginei que tivesse pouco mais de 80 anos, não deambulava muito e escutava pouco, mas tinha a cognição preservada e se comunicava bem conosco. Então a ACS me falou que, na verdade, aquela senhora já tinha 100 anos, e eu não consegui disfarçar minha surpresa. Conviver com um envelhecimento sem demência ainda é novo para mim e me parece sempre algo fora do comum, um milagre para poucos.

Quando a examinamos vimos que sua pressão arterial estava divergente e a glicemia bastante alterada. Um dos profissionais da equipe, que estava conosco na visita, parecia preocupado com a situação e propôs trazer uma nova receita, ajustada pelo médico. Eu pensava comigo que ela, aos 100 anos como estava, não parecia precisar de muito ajuste; naquela idade devíamos apenas promover qualidade de vida para ela. Os hipoglicemiantes já estavam na dose máxima. Seria interessante prescrever uma insulina para controlar a glicemia e prevenir descompensações que debilitassem a paciente, mas seu cuidador estava temeroso com a ideia de aplicar uma medicação injetável; logo, estava fora de questão.

Ao discutir o caso com o médico foi um alívio ouvir que ele partilhava de minha opinião; para aquela senhora focaríamos apenas em promover qualidade de vida. Nenhum medicamento seria acrescentado. Me empolguei e perguntei então se começaríamos a reduzir algumas medicações que ela usava, porém ele assumiu uma atitude defensiva: por mais que fosse possível (e até aconselhável) reduzir as medicações, não iria arriscar retirar algum medicamento e ser injustamente acusado por eventuais descompensações futuras. Por fim, a receita continuou como estava e aquela senhora continuaria vivendo sua homeostase peculiar com a hiperglicemia.

Tive outras oportunidades como essa, e pude realizar desprescrições e prevenção quaternária com menos atitudes defensivas. Assim, venho aprendendo, na prática, como aplicar o princípio da integralidade, e a cada dia que passo no Rural consolidado, um pouco mais, os atributos da Atenção Primária no meu exercício profissional.

## VULNERABILIDADE CLÍNICA E SOCIAL – MUITO ALÉM DO QUE A MEDICINA PODE “TOCAR”

**ANA BEATRIZ DE CASTRO FERES, FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Estando já há quatro semanas aqui no município, o aprendizado tem sido enorme, principalmente no que se refere ao contato com outras realidades, culturas e vivências. Desta forma, o acontecimento mais marcante das últimas semanas foi uma visita domiciliar realizada numa quinta-feira, juntamente com a enfermeira da equipe de Saúde da Família.

Essa visita foi motivada por um pedido feito por uma instituição, para que a equipe avaliasse uma de suas usuárias. O caso nos foi passado pela enfermeira da equipe, que solicitou nossa ajuda nesta avaliação.

Sendo assim, fomos à visita. A residência era simples e pequena e na chegada fomos recebidas pela irmã da paciente, que era a sua cuidadora. A paciente, de 38 anos, era portadora de uma síndrome genética ainda não definida (com características ectoscópicas da síndrome de Down), que trazia como consequência um quadro de deficiência intelectual importante, além de transtornos de saúde mental, com traços sugestivos de esquizofrenia.

Até há alguns meses atrás, a paciente era parcialmente dependente para as atividades da vida diária, mas desempenhava algumas atividades básicas sem precisar de auxílio, tais como usar o banheiro, fazer a sua alimentação e manter os cuidados pessoais. Entretanto, devido à perda de sua visão (por catarata), ocorreu uma mudança do quadro psiquiátrico, ela tornou-se agressiva e deixou de realizar as atividades de autocuidado que antes desempenhava.

Ao entrarmos no seu quarto, nós a encontramos deitada de bruços, se recusando a dirigir o olhar para nós. Encontrava-se bastante irritada, proferindo xingamentos e gritando. A irmã disse que este era o comportamento que a paciente apresentava durante o dia. Ela não usava mais o banheiro e a alimentação diária também era complicada, já que ela não aceitava o que era oferecido.

Uma cirurgia de catarata estava agendada, porém ela se recusou a fazer o eletrocardiograma para avaliação do risco cirúrgico, o que inviabilizou a realização do procedimento que, na opinião da cuidadora, iria auxiliar muito na melhora do seu comportamento.

Diante do que vimos na visita e após a discussão do caso com a equipe de Saúde da Família, pudemos perceber que havia um quadro de alta vulnerabilidade socioeconômica e familiar, associado a um contexto de saúde conturbado e a uma síndrome de estresse do cuidador, pela enorme sobrecarga decorrente da situação.

Era, no entanto, uma situação de difícil manejo, pela não cooperação da paciente, pela dificuldade de incluí-la em uma rotina familiar e principalmente pelos desafios que a cuidadora estava enfrentando em todo aquele contexto.

Esta experiência foi muito importante para o meu crescimento profissional e humano. Pude, através dela, vivenciar uma realidade totalmente diferente da minha e presenciar o quanto o

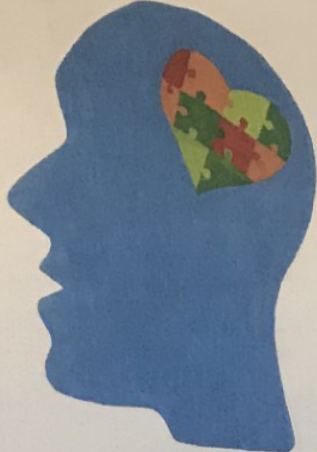
cuidado continuado é difícil e desgastante, mesmo sendo extremamente necessário.

Tive a clareza de que nem sempre a disponibilidade de um determinado serviço de saúde é suficiente para que ele seja realmente utilizado, já que outras questões estão envolvidas, tais como o contexto familiar. As condições estruturais e financeiras de uma família pesam muito em sua rotina, auxiliando ou dificultando determinadas ações.

Compreendi que nem sempre teremos um diagnóstico definido para uma determinada condição, e que, por isso, muitas vezes teremos que estabelecer medidas terapêuticas pensando na sintomatologia e no bem estar do paciente.

E principalmente, entendi a importância da equipe de Saúde da Família e da Atenção Primária em situações como essas, nas quais o contato próximo, a visita domiciliar e a parceria entre a equipe de PSF e a família são essenciais para o cuidado integral do paciente.

A nossa conduta diante do caso foi discuti-lo com a assistente social, para que esta família fosse acompanhada mais de perto. Além disso, repassamos a demanda à instituição, solicitando que a paciente voltasse a frequentar as suas atividades, inclusive para que pudesse haver um período de descanso para a cuidadora.



09

EMPATIA,  
HUMANIDADE E  
SOLIDARIEDADE



## MEDICINA BASEADA EM VIRTUDES

MARIA PAULA PARREIRA <sup>1</sup>, HORÁCIO PEREIRA DE FARIA <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Ao longo dessas primeiras semanas no Internato Rural tivemos muitas práticas e muitas atividades, com as quais não estávamos acostumadas. Além dos atendimentos ambulatoriais, o contato com a equipe de Saúde da Família (com Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiros, recepcionistas, médicos, técnicos em enfermagem, psicólogos e outros) e também com toda a Secretaria Municipal de Saúde me fizeram perceber que o contexto do cuidado é multidisciplinar e vai muito além da consulta médica.

Fui recebida tão bem, tanto pelas pessoas da área da saúde, quanto pela população em si, que apenas falar disso já seria suficiente para uma reflexão.

No entanto, hoje eu gostaria de falar sobre um caso específico que me marcou. Trata-se da história de um senhor, de 81 anos, que havia sofrido uma queda da própria altura há cinco dias, queixando-se de muita dor para movimentar o membro inferior direito e restrição de locomoção. Além disso, ele tinha Doença de Alzheimer e precisava ficar na máscara de oxigênio a 5 litros, porque quando tentávamos retirá-lo ele começava a dessaturar rapidamente.

No exame físico, detectamos um encurtamento do membro inferior direito, com desvio do pé, indicando uma possível fratura

de fêmur. Dada a hipótese diagnóstica, precisávamos imobilizar o paciente e fizemos isso com a ajuda de um lençol. Como ele estava muito debilitado, não conseguia se levantar sozinho e por ter Doença de Alzheimer há mais tempo, sua comunicação também estava um pouco prejudicada.

É importante também ressaltar que no município não temos nenhum aparelho de Raios X e, por isso, a suspeita diagnóstica é feita clinicamente e, se necessário, encaminhamos os pacientes para os hospitais de referência. Dessa forma, entramos em contato com o Hospital Regional para encaminhar o paciente para uma avaliação especializada e nos disseram que poderíamos encaminhá-lo.

Durante o tempo em que estávamos em contato com o hospital e atendendo outros pacientes, até a autorização da transferência, pedimos ao acompanhante que não deixasse que o senhor retirasse o lençol de imobilização. Pouco tempo depois, a acompanhante de um outro paciente me chamou, dizendo que o senhor estava tirando o lençol e que estava muito agitado. Então, eu fui vê-lo e ao chegar lá percebi que ele estava sem o acompanhante, desamarando o lençol e tentando conversar, mas eu realmente não conseguia entendê-lo. Chamei o médico, apertamos novamente o lençol e, como a transferência havia sido autorizada, fomos tentar avaliar a saturação, para ver se ele poderia ser transferido apenas com a enfermeira, ou se seria necessário que o médico fosse também.

No entanto, como o senhor estava muito agitado, ele não deixava que colocássemos o oxímetro em seu dedo, dificultando a avaliação da saturação. Então, eu peguei em sua mão e comecei a fazer carinho e a contar alguns casos, para que ele se acalmasse. Ele então foi ficando mais tranquilo e simplesmente não tirava os olhos de mim. Era um olhar tão intenso, tão bonito e cheio de significado

que realmente me tocou. Consegui, enfim, pegar a saturação. Mas ainda assim permaneci ao lado dele, fazendo carinho e conversando. Eu não conseguia entendê-lo, isso é um fato, mas ele parecia realmente me entender, me ouvia com atenção e não tirava os olhos de mim, não importava para que lado eu me movesse. E simplesmente parou de tentar retirar o lençol que estava imobilizando-o.

O acompanhante dele finalmente chegou e, como eu precisava ir ver outros pacientes, pedi a ele que segurasse a mão do senhor e que conversasse com ele. No entanto, infelizmente a resposta que eu ouvi foi que “ele é muito agitado e nem entende o que a gente fala, não sei o que falar pra ele”. Diante dessa resposta, fiquei triste e sugeri que ele lhe contasse histórias sobre os tempos de infância e sobre quando eles moravam na roça, para que ele ficasse apenas ouvindo.

Nesse atendimento eu percebi que, apesar das doenças orgânicas e de todos os possíveis tratamentos e “guidelines”, precisamos não apenas fazer uma Medicina Baseada em Evidências, mas também uma Medicina baseada em virtudes: a virtude da empatia, do cuidado, do ouvir, de dar atenção, de atender pessoas e não somente de tratar condições clínicas.

E, para além disso, precisamos ser seres humanos virtuosos, compassivos, amorosos, atenciosos – com nossos familiares, com nossos amigos, com desconhecidos. Porque em cada ser humano existe uma pessoa para ser amada, e que é amada por alguém, e todos os seres humanos merecem respeito, cuidado e atenção.

