



O MÉDICO QUE EU NÃO QUERO SER

Relatos de experiências

Organizadores

Anna Valeska Procópio
Tawan de Lima Lisboa

O MÉDICO QUE EU NÃO QUERO SER

Relatos de experiências

Organizadores

Anna Valeska Procópio

Tawan de Lima Lisboa

Os textos publicados nesta obra, incluindo títulos, relatos, quadros, breves considerações e referências, são de inteira responsabilidade de seus respectivos autores. Coube aos organizadores apenas a organização e diagramação geral dos capítulos para composição da coletânea.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

O médico que eu não quero ser [livro eletrônico] :
relatos de experiências / organizadores Anna
Valeska Procópio , Tawan de Lima Lisboa. --
1. ed. -- Aracaju, SE : Ed. dos Autores, 2026.

Bibliografia.

ISBN 978-65-02-15864-7

1. Médico e paciente - Aspectos morais e éticos
2. Médicos (Prática geral) 3. Relação médico e
paciente 4. Relatos pessoais I. Procópio, Anna
Valeska. II. Lisboa, Tawan de Lima.

26-367668.0

CDD-610.696

Índices para catálogo sistemático:

1. Médico e paciente : Orientação profissional :
Ciências médicas 610.696

Henrique Ribeiro Soares - Bibliotecário - CRB-8/9314

Apresentação

O Médico que eu não quero ser é uma obra que nasce da reflexão crítica sobre experiências que marcam profundamente a relação entre médicos, pacientes e familiares. Seu título, forte e provocador, expressa não apenas a recusa de condutas desumanizantes, mas também o compromisso ético de reconhecer práticas que ferem a dignidade, fragilizam o cuidado e comprometem a confiança necessária à relação terapêutica. Ao longo dos capítulos, emergem situações em que a ausência de escuta, a comunicação inadequada, o julgamento e a indiferença ampliam o sofrimento em contextos já atravessados pela dor e pela vulnerabilidade.

Mais do que apontar falhas, este livro propõe um exercício de formação humana e profissional. Cada relato evidencia que o cuidado em saúde não se limita ao domínio técnico, mas envolve a maneira como o paciente é ouvido, informado, acolhido e respeitado em sua singularidade. Assim, ao refletirem sobre vivências concretas, os autores apontam não apenas o médico que rejeitam, mas também o profissional que desejam se tornar: alguém capaz de comunicar com clareza, agir com sensibilidade, construir vínculo e cuidar sem reduzir o outro à sua condição clínica.

Nesse sentido, esta obra convida o leitor a compreender que a formação médica também se constrói a partir da autocrítica, da escuta e da elaboração ética das experiências vividas. Assim, não é apenas um conjunto de relatos, mas um chamado à reflexão sobre a prática médica em sua dimensão mais humana e relacional. Que estas páginas possam sensibilizar, inquietar e inspirar estudantes e profissionais a reconhecer que, muitas vezes, são as palavras, os gestos e as posturas adotadas no cuidado que definem se a experiência do paciente será de acolhimento ou de sofrimento.

Anna Valeska Procópio

Sumário

Ambiente hostil, relação frágil: quando o cuidado com a obesidade na adolescência vira estigma	06
O silêncio no atendimento: reflexões sobre a comunicação médico-paciente em um contexto cirúrgico	10
Marcas do nascer: uma reflexão sobre dor, cuidado e violência no parto	15
A deterioração da empatia e da ética médica: prejuízos ao acolhimento em sala de parto	18
Crise psíquica na emergência: intervenção imediata versus escuta qualificada	24
O silenciamento no cuidado: perspectivas sobre a comunicação médico-paciente na infância	28
Diagnóstico sem escuta: a violência silenciosa no consultório médico	31
O médico que não me viu	35
A ética sobre a atuação médica no pós-operatório de trauma	38
Atendimento médico robotizado: relato de experiência	41
Humanização na perda gestacional	44
O cuidado e o descuido: lições sobre a relação médico-paciente	48
Expectativa vs. realidade: aprendizado aos avessos acerca da relação médico-paciente	51
A ética sobre a abordagem médica na urgência pediátrica	55
O alívio imediato e a prática baseada em evidências: sobre o manejo da enxaqueca aguda	58
O cuidado que deveria acolher: uma reflexão sobre violência obstétrica	61
O reconhecimento do bem-estar feminino começa pelo direito do paciente	64
O conflito entre técnica e sensibilidade na relação médico-paciente	66
A importância do diálogo honesto na relação médico-paciente	69
A desumanização do nascer: reflexões a partir de um estágio em maternidade	72
Feridas que a sutura não fecha: marcas da indiferença e insensibilidade em um hospital de referência	76
Entre o sangramento e o silêncio: reflexões sobre comunicação e vulnerabilidade no atendimento em saúde	79
O fio	83
A humanização do ato médico: sobre a fala e a escuta	86

Ambiente hostil, relação frágil

Quando o cuidado com a obesidade
na adolescência vira estigma.



Danilo Corrêa da Silva¹

Relato de experiência

Durante um acompanhamento nos estágios obrigatórios da faculdade com um profissional médico, presenciei uma consulta envolvendo uma adolescente de 14 anos, acompanhada de sua mãe, de aproximadamente 50 anos. Desde o primeiro contato, era possível perceber que a adolescente apresentava obesidade em grau avançado, justamente o foco principal da consulta.

A paciente levou exames laboratoriais recentes, os quais evidenciaram importantes alterações metabólicas como triglicerídeos aumentados, colesterol elevado e uma glicemia compatível com um estado pré-diabético. Ao exame físico, observava-se a presença de acantose nigricans, sinal clínico frequentemente associado à resistência à insulina, esses achados demonstravam a complexidade do quadro e a necessidade de um acolhimento, orientação e tratamento adequado, especialmente considerando a faixa etária da paciente.

No decorrer da consulta, o profissional médico abordou a necessidade de mudanças no estilo de vida, como a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e a prática regular de atividade física. No entanto, a forma como essas orientações foram conduzidas mostrou-se inadequada e pouco empática, com o especialista em nenhum momento olhando para os olhos da paciente, apenas lia os exames e falava das alterações. Em toda a conversa a adolescente foi responsabilizada de maneira direta e exclusiva por sua condição, sendo rotulada como “esfomeada” e “sedentária”, desconsiderando aspectos fundamentais do desenvolvimento psicológico do adolescente. Em nenhum momento a paciente falou de verdade, apenas ficou sentada olhando para baixo. Sua vergonha era perceptível por mim que estava só observando, em nenhum instante tentou-se criar um laço com a jovem, questionou seus hábitos ou

¹ Acadêmico de Medicina na Universidade Federal do Amapá – UNIFAP



até mesmo seus gostos, para procurar um possível interesse por algum esporte ou qualquer atividade física.

Além disso, em nenhum momento foram considerados fatores familiares, psicossociais ou ambientais que pudessem contribuir para a obesidade daquela adolescente. Muito menos, levou-se em conta que essa jovem, possivelmente, já enfrenta conflitos relacionados à autoimagem, preconceito e bullying.

Durante a anamnese, além da postura do médico, a enfermeira presente na consulta fez comentários em tom de brincadeira, como “nossa, olha como ela já está maior que a mãe” ou “precisa comer um pouco menos”. Essas falas provocaram visível constrangimento na paciente, que passou a se mostrar progressivamente mais tímida, retraída