## REALIDADE ENQUANTO REFLEXÃO

ÚRSULA GUIMARÃES DAYRELL COSTA <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Naquele dia, eu já estava cansada devido a uma manhã cheia de atendimentos, especialmente de numerosos casos agudos. Almoçamos com calma e, na parte da tarde, procurei saber qual seria a atividade. Descobri que seriam visitas domiciliares, mas que haveria apenas uma. Já pensei comigo: “Ufa! Acho que a tarde será mais tranquila e poderemos descansar um pouco”.

Então, nos encaminhamos para o carro que nos levou para a casa do nosso paciente. A médica da equipe já havia introduzido um pouco da sua história: ele tinha 39 anos e sua situação era difícil, por causa de uma distrofia muscular rara. Até então não imaginava como deveria ser esse quadro, tinha uma vaga noção, devido a algumas passagens teóricas dentro de conteúdos desse tipo.

Quando chegamos à sua casa, já me assustei com as condições físicas em que a família morava. Era uma casa de 3 cômodos: na sala havia uma cama, a cozinha parecia um cômodo de despensa e no quarto havia um colchão e uma cama hospitalar, na qual o paciente estava repousando.

Ele se apresentou, nós nos apresentamos, e fui logo percebendo que ele não movimentava quase nada, apenas os braços e o pescoço. Suas unhas estavam enormes, seus dentes em mal estado

e sua fala expressava a angústia da sua situação de existência. Não conseguia evacuar apropriadamente, seus pulmões estavam fraquejando, seu coração batia mais rápido do que deveria, se alimentava muito pouco e seu corpo estava definhando aos poucos.

Seu estado emocional, obviamente, estava devastado com tamanho sofrimento, perdera a alegria de viver e nos disse: “Antes, eu saía do hospital e ficava feliz de chegar em casa e deitar em minha cama; agora, minha cama é o hospital”.

O paciente tinha muitas queixas e, até conversarmos sobre todas elas, ficamos lá por um longo período. O que eu achei que seria uma visita domiciliar simples, acabou sendo um longo e profundo ensinamento sobre o sofrimento humano, sobre as difíceis conformações do viver e sobre a fragilidade da vida.

Ver essas realidades nos incomoda e entristece e pensamos logo: “E se fosse comigo, ou com algum parente amado?”. Não queremos saber que essas situações existem e refletir sobre isso nos causa mal estar.

Enfim, voltei para casa mais tarde e mais cansada do que estava esperando, um cansaço físico e emocional. Mas vi minha família saudável e sorrindo para mim. Meu marido está bem, meu filho está crescendo saudável e pensei: “Obrigada meu Deus, por tamanha graça!”. A saúde é o presente mais dadivoso que podemos receber e a real valorização dela pode começar com uma percepção desconfortável, no entanto, necessária.

## A JORNADA DO PACIENTE

**TAFNES TAVARES SANTOS<sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

São 2:40 horas da madrugada e meu celular me desperta. Retiro meu pijama e visto duas calças e três blusas de frio.

Saio para a rua. Fazem 8°C na cidade. O sol ainda está longe de nascer, mas os galos, apressados, cacarejam ao longe. A luz dos postes e a lua pálida iluminam a rua, e ressaltam os contornos dos mais de dez cachorros, calmamente deitados sobre os paralelepípedos que, ao notarem nossa presença, erguem-se e saúdam a mim e aos meus companheiros. Em dez minutos de caminhada, não há ninguém além deles e do sonoro som de seus latidos cortando o silêncio da noite.

No fim do trajeto, surpreendentemente, alguém varre a praça usando uma folha de palmeira. Apressada, não paro para entender a cena. Assombração? Nessa vida, já vi mais transtorno mental do que espiritual e nisso me fio—cada um carrega sua própria dor, e também suas alegrias, há sombra, mas também há luz.

Chegamos cedo demais.

E o vento gelado me atravessa, demonstrando a insuficiência de todas as roupas que vesti. Pouco a pouco, os pacientes chegam, em sua maioria idosos ou crianças que aguardam o transporte da

Prefeitura (uma Van), que os levará para Belo Horizonte, para consultas ou tratamentos especializados.

Desta vez, sobraram algumas vagas na Van e nós vamos juntos. Uma hora esperando e as minhas articulações doem—como é difícil estar aqui. Eu pego carona no caminho de outros e vez ou outra aprendo a ver um lado do mundo que eu ainda não sabia que existia. Quase quatro horas depois, chegamos em Belo Horizonte.

No ambulatório, eu já atendi pacientes vindos de outras cidades, mas nunca pensei profundamente sobre o sacrifício, para eles, que é estar ali. Sabe, peregrinação é uma jornada realizada na busca pelo sagrado. Para mim, esse processo todo guarda relações estreitas... a busca pelo próprio cuidado.

Sentir isso na pele me fez refletir: do outro lado da mesa, há alguém cujo caminho eu desconheço, mas que vem expor suas dores, medos e preocupações.

No fim de uma jornada espiritual, a maioria deseja encontrar o divino. Mas na consulta médica, para mim, o que há de realmente sagrado é humanizar e me tornar humana, cada vez mais.

## VENCENDO MEDOS

**BRUNA CAPPELLI LANZA<sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Ao me imaginar no tão famoso Internato Rural, ao mesmo tempo que muito animada, confesso que o receio de atender os pacientes me dominava. Esse medo não fazia muito sentido, afinal nós fomos preparados para isso durante todo o ciclo clínico, sempre ao lado dos colegas e com o suporte dos professores. Mas receber autonomia durante o atendimento e liberdade para discutir condutas com o médico responsável me deixava um pouco assustada. Entretanto, eu estava disposta a experienciar cada segundo desse estágio.

Logo na primeira semana, fui designada para um PSF em que a médica responsável, recém-formada, me recebeu com muita simpatia e se mostrou muito aberta, me deixando muito mais confortável. Conteí a ela sobre minha insegurança de atender sozinha, apesar da vontade de vencer esse medo, e com isso combinamos de eu acompanhá-la durante os primeiros dias para entender a dinâmica da unidade e, na semana seguinte, começar a atender algumas consultas.

Aos poucos percebi que as queixas dos pacientes no PSF são, em suma, pouco complexas e, na maioria dos pacientes, fáceis de lidar. Isso me tranquilizou ainda mais, me deixando preparada para a semana seguinte. Todos os profissionais do PSF (enfermeiras, téc-

nicas e os outros funcionários) se mostraram muito dispostos a me ajudar, em qualquer dificuldade. Eles reservaram uma pequena sala de procedimentos, com uma mesa e duas cadeiras, que se transformou em um simpático consultório, para que eu fizesse os atendimentos.

Finalmente chegou a segunda-feira, o dia que eu estava tão ansiosa para chegar. Era a minha vez de atender, sozinha. E confesso que o medo todo foi desnecessário. Eu saí dos quatro anos de Faculdade preparada para este momento. Todos os pacientes foram muito simpáticos ao saberem da “nova médica” e, como citado anteriormente, não havia nenhuma queixa complexa—e, mesmo que houvesse, eu poderia facilmente discutir sobre o caso com a médica responsável. Cada paciente é único: o processo de colher a anamnese, examinar, pensar na hipótese diagnóstica e em uma conduta. Cada caso torna tudo mais enriquecedor.

No terceiro dia de atendimentos, tudo estava caminhando muito bem. Recebi um caso específico que provou para mim mesma que eu sou capaz, e não precisava ter medo. O paciente, um senhor de aproximadamente 70 anos, chegou ao consultório acompanhado da esposa. Já notei que ele entrou pela porta com um certo desânimo e, ao sentar-se na cadeira, seus olhos encheram-se de lágrimas. Então, não conseguindo conversar, ele se virou para a esposa, para que ela pudesse me contar o motivo de estarem ali.

A esposa começou a conversar comigo, relatando que o marido fora diagnosticado com um tumor maligno de próstata, e já tinha cirurgia marcada para a retirada do órgão. Tudo estava encaminhado no âmbito da Oncologia, o que já me tranquilizou. Ela continuou a contar que, desde o diagnóstico, o marido estava se sentindo com humor deprimido, sem perspectiva de futuro, sem ânimo para

levantar da cama ou realizar tarefas rotineiras. Ao finalizar o relato, ela me pediu um remédio para deixá-lo mais tranquilo. Foi então que me vi em uma situação delicada, em que deveria expressar toda a minha empatia e apoio para confortar essa família.

Me concentrei ali, diante do paciente chorando, para encontrar a melhor conduta, ao mesmo tempo que tentava tranquilizá-lo. Logo pensei em prescrever um medicamento antidepressivo e encaminhá-lo para a Psicologia, afinal ele tinha questões internas, devido ao diagnóstico, que precisava resolver. Levei essa proposta para a médica, que prontamente concordou e me parabenizou pela sugestão—respirei aliviada. Preenchemos a receita médica e o encaminhamento e entregamos ao paciente. Desejei-lhe o melhor, e disse que tudo ficaria bem. Senti sua gratidão no olhar, mesmo por trás das lágrimas.

Ao final do dia, por coincidência, me encontrei com o psicólogo do PSF e me apresentei. Conversando com ele, perguntei sobre sua agenda e ele me disse que estava tranquila. Perguntei-lhe se ele poderia atender aquele paciente e ele concordou. Articulamos tudo e o paciente compareceu à consulta no mesmo dia. Me encontrei com ele no corredor, e comemoramos a inclusão do paciente na agenda.

Voltei para a minha sala, me sentei e aguardei as fichas de novos pacientes. De repente, ouço batidas na porta: era aquele paciente. Ele tinha acabado de passar pela consulta com o psicólogo, e veio ao consultório me agradecer por tamanha empatia com ele. Me contou que a consulta tinha sido ótima, que precisava mesmo conversar e que iria voltar semanalmente para continuar a terapia. A esposa pediu para me abraçar, e expressou muita gratidão. Recebi elogios e muito carinho daquele casal. Isso significou muito pra mim, pois

foi consequência de um atendimento que eu fiz e de uma conduta que, inicialmente, eu pensei sozinha.

Hoje, ao final desta semana, depois de cinco dias, já me sinto realizada e muito feliz com meu desempenho até aqui. Eu estava esperando o pior, estava com medo. E agora estou otimista, animada, sempre durmo pensando em como será o dia seguinte. Provei para mim mesma que consigo vencer meus medos. Tenho certeza que ao final desses dois meses, estarei ainda mais feliz, e poderei contar para meus colegas que essa experiência realmente é uma das melhores fases da Faculdade. E que venham as próximas semanas do Internato Rural!

## HUMANIDADE NO LUTO

LARISSA MARQUES ARAÚJO <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

O caso que mais me chamou a atenção nesse início do Internato de Saúde Coletiva foi o de um idoso que estava acamado, com uma queixa de hemorragia digestiva. A família solicitou para a equipe de Saúde da Família uma visita domiciliar. Fomos então, junto com a médica, à casa desse paciente.

Chegando lá, fomos recebidos pela filha e a esposa do paciente. Quando chegamos ao quarto vimos que o paciente estava com uma grave icterícia e já iniciando um quadro de delirium. Começamos então a perguntar o que estava acontecendo e como o paciente havia chegado naquele estado. Segundo a família, o paciente já tinha um histórico de ida ao Pronto Socorro por causa de um mal estar, porém havia sido liberado logo em seguida.

Achei interessante a abordagem da médica, em relação a esse quadro difícil e grave. Sem mencionar as prováveis hipóteses sobre o caso, a médica explicou para a família, com muita humanidade, a gravidade do quadro, a urgente necessidade de internação e o possível prognóstico do paciente.

Os familiares escutaram com cuidado, conseguindo compreender o real estágio da doença em que seu patriarca estava e se mostraram conscientes do que poderia vir a acontecer.

Além disso, a médica também deu orientações (sobre o melhor cuidado com a saúde) para a própria esposa do paciente, que não estava se cuidando e tomando as suas medicações e não estava conseguindo dormir à noite, por conta do marido. Naquele momento a esposa se encontrava fraca e sua pressão arterial estava alta. Ela disse que naquela semana não estava se alimentando direito, porque estava muito preocupada e aflita com a saúde do seu amado esposo. Nos mostramos dispostas a ajudá-la no que fosse necessário e propusemos a ela uma consulta médica, para o melhor acompanhamento e cuidado com a sua saúde.

Ao final da visita, nós nos mostramos solidárias com toda aquela delicada situação e ficamos à disposição para quaisquer dúvidas ou necessidades que a família pudesse vir a ter. Pedimos também para que todos pudessem manter o contato com a equipe da estratégia de Saúde da Família da UBS, para posteriores cuidados médicos.

Fiquei sabendo mais tarde que, depois de duas semanas, o paciente veio a falecer. O que eu tirei de reflexão e aprendizagem deste caso é a humanidade e a solidariedade que nós, profissionais médicos, precisamos ter e mostrar com os nossos pacientes, quando estes passam por situações como essa, de término de vida.

Não importa a idade, o sentimento de presenciar um ente querido sofrendo e no seu final de vida é muito forte, intenso e doloroso. O processo de luto é demorado e requer cuidado e acompanhamento contínuo, por parte da equipe de saúde, para um melhor suporte ao paciente e sua família.

Não importa também se as condutas que a família realiza diante de um ente querido em sofrimento estão certas ou erradas; nós não podemos julgar, culpar e corrigir. Devemos tratar com res-

peito e humanidade, que é o que essas pessoas precisam e merecem, além de dar todo o suporte emocional e nos mostrarmos dispostos para qualquer necessidade que elas possam vir a ter. Acolher, cuidar e dar espaço para o luto é o melhor que nós, médicos, podemos fazer para lidar com casos complexos, como o desse idoso.

## QUANDO TERMINA NOSSA RESPONSABILIDADE?

**ALESSANDRA DE FREITAS MARTINS VIEIRA <sup>1</sup>, MAX ANDRÉ DOS SANTOS <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

No mês de junho, atendemos uma criança de dois anos, cujos sinais clínicos e o Raio X de tórax alterado indicavam para um diagnóstico de pneumonia. A mãe da criança chegou ao PSF desesperada, pois no mesmo dia havia falecido uma outra criança de 4 anos na cidade e a suspeita para a causa deste óbito havia sido de pneumonia.

Nós prescrevemos antibioticoterapia, indicando um medicamento sob a forma de xarope, visto que a paciente, de apenas dois anos, ainda não conseguia tomar comprimidos.

A mãe então procurou o medicamento prescrito na cidade inteira, mas ele estava em falta. Como ela tinha meu número de telefone, me enviou uma mensagem a respeito. Eu conversei com a médica da equipe de Saúde da Família e solicitamos que ela fosse ao PSF, pois iríamos prescrever um outro antibiótico. Mas, nas farmácias locais, também não havia este outro medicamento. E essa história ainda se repetiu mais três vezes, porque não havia na cidade nenhuma das quatro opções terapêuticas que propusemos.

Então, resolvi telefonar nas farmácias da cidade para saber quais medicamentos, em xarope ou injetáveis, estavam disponí-

veis. Mas não havia medicação em xarope, apenas em comprimidos. Resolvi então telefonar em outras cidades vizinhas, mas também não havia a medicação. Por fim, felizmente encontramos uma opção terapêutica numa cidade maior da região, para elaborarmos a prescrição. Eles enviaram o medicamento mais rapidamente, por motocicleta, para a criança. A antibioticoterapia foi iniciada e houve uma melhora drástica dos sintomas. A mãe, que estava desesperada, me enviou mensagens com áudios, me agradecendo e chorando.

Recebi agradecimentos e fui parabenizada pelo cuidado e “excesso de zelo”. Me peguei refletindo: até que ponto não fiz mais do que a obrigação ao procurar saber quais as opções existentes no mercado, para prescrever a medicação disponível? Isso não seria o mínimo a se fazer? Afinal, a responsabilidade médica não termina ao final da consulta. Se a adesão ao tratamento depende de diversos fatores, então não cabe a nós fazer o que estiver ao nosso alcance, para viabilizar esta adesão? Quando é que naturalizamos a indiferença profissional e a sensação de dever cumprido, fazendo apenas o mínimo necessário para não sermos processados por negligência?

Acredito fielmente que, se havia uma atitude que estava ao meu alcance e que mudaria o desfecho, seria sim minha obrigação ajudar na busca por uma prescrição adequada e uma medicação disponível. Principalmente no contexto em questão, de adoecimento de uma criança e sofrimento emocional da mãe, pela sensação de impotência perante a situação.

## AMOR DE IRMÃOS

**BRUNA CANÇADO BELTRÃO SANTOS<sup>1</sup>, FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Meu primeiro mês no município chegou ao fim e posso dizer que, apesar de desafiador, foi repleto de muito aprendizado, tanto no âmbito da Medicina quanto no âmbito pessoal.

Um caso que me marcou nesse período aconteceu no Centro de Saúde em que eu atendo. Uma paciente tinha uma consulta de pré-natal e levou seu primeiro filho, de 7 anos, para acompanhá-la, já que não havia nenhuma pessoa para cuidar da criança nesse horário. A minha colega de Internato foi atender a paciente e eu fiquei ao lado de fora do consultório, aguardando a finalização da anamnese e do exame físico. Até esse momento, não tinha notado que havia uma criança, cabisbaixa, na sala de espera da unidade.

Fui chamada pela técnica de enfermagem e me deparei com um menininho doce, mas com um semblante triste, escorado em uma das cadeiras da recepção. Imediatamente aquela cena chamou minha atenção e fui até lá conversar com ele. Queria saber o que estava acontecendo, se ele estava aguardando alguma consulta, se estava passando bem ou se algo havia acontecido. Pela feição, pensei que ele estava doente e que poderia ser o paciente que tinha uma consulta marcada comigo dentro de vinte minutos.

Porém, quando me aproximei e comecei a conversar com ele, me surpreendi: o garoto, muito maduro para sua aparente idade, me disse que estava aguardando sua mãe, que estava consultando com a “doutora” porque estava grávida. O garoto era tão educado e gentil que sugeri a ele aguardar a sua mãe em meu consultório, colorindo alguns desenhos impressos. Ele prontamente abriu um sorriso – mostrando que havia gostado da ideia – e me seguiu até o consultório.

Enquanto desenhava e coloria, fomos conversando e ele se abriu, rapidamente, sobre algo que estava incomodando-o: me disse que estava com medo de sua mãe gostar mais do bebê que estava por vir do que dele e que não estava achando legal – nas suas palavras – dividir a atenção da sua mãe com um outro filho ou filha.

Aquilo me marcou bastante, uma vez que sou a filha mais velha da minha família, seguida de uma irmã e um irmão. Me identifiquei bastante com a história, uma vez que rapidamente me veio à memória a conversa que minha mãe teve comigo quando descobriu que estava grávida da sua segunda filha. E lembro-me que, apesar de empolgada com a chegada de uma irmã, tive as mesmas preocupações que esse garoto.

Expliquei à criança que eu havia passado por uma situação bastante semelhante àquela que ele estava vivendo, mas que o maior presente que já ganhei na vida foi a minha irmã. Que não existe nada melhor que ter sempre uma companheira para todos os momentos e que, por mais que a mãe dele tivesse que dividir o tempo dela com dois filhos, o amor que ela sente por ele jamais iria mudar. Pelo contrário, pois o amor de mãe se multiplica e que ela ficaria extremamente feliz de ver os filhos juntos, brincando e se dando bem.

Aos poucos vi que a fisionomia do menino foi mudando, até que ele abriu um sorriso. Acho que ele começou a imaginar a quantidade de situações interessantes que iria vivenciar com o futuro irmão ou irmã e, por conta disso, quis colorir um lindo desenho para dar de presente ao novo membro da família. Logo depois, ao finalizar o desenho, ele foi chamado pela mãe, cuja consulta havia terminado.

O menino me agradeceu então com um abraço forte. Espero que ele goste do novo irmão ou da irmã assim como eu gosto, sou grata e valorizo os meus!

## O CÃO AMIGO

**BRUNA CANÇADO BELTRÃO SANTOS<sup>1</sup>, FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

A experiência que tenho tido no Internato de Saúde Coletiva está sendo incrível. Realmente me identifiquei bastante com a Atenção Primária e todas as suas facetas. Gosto muito da minha rotina na Unidade Básica de Saúde, do formato dos atendimentos e do fato de se oferecer um suporte que abrange todas as faixas etárias. Com certeza essa experiência foi um divisor de águas no meu trajeto na Medicina e tem me ajudado na decisão do que fazer depois de formar, uma vez que, ao contrário da maioria dos meus colegas, ainda não decidi exatamente qual será meu caminho após receber meu diploma.

Pensando nisso, um caso que me marcou nessas últimas semanas aconteceu numa Unidade Básica em que costumo ficar menos tempo. Era uma consulta marcada na agenda, chamei o paciente pelo nome e prontamente ele levantou e se dirigiu ao consultório. Esse trajeto foi de certa forma complicado para o paciente, uma vez que ele utilizava muletas, devido à amputação prévia de seu membro inferior esquerdo. Ajudei-o a se acomodar na sala e, como de praxe, fechei a porta do consultório, para maior privacidade e conforto do paciente, já que essa UBS, especificamente, é bastante movimentada.

Me apresentei, expliquei ao paciente a razão pela qual eu estava ali, questionei o motivo da consulta e como poderia ajudá-lo naquele momento. Ele começou a me explicar sua história com a Diabetes, como a doença era agressiva e que a amputação de sua perna se dera há cerca de um ano, por conta disso. Disse que a consulta era para verificar se os seus exames estavam “controlados” e se as medicações que ele estava usando estavam sendo efetivas.

Enquanto conversava e explicava um pouco sobre a Diabetes e suas consequências, o paciente ia me dizendo as medicações que usava e eu anotava todos os dados em seu prontuário. Apesar do barulho que havia do lado de fora do consultório, comecei a escutar alguns latidos e alguma coisa batendo na porta. Tentei ignorar, mas a situação estava me incomodando bastante, pois tirava minha atenção e dificultava o entendimento do que o paciente falava, especialmente devido ao uso da máscara. O paciente também parecia disperso e eu sentia que ele não estava acompanhando as orientações e os questionamentos que eu fazia. Sendo assim, decidi me levantar e verificar o que estava acontecendo.

Ao abrir a porta, me deparei com um cachorro, que estava choroso. O paciente prontamente disse: “Ah, esse é o Totó, meu cachorro. Ele foi adotado no dia em que eu precisei amputar minha perna e, desde então, me acompanha em todos os momentos, inclusive nas minhas internações”. Não sabia que o animal que estava ali pertencia ao paciente e muito menos conhecia o laço sentimental que eles tinham. O paciente disse que o cão é bastante emotivo e preocupado e que não se acalmava enquanto não estivesse ao seu lado.

Sabendo desse vínculo entre os dois, permiti que o cachorro entrasse no consultório e acompanhasse a consulta. Nesse momento, os latidos já haviam cessado e a feição do dono também mudou,

agora exalando mais tranquilidade e satisfação. Prossegui com a consulta, verifiquei os exames que o paciente havia trazido e fiz as modificações em suas medicações, que eram necessárias. Tudo isso com Totó ao meu lado, agora calmo, cuidando de seu companheiro.

Esse caso me marcou justamente por conta desse vínculo intenso entre o paciente e o animal e como essa amizade foi importante para o paciente, pois mesmo após um trauma, resultante de uma amputação, ele conseguiu superar parcialmente essa situação, por conta de um cão, agora amigo, que o acompanhava em todos os momentos.



## O ANJO

**LAURA AMARAL DE LARA RESENDE <sup>1</sup>, FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Durante a primeira semana do Internato Rural tive a oportunidade de vivenciar diversas situações especiais e construtivas para o meu processo de aprendizagem. As oportunidades e a vivência na Unidade Básica de Saúde (UBS) foram muito gratificantes.

Entre elas, um dos acontecimentos mais significativos, para mim, foi a dinâmica “do anjo”, realizada nas duas UBS em que estou atuando. A dinâmica “do anjo” funciona como um “amigo oculto” fora de época. As pessoas da equipe fazem um sorteio e cada pessoa tira o nome de uma outra, se tornando o “anjo” dessa outra pessoa; o nome sorteado é mantido em segredo.

O “anjo” se torna responsável por alegrar o dia da pessoa apadrinhada, por meio de lanches e recados anônimos. Todos os dias, duas vezes ao dia, na parte da manhã e da tarde, o “anjo” deixa um lanche (chocolate, iogurte, bolinho, refrigerante, suco, etc.) anonimamente, junto com um recado carinhoso, na sala da pessoa apadrinhada.

Tive a oportunidade de ver várias pessoas recebendo o presente do “anjo”, e ficou extremamente claro como essa forma de afeto muda o dia das pessoas. Toda a equipe é super atenciosa na dinâmica, procurando escolher lanches personalizados para a pes-

soa apadrinhada, escrever recados com elogios ou frases de motivação e entregar todas essas coisas de forma anônima, sem ninguém descobrir quem é o “anjo” de quem.

Conversando com as pessoas da equipe, pude entender melhor de onde surgiu essa dinâmica. A Agente de Saúde me contou que, antes, as equipes da unidade de saúde eram muito desunidas, havendo inclusive um histórico de alguns conflitos. Dessa forma, sugeriu-se essa dinâmica para aproximar as pessoas da equipe, o que de fato ocorreu.

O que mais me marcou nessa experiência, foi ter a oportunidade de ver as pessoas recebendo uma atenção do “anjo” e observar como isso muda o dia delas. Hoje, quando a médica da equipe chegou, haviam deixado na mesa dela uma folha de papel com um recado e vários chocolates, grampeados em volta. Na hora pude ver o sorriso que se abriu em seu rosto, ao ver e ler o recado.

Acredito que essa dinâmica realmente cumpre seu papel de unir as pessoas. Apesar de ninguém saber quem é o seu “anjo”, a pessoa fica extremamente grata a esse “anjo” anônimo. Além disso, a preocupação e o tempo gasto escolhendo um lanche que a pessoa gosta, escrevendo um recado e deixando o presente escondido, também demonstra a preocupação de cada um em agradecer e contentar cada apadrinhado.

Com isso, pude refletir também sobre a importância da união dos profissionais das equipes da unidade de saúde. Como o trabalho na unidade de saúde é multiprofissional, é importante que todos os profissionais dialoguem entre si e mantenham uma boa relação, tanto pessoal quanto profissional, para a unidade funcionar da melhor forma e ajudar ao máximo o maior número possível de pessoas.

## O PODER DA ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE

**LAURA DE ARAÚJO SOARES <sup>1</sup>, FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Durante este primeiro momento no Internato, tive a oportunidade de vivenciar uma série de experiências novas, desafiadoras e extremamente gratificantes, dentro do espectro de atuação da Saúde Coletiva. Ao acompanhar a equipe de PSF, pude participar de diversas atividades na unidade de saúde, de múltiplas áreas de atuação profissional, incluindo as que são realizadas pelos médicos, pelas enfermeiras e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's).

Sendo assim, uma das experiências que mais me marcou nesse período foi a realização de visitas domiciliares, junto com os Agentes Comunitários de Saúde, algo inédito para mim e que muito me surpreendeu.

No dia 20 de outubro participei de cerca de seis visitas domiciliares junto com as ACS's. Apesar de todas as visitas terem me tocado de alguma forma, me senti particularmente comovida com a história de um casal de idosos. Na semana anterior, este casal, ao retornar de uma peregrinação religiosa em outro estado, foi vítima de um acidente, no qual ocorreu uma colisão entre o ônibus em que estavam e um automóvel. Neste acidente, vários passageiros se

feriram gravemente e ocorreram duas mortes. O senhor, de 75 anos, e sua esposa, de 68 anos, residentes do território da UBS, sofreram lesões importantes, incluindo fraturas de costela, vértebras e mandíbula, além de uma série de hematomas e escoriações.

Eles foram atendidos em uma cidade próxima ao local do acidente, receberam prescrição de analgésicos de forte intensidade para o controle da dor e foram orientados a permanecerem em repouso em casa. Realizamos a visita com o objetivo de avaliar se os pacientes estavam sentindo dor e como estavam se adaptando ao evento e ao repouso.

Chegando na residência, conversei primeiro com o senhor, que me mostrou todas as feridas e me falou sobre as dores que estava sentindo e os medicamentos que estava utilizando. Depois conversei com sua esposa e em seguida examinei ambos os pacientes.

Após o acolhimento inicial, questionei o senhor se ele tinha mais alguma queixa e se havia mais alguma coisa que o incomodava. Após ouvir minha pergunta, ele olhou para o chão por um momento e em seguida começou a chorar copiosamente. Neste momento, antes mesmo que explicasse o motivo do choro, percebi que o repouso e a dificuldade de locomoção, devido às fraturas, estavam sendo extremamente difíceis para o paciente, uma pessoa sempre ativa e que realizava todas as tarefas de casa e da família.

Assim, demonstrei minha empatia pela situação, acolhendo o casal com palavras de afeto e superação, e falei um pouco sobre o processo de recuperação e sobre a importância de aderir ao tratamento, para a plena reabilitação física e psicológica.

Então, só pelo olhar do paciente, percebi o quanto importante esse acolhimento tinha significado para ele e o quanto importante é buscar compreender de maneira integral o paciente. Ao final da

visita, conversamos um pouco mais com o casal e nos despedimos. Na despedida, os dois agradeceram muito a visita e falaram diversas vezes sobre o quanto importante tinha sido nossa presença ali, naquele momento, mesmo sem termos realizado alguma conduta clínica específica.

Nessa situação, pude refletir sobre o fato de que, muitas vezes, na atuação médica, focamos muito mais no sintoma e no diagnóstico do que no paciente propriamente dito. Neste momento de sofrimento, este paciente não precisava de uma nova prescrição de medicamentos ou de uma aferição de pressão, por exemplo. Ele precisava se sentir acolhido e ouvido. Precisava de palavras que lhe trouxessem conforto e do entendimento de que a sua situação era realmente delicada e muito traumática emocionalmente. Precisava sentir que estava tudo bem em sentir medo, aflição e até mesmo tristeza.

Senti que, naquele momento, consolidou-se uma relação médico-paciente plena e de confiança, em que o paciente sentiu segurança e acolhimento em minhas palavras e que eu pude fazer diferença na vida daquelas pessoas, algo extremamente gratificante e que me marcou muito.

Creio que a empatia seja indispensável para um bom médico, não apenas para a boa prática profissional, mas também o crescimento pessoal, motivando e alimentando o desejo de ajudar e de fazer a diferença na vida dos outros.



10

HISTÓRIAS DE  
LUTA E SUPERAÇÃO



## O AMOR TRANSFORMA

**BRUNA DUARTE CAPORALI <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Desde que iniciei o Internato Metropolitano tenho participado do atendimento clínico de diversos pacientes. Hoje, especificamente, um atendimento me chamou a atenção. Chamamos por Argos na recepção e, logo em seguida, um menino de 13 anos, acompanhado de sua mãe, Blenda, entrou no consultório. A questão é que o menino não entrou por conta própria; ele entrou em uma cadeira de rodas, sendo empurrado pela mãe, como sempre aconteceu durante a sua vida.

Argos é uma criança que tem encefalopatia hipóxico isquêmica (paralisia cerebral). Essa comorbidade é uma lesão permanente e não progressiva do sistema nervoso em desenvolvimento, que afeta o tônus, os reflexos e a postura, comprometendo o desenvolvimento motor do indivíduo. Argos não se comunica verbalmente, não se movimenta, tem convulsões diariamente e se alimenta com comidas pastosas. Atualmente, está usando cinco medicações diárias e acompanha seu quadro clínico em três centros de atenção à saúde, incluindo reabilitação, fisioterapia e manejo clínico.

Argos é um paciente que frequenta a escola e durante a pandemia de Covid-19 ficou em casa, convivendo apenas com a mãe. Pelos relatos da mãe, foi um período maravilhoso, tendo em vista

que Argos adora ficar sozinho. Bom, essa é uma pequena pincelada sobre o Argos, pois eu gostaria realmente de falar sobre a sua mãe, a Blenda.

Blenda é uma mulher que, ao longo dos nove meses de gravidez, sonhou com um filho saudável. Mas seu filho foi acometido por uma paralisia cerebral e seu sonho se transformou em uma realidade difícil, a qual gera sentimentos de culpa e frustração. É evidente que o nascimento e crescimento de um filho com Paralisia cerebral acarreta uma série de mudanças na vida pessoal, conjugal e profissional, provavelmente alterando a visão de futuro de qualquer mãe. Assim, a situação de adoecimento ultrapassa o âmbito do sujeito que adocece, atingindo também seus familiares, mas, sobretudo a figura materna.

No olhar de Blenda percebe-se uma mulher sofrida, com vivências peculiares quanto aos aspectos da interferência que o adoecimento da criança causou em sua rotina de vida. Todavia, Blenda é uma lutadora. Seu dia a dia organiza-se em torno do tratamento de seu filho, buscando potencializar ao máximo o seu crescimento e desenvolvimento. Como acontece com a maioria das mães nessa situação, o suporte familiar que ela recebe é insuficiente para suprir todas as demandas, e ela possui uma sobrecarga de responsabilidades que vão além do que se pode enxergar a olho nu.

Quando finalizei a consulta e Argos foi tomar a terceira dose da vacina contra a Covid-19, procurei Blenda para conversar com ela e dar um pouco do apoio que ela procurou no Centro de Saúde. E então, me surpreendi. Adriane criou uma Organização Não-Governamental (ONG), com a finalidade de apoiar e dar suporte às mães com filhos com Paralisia cerebral, envolvendo muitas famílias.

A partir dessa ONG as mães podem trocar informações e dividir sentimentos, com outras pessoas que convivem com uma realidade parecida. Essa oportunidade de convivência, criada por Blenda, resultou em um espaço terapêutico de troca de experiências e desenvolvimento de recursos, mais adaptados para lidar com o sofrimento e os sentimentos conflitantes suscitados pelo adoecimento crônico da criança, com vistas ao favorecimento de condutas construtivas diante do problema enfrentado. A força de Blenda me tocou.

Em nossa conversa, Blenda relatou que essas mães quase não se consideram gente, que elas perderam sua identidade. Não são conhecidas como “fulana”, mas sim como “a mãe de fulano”. Não podem viajar mais, pois irão escutar:– “Como você vai viajar e deixar seu filho aqui?”. Em suas palavras: “Essa ONG é constituída, em sua maior parte, por mulheres negras da periferia. Elas já eram naturalmente marginalizadas. Agora, não são ninguém”.

Não consigo sequer imaginar o que é a vida dessas mães. Não consigo imaginar a carga de sofrimento envolvido. Consigo imaginar apenas uma coisa: o tamanho do amor delas por seus filhos. Um amor que abdica. Um amor incondicional.

Sendo assim, penso que existe uma demanda social evidente. Há necessidade de se oferecer uma assistência integral e humanizada a essas mães, com a finalidade de compreendê-las e apoiá-las, nas diversas fases que compõem o processo de adaptação à condição de ser mãe de uma criança com ‘paralisia cerebral, conscientes de que elas têm sua própria identidade e devem, sim, cuidar de si.

## ESCUTA ENQUANTO REALIDADE

ÚRSULA GUIMARÃES DAYRELL COSTA <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Em uma manhã de atendimentos de demanda espontânea me encontro recebendo e avaliando diversos pacientes, principalmente com síndrome gripal. A rotina acelerada, ao lidar com esses atendimentos, muitas vezes nos inibe de entrar em detalhes da vida das pessoas que nos visitam no consultório, buscando ajuda médica.

Por azar, ou por sorte, no meio desta manhã a impressora do consultório, em que eu atendo, estragou. Assim, todas as receitas, prontuários e atestados precisavam ser impressas no consultório do meu colega e, devido a isso, tive que esperá-lo finalizar sua consulta.

Nesse tempo de espera tive 15 minutos a mais com a minha paciente, que era idosa, melanoderma e diabética insulino dependente. Ela tinha um histórico de lesões no pé, com uma ferida em cicatrização e já havia, também, amputado o hálux. Nunca havia feito o tratamento adequado da sua principal comorbidade, por isso havia chegado naquele estágio de comprometimento. Para meus julgamentos preconceituosos, o ato de descuido consigo mesma era extremamente reprovável. No entanto, nesses 15 minutos de espera, entendi um pouco melhor esse descuido.

Ela foi, então, me contando que tem uma relação conturbada com o marido e que ele não a queria mais, devido às lesões no pé.

Me contou também que, no passado, o pai a molestara e quando ele tentou fazer algo mais grave, ela utilizou uma faca para se defender dele e saiu de casa.

Morou na casa de uma tia, que dizia que ela era “preta” e que, por isso, não poderia jantar à mesa junto com a família. Por muitos anos ela fez as refeições na calçada, do lado de fora da casa da tia. Ela conta ainda que, com o tempo, foi se estabelecendo, trabalhou como doméstica e finalmente conseguiu sair da casa de sua tia.

No fim da consulta, ela disse “minha história daria um livro e agora essa diabetes não sai do meu encosto”. Pensando na vida penosa dessa senhora, me peguei imaginando que, na sua juventude, provavelmente a diabetes era o menor dos seus problemas. Talvez por isso o descuido. Nesse meio tempo, percebi que para tudo existe um porquê e nossos julgamentos são tolos, perto da complexa realidade de um indivíduo.

Infelizmente não colhemos as histórias passadas das pessoas, exceto as que têm a ver diretamente com alguma doença. No entanto, elas são fundamentais para a compreensão global de um paciente e foi esse o principal aprendizado que recebi nesta manhã.

## ENTRELINHAS: ADENTRANDO A ESSÊNCIA DO NÃO DITO

ISABELA MARIA PEIXOTO ARANTES <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

“Viver é um descuido prosseguido. Mas quem é que sabe como? Viver... o senhor já sabe: viver é etcétera...” (João Guimarães Rosa)

Este excerto da obra “Grande Sertão: Veredas”, de João Guimarães Rosa, enfatiza que o essencial da vida se capta através das entrelinhas contidas em falas, momentos, gestos, ações e escolhas, e não apenas em fatos concretos. Pode-se estabelecer uma analogia entre essa passagem e as experiências coletadas ao longo do Internato Rural, tendo em vista que, para a compreensão de realidades tão diferentes das nossas, é necessário um olhar sensível e apto a perceber “o etcétera”, isto é, as palavras não ditas, o inconsciente, a linguagem não verbal, os detalhes revelados pelo próprio contexto e a disposição dos objetos no ambiente, enfim, as vivências não tão explícitas, mas que são tão ou mais relevantes para a formação médica do que a linguagem técnica e os saberes científicos.

Assim, as visitas domiciliares representaram momentos inigualáveis, por oferecerem um contato direto com o que é familiar ao paciente: desde o café preto pela manhã até sua rotina, gostos pessoais, companhias, animais de estimação, organização do ambiente

doméstico, condições de autocuidado, manias, religiosidade, cultura, limitações e até mesmo sofrimentos silenciosos, aos quais o profissional de saúde só poderia ter acesso em um contexto tão íntimo quanto o próprio domicílio.

Para ilustrar a dimensão da importância desse contato, narrarei uma visita domiciliar na zona rural do município, que me marcou de forma significativa, ainda que todos tenham sido transformadores e impactantes no que tange à expansão das fronteiras do meu entendimento e à construção do meu ser.

Até mesmo o trajeto entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a casa do paciente já é extremamente rico em detalhes: vegetação típica da Mata Atlântica, estrada de terra, pomares, proximidade com várias propriedades rurais de pequeno e médio portes, onde se pratica a agricultura familiar e da criação de animais, entremeadas pelas serras que envolvem todo o município. Ao alcançarmos a residência, havia galinhas e cães no quintal, um fogão à lenha com o almoço sendo preparado, as portas e janelas estavam abertas, cobertas por cortinas de pano coloridas, e, ao adentrar o recinto, podia-se sentir o aroma de café e dos retalhos de costura guardados. Nas paredes, um calendário, um relógio e imagens de santos, além de algumas fotos antigas, em preto e branco.

Dona Esmeralda, de 82 anos, nos gritou e, de uma maneira jocosa (“alto lá que não quero que ninguém me veja pelada!”), pediu para que esperássemos fora do quarto, pois ela estava tomando banho, com auxílio de sua cuidadora, em uma cadeira de rodas própria para banho de assento. Após se vestir, nos convidou a entrar no aposento e se desculpou pela bagunça—o que, na realidade, era apenas um ato de educação, uma vez que, apesar de simples, a casa estava devidamente organizada e bem cuidada.

Dona Esmeralda apresentava mobilidade reduzida, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 com várias décadas de evolução, doença renal crônica em estágio avançado, anemia microcítica hipocrômica com presença de esquizócitos e anisocitose, leucopenia, retinopatia diabética e cegueira do olho esquerdo. Usava continuamente anti-hipertensivos, estatina e clonazepam para dormir, há muitos anos. Queixava-se de dores nas pernas e inchaço intenso.

Apesar de várias comorbidades, a paciente aparentava ter a cognição e a memória preservadas. Além disso, era nítido o carisma de Dona Esmeralda, muito extrovertida, sempre fazendo brincadeiras sobre si mesma e a vida, contando “causos” com detalhes e provocando risadas em todos, desde sua cuidadora, até as Agentes Comunitárias de Saúde e a médica da UBS.

Após a equipe coletar seus dados vitais, explicar as alterações encontradas nos exames laboratoriais e orientar sobre o uso correto das medicações prescritas, fiquei por um momento sozinha no quarto com a paciente. Algo me dizia que parte da extroversão, num contexto de tamanha fragilidade (inclusive com dependência para realização das atividades de vida diária), consistia em um mecanismo de defesa, a fim de abafar suas dores.

Assim, uma vez que tive uma oportunidade, tentei abordar sua percepção sobre a doença e principalmente sobre si mesma. Nesse momento, Dona Esmeralda disse que tinha “vontade de sumir, de morrer, não via mais sentido na vida”. Relatou sentir angústia por sua doença e crises de choro frequentes, tanto devido às dores físicas quanto às psíquicas. Havia enfrentado a perda de muitos entes queridos, inclusive o esposo. Também sentia-se contrariada por seus filhos, que frequentemente eram autoritários, menosprezavam

suas múltiplas queixas e a desestimulavam a manter uma vida social ativa, algo que a paciente prezava imensamente.

Dona Esmeralda contou, ainda, que apesar de ser algo raro, dada sua condição de mobilidade reduzida, adora fazer passeios na praça da cidade, construir novas amizades, ir à feirinha de hortaliças e quitandas, ir à igreja, onde se encontra com amigos antigos, cria novos laços e interage com a comunidade. Segundo ela, quando ela vai ao centro da cidade, as pessoas jovens chegam até mesmo a ficar em roda, em torno dela, por horas, para ouvirem suas histórias. A paciente defendeu veementemente que se deve tratar bem todas as pessoas, ajudar quem pede água, alimento ou abrigo. Até mesmo os cachorros de rua são uma companhia bem vinda em sua casa, a quem ela oferece pães, água e restos do almoço, quando passam em frente ao domicílio.

Segredou-me, rindo e encolhendo-se toda, que há alguns meses reencontrou um antigo namorado, de antes de seu casamento, e que começaram a se (re)conhecer. Ele passou a frequentar a casa dela quase todos os dias, passando tardes inteiras conversando sobre assuntos diversos, do passado e do cotidiano, e trocando beijos. Por fim, a história resultou em namoro: Dona Esmeralda, toda feliz e sem graça, contou que voltou a namorar aos 82 anos. A sua família não era a favor do relacionamento, pela idade da paciente e pelo fato de ser viúva. Mesmo assim ela e seu pretendente conseguiam burlar as regras dos parentes, encontrando-se quando estavam em casa apenas Dona Esmeralda e sua cuidadora—que era cúmplice dos dois. “Ele gosta de mim mesmo viu... Porque espantam ele daqui e ele torna a voltar”.

O caso de Dona Esmeralda comoveu-me por se tratar de uma paciente que enfrenta enormes dificuldades, em virtude da descom-

pensação de doenças crônicas. Foi um aprendizado imenso observar sua resiliência, sua vontade de manter-se ativa, ajudando as pessoas e fazendo amizades, e até mesmo de ter dado uma chance para redescobrir o amor, mesmo com todos os tabus de sua família.

Essa narrativa também ressalta a importância de investigar sintomas depressivos em idosos, faixa etária em que mais se comete suicídio, ainda que isso pouco seja abordado em consultas de rotina. Embora as queixas orgânicas sejam alarmantes, a saúde mental de Dona Esmeralda também demandava um olhar atento, escuta ativa e sensibilidade para compreender as “entrelinhas” e os “etcéteras” de sua condição.

## UMA RECEITA DE BORDADO

**VICTORIA MARIA JORGE FREITAS COLOBÓ<sup>1</sup>, MARIA ELICE NERY PROCÓPIO<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Durante esse primeiro mês no Internato, muitas foram as oportunidades de me conectar com as pessoas da cidade, tanto pelo contato no Centro de Saúde, quanto na cidade em si, conhecendo os funcionários do mercadinho, das padarias, da academia e dos restaurantes.

Apesar disso, ainda não tinha me emocionado ou ficado tão fortemente tocada quanto com uma paciente que veio, em um primeiro momento, para renovar uma receita, mas a consulta acabou com choros, ao me despedir e fechar a porta do consultório, pois me emocionei com a sua história, que criou três filhos praticamente sozinha. Mesmo tendo um passado tão difícil, ela encontrou no artesanato e na organização das casas um ambiente seguro e que lhe dá motivo de alegria.

Ela me disse que tinha dificuldade em se abrir com outras pessoas, mas comigo isso aconteceu naturalmente; ela me contou suas histórias, suas cicatrizes e me deixou ajudá-la, dentro do que eu pude.

Durante toda a consulta fiquei emocionada, acho que a forma como conversamos me tocou de uma maneira que, até então, havia acontecido com poucos pacientes. Ao final, não aguentei e acabei

caindo em prantos, tanto pela história dela, quanto pelo pouco que ajudei, mas que ela mostrou ter feito uma diferença enorme para ela.

Naquele momento, nós fizemos um acordo: ela me prometeu que ia tentar melhorar e cuidar de si mesma e, em troca, eu teria que aprender a bordar; uma brincadeira nossa, já que ela gosta muito de artesanato. Ela me disse que, ao final do Internato, eu teria que ir na casa dela, tomar um café para me despedir e bordarmos juntas!

Depois disso, essa senhora já foi na UBS algumas vezes e sempre conversamos e nos abraçamos. Ela parece estar um pouquinho melhor a cada dia! E sempre brinca, perguntando se eu já estou praticando o bordado!

Acho que essa experiência me mostrou que uma conversa, mesmo que com poucas palavras, pode fazer diferença para o paciente. Devemos estar sempre abertos a conversar, a entender porque o paciente não quer um determinado tratamento (ou não gostou de algo) e a fazer o melhor. Com certeza me lembrarei dessa senhora com muito carinho!



# 11

## DESPEDINDO DO INTERNATO RURAL E REFLETINDO SOBRE O SEU LEGADO

## EXPERIÊNCIAS INICIAIS NO INTERNATO DE SAÚDE COLETIVA

JOÃO VICTOR DOS SANTOS LAGO <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.



Provavelmente este seja o portfólio mais difícil de ser escrito, em comparação com os demais já produzidos ao longo do curso até o atual momento. O intuito dessa tarefa, como explicado por nossos professores e orientadores, é trazer uma experiência vivida no Internato de Saúde Coletiva e que tenha nos tocado de alguma forma. Entretanto, é relativamente impossível escolher apenas uma situação específica para tratar, que exemplifique os primeiros quinze dias na cidade.

Dando início as atividades do Internato na segunda-feira, fomos apresentados à secretária municipal de saúde, a qual nos deu as boas vindas, explicou brevemente sobre a situação atual da saúde no município e como a parceria, de longa data, entre a Prefeitura e a Faculdade de Ciências Médicas, sempre trouxe frutos positivos para ambas as partes. Dessa forma, fomos ficando cada vez mais à vontade para vivenciar as diversas experiências que estavam e ainda estão por vir, tanto em relação à aprendizagem dentro da Saúde Coletiva, em um ambiente fora do que estamos acostumados, quanto em relação às experiências nas relações humanas.

Logo na segunda semana fomos convidados a participar da campanha de vacinação de crianças entre 5 e 11 anos, contra a COVID-19. Neste dia ocorreu uma situação que eu gostaria de relatar como um resumo da hospitalidade, da receptividade e do acolhimento das pessoas da cidade. Fui surpreendido mais uma vez e, como sempre, positivamente. Essa surpresa foi essencial para me conectar de vez com a cidade e buscar todos os meios para auxiliar as pessoas que aqui vivem e necessitam de apoio, não somente nas questões relacionadas à saúde, mas também naquelas em que as minhas ações podem fazer diferença, independente do que se trata.

Contextualizando, naquela manhã nos deslocamos até uma das quadras esportivas onde ocorreria a vacinação. Um ponto positivo, a se destacar inicialmente, foi o quanto o local estava cheio de famílias, com as suas crianças, em busca de uma saúde coletiva melhor para a comunidade e exercendo seus direitos como cidadãos. Nós não ficamos responsáveis pela aplicação das vacinas, mas por auxiliar e conversar com as crianças que não estivessem lidando bem com a situação e buscar alguma forma de convencimento para que elas pudessem sair dali vacinadas, sem traumas.

Em um determinado momento, fui conversar com um garotinho de 7 anos que estava inseguro sobre a vacinação. Me apresentei e questionei qual era o seu nome. Um pouco tímido, ele me respondeu. Sentado no colo da avó, bastante acanhado, o garoto se recusava a ceder o braço para que a vacina fosse aplicada. Me agachei próximo a ele e tentei explicar, da melhor forma, que tratava-se de algo que seria bom para a saúde dele e que inicialmente ele sentiria algo semelhante a um beliscão, mas que rapidamente passaria. Acrescentei que, se doesse muito, ele poderia até “me dar

um tapa”, por ter mentido para ele. Continuei insistindo, até que aconteceu algo inesperado para mim.

O garoto colocou os braços em volta do meu pescoço e me abraçou fortemente. Nesse momento questionei se podíamos aplicar a vacina e disse-lhe que ficaria abraçado com ele, até terminar. Ele respondeu que sim e rapidamente um dos agentes realizou a vacinação. Permaneci algum tempo abraçado à criança e logo depois, mais tranquilo, ele agradeceu, assim como a avó, e se despediu com outro abraço.

Esse instante significou bastante para mim, não somente por ter conseguido fazer com que mais uma pessoa se vacinasse contra a COVID-19, mas por ter representado o quanto eu me senti abraçado por pessoas que nem sequer me conheciam há poucos instantes, dias ou semanas, mas mesmo assim depositaram uma confiança enorme em mim. Para mim, isso só evidenciou o quanto as pessoas do município são simples, humildes, acolhedoras e receptivas.

Por isso, meu objetivo principal, até a conclusão do internato Rural, é poder retribuir um pouco desse sentimento para essas pessoas, de maneira que elas possam receber assistência à saúde e, assim como eu, viver momentos que jamais esqueçam.

## ADEUS INTERNATO RURAL

LUCAS FÉLIX ANGIOLETTI <sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

De todas as coisas que falamos sobre o curso de Medicina, o Internato Rural está no topo delas. Muitas vezes não sabemos o nome dos outros Internatos que vamos fazer, mas de uma coisa temos certeza: vamos fazer o Internato Rural. E não é para menos essa fama. A proposta é ousada. Mandar um pequeno grupo de alunos para uma cidade do interior, muitas vezes há algumas horas de viagem de suas cidades ou de Belo Horizonte, longe da Faculdade, para morar em uma casa longe de suas famílias e acompanhar os serviços de saúde da cidade, quase como médicos. É uma proposta ousada, mas que funciona muito bem.

É muito difícil escrever sobre o que experimentei em três meses, em apenas duas páginas, até porque não tive só uma vivência acadêmica intensa, mas sim uma experiência de vida intensa. Nunca vivi sem minha família e nunca vivi muito tempo distante dos grandes centros. Todas as vezes que eu ia para uma cidade do interior, parecida com essa, eu estava de férias com a minha família, por uma semana, ou alguma coisa semelhante. Assim, o Internato Rural existia no meu horizonte como um grande desafio a ser vencido.

Por vezes, um estranho pensamento me vinha à cabeça: – “E se eu passar mal? O que vai acontecer comigo?” Bem, uma pergunta

dessas, sem muito sentido, vinha acompanhada de uma resposta engraçada, do jeito que eu gosto: “Ora, estarei morando com os médicos da cidade. O que de errado poderia ocorrer? E mais do que isso, são dois bons amigos meus”. Outra questão na minha cabeça era a distância. Queria muito ficar em uma cidade que ficasse a umas duas horas de Belo Horizonte, mas eis que fiquei com uma das cidades mais distantes, a cinco horas de BH.

Então, decidi me jogar de cabeça. Estava com meus amigos e só teríamos tempo para voltar duas vezes para BH, durante o Internato. Entramos no carro, abarrotado com nossas tralhas, e fomos. Cinco horas com as músicas que tínhamos no celular e muita paisagem por todo lado. Não fizemos paradas (o que foi um erro) e chegamos na cidade no início da tarde. Nunca vi, na minha vida, uma estrada com tantos quebra-molas. Chegamos na casa, no endereço indicado, e fomos surpreendidos. A casa era melhor do que havíamos visto nas imagens. Estava feliz. Feliz comigo e com aquele novo episódio da minha vida.

Chegamos num sábado e não tínhamos muito tempo ou energia para muita coisa. No domingo decidimos conhecer a cidade. Já havíamos sido avisados que, aos domingos, a cidade ficava basicamente sem movimento, mas eu não esperava por aquilo. Não havia uma viva alma na rua. Minto. Havia os cachorros, que nos receberam em nossa caminhada pela cidade. Pareciam animados com as visitas novas. Eles nos acompanharam por uma boa parte do nosso passeio, por uma meia hora. A zona urbana da cidade é pequena, bem pequena. Duas igrejas muito próximas, dois supermercados próximos, duas escolas na mesma rua, duas pracinhas, um cemitério, uma academia, alguns bares e vendinhas aqui e outros lá e...acabou. O resto é zona rural.

Na volta do passeio, decidimos dar uma olhada onde era a unidade de saúde onde atuaríamos. Chegamos tímidos na porta e logo fomos recebidos pelas enfermeiras da equipe, que estavam de plantão. Talvez “recebidos” não seja a palavra certa. O certo mesmo é dizer que fomos acolhidos por elas. Elas nos mostraram toda a unidade e até ligaram o CTI móvel para vermos. Aí aconteceu algo que eu nunca veria em BH: elas nos convidaram para almoçar na unidade. Inicialmente eu recusei, por educação, mas elas tinham uma postura e uma fala diferente de quem oferecia apenas por educação, elas nos convidaram de verdade. Nos entreolhamos e como já estávamos pensando no que faríamos para o almoço, o convite veio a calhar. Aceitamos. A comida era aquela comida simples, feita para dar energia, usando aquilo que tinha. Exatamente o tipo de comida que alguém que trabalha num domingo precisa. Era simples, mas acolhedora e gostosa.

Esse primeiro passeio tem elementos do que vivemos nos últimos três meses. Os cães, a quietude do longo domingo, a pequenez da cidade, a dedicação da equipe e o abraço dado pelas pessoas, não com os braços, mas com atos acolhedores. Tudo isso vivemos todos os dias e isso tudo me leva a pensar sobre o que é essa cidade. Não paro de pensar até agora como pode haver uma cidade tão pequena e distante de tudo e de todos.

A zona rural é ainda mais impressionante para mim, quando vejo onde as pessoas vivem. E parece que elas se mantêm desconectadas das redes e do mundo. Notícias, política, redes sociais, vestibulares, Faculdades, Residência Médica...Nada. Nada disso que rodeia o meu mundo e que, para mim, até então, era absolutamente fundamental, existe ali. De fato, nem chega e muitas vezes nem importa. Na verdade, praticamente nunca importa. Ali as pes-

soas vivem um dia de cada vez, acendendo seus fogões a lenha às 10 horas, almoçando ao meio dia, conversando com a vizinhança durante o café da tarde, trabalhando na terra e com os animais, de vez em quando uma cachaça e um cigarro de palha, uma missa ou culto todo domingo, novela, baralho e dormir cedo, para começar tudo de novo no dia seguinte.

A vida ali é isso e basta para essas pessoas. Para aqueles que acham que essa vida não basta, a partida muitas vezes é inevitável. Quando partem, no entanto, vão para longe: para São Paulo, Rio de Janeiro, Estados Unidos, Europa e onde mais as botas (que pisaram na estrada de terra) aguentam chegar. Partem para bem longe e para onde é bem grande, mas sempre voltam, para visitar ou para ficar, e quase nunca para buscar alguém. Não buscam porque a família não quer ir. A vida ali basta.

Esse modo de pensar tão simples, em um lugar tão pequeno, me fez sentir deslocado. Pode soar arrogante, mas me fez sentir grande. Talvez porque uma cidade como BH, e os vislumbres de São Paulo e do exterior, me fizessem sentir sempre muito pequeno. Mas lá estava eu, acadêmico de Medicina quase formado, decidido a virar psiquiatra, sabendo um pouco (ou pelo menos achando que sabia) sobre como as pessoas da cidade grande são, com a constante ansiedade de querer me manter atualizado sobre as notícias e querendo sempre mais e mais de mim e da minha vida. Não, aquela vida basta e mais que ela eu não quero. Isso me fez pensar no quanto o Brasil que eu enxergava antes, virou outro completamente diferente. Eu não sou nem de longe como a maioria dos brasileiros são e a maioria dos brasileiros não é, nem de longe, como as pessoas que vivem nos grandes centros urbanos.

A grandeza que senti também veio dos atendimentos. Normalmente, vivemos como uma sombra de nossos professores. Vemos tudo e não tocamos em nada. Mas aqui foi diferente. A equipe de saúde contava conosco e em muito pouco tempo éramos parte dela, completamente. Nós sabíamos orientar nossos pacientes e sabíamos ajudá-los. Eu nem sabia que conseguia fazer isso! Não sentia medo, aflição ou descrença nas minhas ações e capacidades, e sentia que os pacientes quase sempre saíam satisfeitos. Eu me senti como alguém que eu queria ser quando decidi me tornar médico. Me senti alguém com quem as pessoas podiam contar, pois era capaz de ajudar de verdade.

O Internato Rural termina agora. Esse ilustre episódio na vida de um acadêmico de Medicina se fecha essa semana. Contudo, nem de longe saio do Internato Rural como saí dos ambulatórios e dos outros dois internatos que já fiz. Saio da cidade sabendo muito mais sobre mim e sobre o Brasil. Saio do Rural sabendo que sei cuidar das pessoas e trabalhar em uma equipe de saúde. Saio sabendo sobre essa vida feliz de quem mora depois da estrada de terra. Eu saio dessa cidade, mas essa cidade não sai de mim.

## MINHA PEQUENA GRANDE CIDADE

**CLARA GOMES BARBOSA MATTOS<sup>1</sup>, EMANUEL VITOR GUIMARÃES<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Enfim, chegou o momento do último portfólio. E meu coração está apertadinho com isso, porque significa que o Internato Rural está acabando e eu me apaixonei por essa cidade e pela sua população.

Respeito, empatia, carinho e amor é o que define a população daqui. É imensurável a beleza da cidade. É gigantesco o conhecimento que os seus profissionais de saúde possuem. A segurança aqui então nem se fala, é o ideal para qualquer cidade; os índices de violência aqui são praticamente nulos. Eu, garota criada em uma cidade grande, ainda não consegui me acostumar com a tranquilidade que o município me proporcionou. Aqui sou acordada por cantos de pássaros e não por buzinas. Aqui consigo escutar o meu próprio silêncio. A cidade me proporcionou alguns dos pores de sol mais bonitos que já vi, dos frios mais gelados que senti. Fui tão bem recebida, me senti tão acolhida, por todos!

Na última semana, fizemos palestras para algumas turmas do ensino médio de uma escola da cidade, sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Mental. Mas não quero falar sobre estas palestras; quero falar sobre o quão bem fomos recebidos pelos diretores, vice-diretores, coordenadores e professores da escola. Simplesmente montaram uma mesa maravilhosa de almoço

para nós, meros estudantes de medicina. O carinho, o cuidado e a importância que essas pessoas nos deram foram uma delícia. Me senti muito especial; aliás, a população daqui é especialista nisso, em fazer as pessoas se sentirem acolhidas e especiais.

Que cidade educada, bonita e pura. Cidade dos anjos pode ser o segundo nome daqui. O conhecimento que adquiri com meus preceptores foi tão grande, que médicos maravilhosos, doces e empáticos. Queria agradecer por todo o conhecimento clínico que adquiri, toda a maturidade, empatia e humanidade que obtive com o Internato de Saúde Coletiva. E queria frisar a importância da Saúde Coletiva e da Saúde da Família, que são fundamentais na formação de um bom médico. Por fim, gostaria de agradecer ao nosso professor do Internato de Saúde Coletiva, exemplo de humanidade e paciência, por ter nos acompanhado e nos orientado durante esse período nessa cidade maravilhosa.

Obrigada por tudo!

## FIÇAM AS SAUDADES

**CAROLINA DINIZ HOOPER <sup>1</sup>, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM WERNECK <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Na semana passada começamos a nos despedir do distrito. E isso me fez pensar em todo o meu processo de Internato Rural. Digo “processo” porque a minha história com o Internato começou há muito tempo, muito antes mesmo de eu ter feito o vestibular de Medicina. Era quando eu ouvia as histórias do Internato Rural da minha mãe, das experiências que ela e sua melhor amiga (que hoje é minha madrinha e vizinha) viveram e quando eu via as fotos das duas, ainda muito novinhas. Depois, enquanto a Medicina ainda era um sonho distante, eu tentava imaginar como seria o meu Internato Rural.

Sendo assim, nem preciso dizer que cheguei cheia de expectativas e de sonhos e minha colega, que cresceu ouvindo histórias parecidas com as minhas, também. Nos encantamos, juntas, com as pessoas e com as paisagens dos mares de morros. E mesmo assim acho que nenhuma das duas imaginava que dizer adeus seria tão difícil.

Começamos uma semana antes, fazendo o nosso último passeio pelas cachoeiras da região, durante o fim de semana. Durante os nossos últimos dias, chegávamos em casa depois de trabalhar e fazíamos palha italiana, para ser dada como lembrancinha a todos

do Centro de Saúde. Na quarta-feira, apresentamos nosso trabalho final e agradecemos toda a equipe, com lágrimas nos olhos, segurando o choro. Porém, só choramos mesmo depois de almoçarmos com a enfermeira da equipe de Saúde da Família. Nos despedimos dela pensando nas boas lembranças dos últimos dois meses, em todas as risadas e “causos” compartilhados e na sua grande contribuição em nos acolher no PSF.

Chorei despedindo do meu quarto, da vista da sala e do cachorro da praça (que no final descobrimos que era a cadela da praça). Chorei pensando que nunca mais faria uma visita domiciliar pelas estradas de chão e que o período com o qual sempre sonhei estava terminando, para nunca mais voltar.

Agora não preciso mais imaginar como o meu Internato Rural seria. Agora, tenho o privilégio de poder me lembrar dele com carinho. E de ser grata a cada um que cruzou meu caminho nesse tempo, deixando sua marca em mim, do seu jeito. A toda a equipe de Saúde da Família, pelo carinho e pela recepção de braços abertos; ao médico, pelas orientações; à enfermeira, pela companhia; a uma moradora do distrito, pelo cuidado de mãe; ao meu vizinho, por prometer cuidar do cachorro da praça; à funcionária do caixa do supermercado, pelas conversas bem humoradas; à minha amiga da dupla pela parceria e a todos os pacientes, pela confiança e pela oportunidade que tivemos de aprender com eles.

Vão-se as expectativas e ficam a saudade e a certeza do dever cumprido.

## FIM DO INTERNATO: A TRISTEZA DA DESPEDIDA E A ALEGRIA DE MAIS UMA BATALHA VENCIDA

LUCINDA ROMANO DA SILVA <sup>1</sup>, GABRIEL GUIMARÃES CORDEIRO <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

DESPEDIDA

“Um ciclo se encerra em minha vida  
É mais um momento de despedida  
Mais uma batalha que por mim foi vencida  
Mas chegou o momento da ida  
Não esquecerei o que aqui vivi  
Os laços de amizade que estabeleci  
Sinto, mas devo partir ...” (Aillon Dias)

Início meu registro com este poema, que resume o sentimento de finalizar o Rural e a gratidão por ter passado por uma experiência que eu nunca tinha vivido, de sair de casa, ir morar em outra cidade, conviver com pessoas completamente diferentes, com outras realidades e vivências.

Confesso que, no começo, foi difícil ficar longe da minha família, que para mim sempre foi meu refúgio, mas ter uma pessoa com afinidade, com quem contar, foi de extrema importância.

Além disso, a receptividade das pessoas no ambiente em que fomos inseridas, no Programa de Saúde da Família e nos atendimentos domiciliares, fez com que tudo se tornasse mais leve.

A população, de uma forma geral, também se fez presente, em cada bom dia recebido pelas ruas, em cada sorriso recebido de pessoas desconhecidas.

Hoje, estando na última semana do Internato Rural, vejo que ter a oportunidade de vivenciar essas realidades diferentes e conhecer de perto cada paciente atendido torna a despedida mais difícil. Mas saio com a certeza de que tudo isso irá e já está contribuindo para o meu crescimento profissional (pela autonomia e independência que o Internato proporciona) e pessoal, por poder enxergar cada ser humano como único, o que faz com que a minha gratidão seja ainda maior.

Encerrarei este ciclo com a tristeza da despedida, mas com alegria por mais uma batalha vencida.

## INTERNATO DE OURO

**ANA CLARA DOS SANTOS RIBEIRO <sup>1</sup>, GABRIEL GUIMARÃES CORDEIRO <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Antes de começar o Internato, sentimentos como ansiedade, medo e preocupação tomavam conta de mim. Havia expectativas demasiadas de como seria, se eu gostaria e, principalmente, se eu daria conta. No início cheguei a duvidar da minha capacidade. Mas, afinal, eu já era praticamente uma fisioterapeuta, todos depositavam muita confiança em minha missão e eu não podia decepcioná-los.

Estar longe de casa foi um tanto quanto desafiador, assim como lidar com uma área da Fisioterapia com a qual eu não me identifico tanto, a Ortopedia. Em compensação, no Internato tive a oportunidade de aprender e vivenciar a reabilitação de diversos pacientes com diferentes disfunções, o que contribuiu muito para o meu aprendizado.

Durante esses meses, muitos pacientes contribuíram para o meu crescimento, em especial uma senhora, que era um amor de pessoa. Sempre muito sorridente, vaidosa e carinhosa, ela me recebia em sua casa e me dava aulas de determinação e resiliência, palavras estas que eu acredito definirão muito bem a profissão que escolhi.

O Internato Rural foi uma experiência muito enriquecedora. Conhecer diferentes realidades, histórias inspiradoras, a subjetivi-

dade de cada paciente e sair da minha zona de conforto me tornou uma pessoa melhor. Foi um prazer e um privilégio poder conviver, aprender e contribuir, de alguma forma, com as pessoas dessa cidade tão acolhedora e amorosa.

## CALMARIA E CRESCIMENTO NO INTERIOR

**RAQUEL LEITÃO BITTENCOURT<sup>1</sup>, GABRIEL GUIMARÃES CORDEIRO<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Com essa poesia, inicio minha reflexão sobre o Internato Rural. Não moro em Belo Horizonte e na minha cidade natal encontro a calma que não se vê na capital, mas nada se compara à cidade onde estou fazendo o Internato Rural, local onde se tem uma paz inigualável e uma tranquilidade encantadora; a qualidade de vida dessas pessoas é diferente das que vivem nas metrópoles.

Chegando na cidade nos deparamos com um belo cenário, em que os bambus formam a figura de um arco natural; a beleza desta cidade já me encanta desde a sua entrada.

Conhecendo os moradores, podemos perceber a receptividade e o acolhimento de todos por onde passamos, em diversos estabelecimentos, no contato com os pacientes, com os trabalhadores do Centro de Saúde e até mesmo com pessoas desconhecidas caminhando pelas ruas. De fato, todos sabiam que não éramos da cidade, pois em uma população de menos de dez mil habitantes, os únicos rostos desconhecidos eram os nossos.

Vivi experiências maravilhosas na cidade, desde atendimentos únicos com poucos recursos, mas que se tornavam muito efetivos devido à grande força de vontade dos pacientes, até vivências como caminhar na lagoa no final da tarde, passear pela cidade andando

sem rumo e visitar a Praça da Matriz. Isso faz toda a diferença com a companhia que está conosco, dividir este momento com minha amiga de turma foi único, memórias que serão eternas...

A ideia inicial de sair de casa e viver experiências inusitadas, tais como aprender a cozinhar, fazer as compras do mês, aprender realmente a “me virar” longe de casa, realmente era um pouco assustadora, o medo do novo sempre existe. Mas, com o passar dos meses, é nítido o amadurecimento que essa experiência nos causa internamente, e como existe um crescimento pessoal com esse momento que passamos. A vivência do Internato Rural é incrível para o âmbito acadêmico e profissional, mas o maior aprendizado, com certeza, é pessoal.

Agradeço aos trabalhadores do Centro de Saúde, por todo o acolhimento e troca de informações. Agradeço à Faculdade, por nos proporcionar um momento único vivendo este estágio, e ao nosso professor, por toda a preocupação e amparo.

Agradeço à minha família, por incentivar minha prática no Internato Rural e por me apoiar, e claro, à minha companheira nessa experiência por, de fato, tornar essa aventura ainda melhor.

Agradeço à cidade, por me proporcionar memórias inesquecíveis e momentos únicos e aos moradores e pacientes, por toda a receptividade e generosidade durante estes meses. Obrigado, por trazer tantos frutos para a minha vida e me proporcionar tanta calma e tranquilidade, desde a sua entrada.

## ENTRE DÚVIDAS E INCERTEZAS, A REALIZAÇÃO!

**ALICE ALVES SILVA <sup>1</sup>, GABRIEL GUIMARÃES CORDEIRO <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICA DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Realizar o Internato nessa cidade foi uma experiência única e inesquecível. Como seria bom se todas as pessoas tivessem a oportunidade de vivenciar uma experiência como essa! Chegar em uma cidade do interior (até então desconhecida) cheia de dúvidas e incertezas, e ser recepcionada da melhor maneira possível, tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais que lá atuam, foi extremamente gratificante.

Em cada olhar singelo e único, de cada paciente, enxergamos a gratidão, o respeito e a admiração por cada um de nós.

Realizamos os atendimentos domiciliares, entrando em cada lar, conhecendo mais detalhadamente cada família e as suas maiores necessidades. Todas as pessoas nos atendem com um sorriso no rosto e um simples bom dia, espalhando alegria, mesmo com todas as dificuldades encontradas por cada um. Por isso, aprendi a ser grata à vida, aproveitando ao máximo cada momento vivido.

O Internato Rural foi uma experiência que me trouxe um enorme crescimento, tanto no âmbito pessoal como também no profissional. Me entreguei ao máximo, tratando cada paciente

como uma pessoa única e especial, cada um com suas particularidades, e isso me fez ser melhor a cada dia.

Agora me torno uma fisioterapeuta, com a sensação de dever cumprido, sentindo que não poderia ter feito melhor aos meus pacientes.

“O paciente não é só um paciente, mas sim o amor de alguém”.

## VIVÊNCIA E CONVIVÊNCIA NO INTERNATO RURAL

**RAYAN PAIVA <sup>1</sup>, EVERTON FERNANDES CORDEIRO <sup>2</sup>, ÂNGELA SPESIALI AROEIRA <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ACADÊMICO DO CURSO DE PSICOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

<sup>2</sup> DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

Para nós, do curso de Psicologia da FCMMG, o estágio supervisionado de Saúde Coletiva, mais conhecido como Internato Rural, é um momento muito aguardado. Acredito que seja assim por inúmeros fatores. Contribui para isso o fato de ele ser o último estágio e consagrar a nossa conclusão de curso. Desde que entrei na Faculdade e descobri que havia essa possibilidade, eu sabia que queria muito viver essa experiência, que com certeza seria única e inesquecível. E quando esse momento foi se aproximando, eu me sentia mais ansioso e afoito para a materialização do meu campo imaginário. Em outubro de 2022, lá estava eu ingressando nesse projeto. Eu já tinha concluído quase todas as matérias do curso, faltavam apenas o Internato Rural e a apresentação do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que viria a ser escrito neste mesmo ambiente.

Nos momentos que antecederam o Internato, eu tinha tomado uma decisão muito objetiva; eu queria viver esse momento ao lado de pessoas que me eram significativas, amigos de verdade e que ladearam comigo toda a minha jornada formativa, enquanto futuro psicólogo. E não foi diferente, tive a honra e a alegria de ter ao meu lado

duas grandes amigas que, de certa maneira, puderam florear nossa vivência de Internato com momentos de muita partilha, alegrias e claro, intrigas. Afinal, pela primeira vez, estaria compartilhando com minhas amigas uma vida que só tive a oportunidade de ter em família. Iríamos acordar juntos, comer juntos, trabalhar juntos, sair juntos e até dormir juntos. A partir daquele momento, estávamos conectados como irmãos. Todos os momentos que compartilhamos foram muito significativos e levarei isso para o resto da vida, sem dúvida.

Sobre a nossa convivência, me lembro de compartilhar nossas angústias em relação à formação, ao choro de alegria por entender um trecho das escritas lacanianas e do quanto estávamos orgulhosos da nossa redação e entendimento das temáticas do TCC. Nós também fazíamos ótimas comidas, momentos dançantes e cantantes. Em nossa casa não tinha televisão, mas sempre acontecia um show. Comemorávamos a vida e a alegria de viver aqueles momentos, no aconchego da amizade verdadeira.

Além disso, o Internato é único, pois estamos fora de nossa realidade e comunidade. Como chegar numa cidade onde não se conhece nada e nem ninguém e conseguir passar alguns meses, sem a família e os amigos? Bom, isso não foi muito difícil para nós. Definimos que voltaríamos pouco para Belo Horizonte e aproveitaríamos ao máximo aquela cidade. E assim o fizemos. Esqueci de contar, mas acabamos indo fazer o Internato numa cidade do interior cheia de eventos, festas e com uma população jovem pulsante. Isso foi muito surpreendente para nosso grupo, pois esperávamos uma cidade do interior mais pacata. Rapidamente fomos conhecendo pessoas e criamos amizades com os nativos. Enfim, realmente transformamos o Internato Rural em uma experiência de vida e aproveitamos ao máximo aquela oportunidade.

Outra experiência significativa do Internato é a inserção em um serviço de atendimento focado na Saúde Mental. A estrutura de Saúde Mental no interior é muito diferente de uma capital como Belo Horizonte, que é referência mundial nesse tema. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) era a única unidade de referência da cidade, com muitos pacientes. A unidade tinha um cadastro com um número enorme de pessoas e as demandas variavam entre o uso e o abuso de substâncias químicas, Saúde Mental de adultos, adolescentes e crianças. Para o tamanho da equipe, com seis pessoas, a demanda é muito grande, o que limita o atendimento adequado às necessidades da população. Então, quando os estagiários chegam, oferecem um grande apoio para o atendimento às demandas.

E nesse espaço, pudemos acolher pessoas, conhecer suas histórias de vida e levar um pouco da escuta e acolhimento ao sofrimento. As intervenções e contenções também se fizeram presentes, afinal, no serviço de Saúde Mental, a comunicação entre o profissional e o paciente nem sempre se passa apenas pelo falar, mas também pelo toque, pela música, pela partilha da convivência.

O Internato Rural tem um pouco dessa expectativa da conclusão do curso e da experiência de viver com novas pessoas, em um ambiente muito diferente da nossa realidade comum. Além disso, nos proporciona a integração entre o conhecimento técnico e o fazer Psicologia na prática. Todos esses fatores contribuíram para que eu pudesse entender o quanto ter vivido essa experiência foi algo único na minha vida e que jamais poderei esquecer.

Meu muito obrigado a todos que compartilharam esses meses comigo, amigos, conhecidos, pacientes, colegas e professores. Essa experiência me fez abrir ainda mais minha mente para o que a Psicologia tem a oferecer. Posso afirmar, com certeza, que me tornei um profissional muito melhor depois do dia a dia do Internato Rural.



## CRÉDITO DAS FOTOGRAFIAS

CAPA — CAROLINA RAPOSEIRAS DUARTE

PG. 2 — SOPHIA PERRUPATO DAYRELL

PGS. 17 E 18 — MILENNY FERNANDA VASCONCELOS CANDIDO

PG. 29 — PIETRA PASCHOALINO BOARETO

PG. 30 — HELLEN MARQUES NASCIMENTO

PG. 53 — MARIA EDUARDA CAETANO BATISTA DE PAIVA

PG. 54 — HEITOR LUIS DE CASTRO PEREIRA

PG. 68 — GIOVANNA DE MELO DAYRELL

PG. 69 — MARIANA ALVES LEITE PINHEIRO

PG. 70 — HEITOR LUIS DE CASTRO PEREIRA

PG. 89 — ANA GABRIELA ALMEIDA BAPTISTA E ARTHUR BEBIANO DE SOUZA

PG. 90 — CLARA GOMES FRANCISCO

PGS. 120 E 121 — MARIA CECÍLIA DE PAULA MOSCARDINI

PG. 122 — TAMIRYS SENA RESENDE E PEDRO DE MORAES REIS E SILVA

PG. 135 — GUILHERME LOPES MACHADO

PG. 136 — HELLEN MARQUES NASCIMENTO

PG. 153 — MARIA EDUARDA CAETANO BATISTA DE PAIVA

PG. 154 — CAROLINA RAPOSEIRAS DUARTE

PGS. 178 E 179 — GABRIEL DE ARAÚJO ALVES

PG. 180 — MARIA EDUARDA CAETANO BATISTA DE PAIVA

PG. 202 — BRUNA CANÇADO BELTRÃO SANTOS

PGS. 208 E 209 — MARIA CECILIA DE PAULA MOSCARDINI

PG. 210 — MILENNY FERNANDA VASCONCELOS CANDIDO

PG. 223 — JORDANA COELHO MOISES

PG. 224 — PEDRO HENRIQUE GARCIA DE REZENDE

PGS. 248 E 249 — YURI CASTELO BRANCO TANURE CAMPOS

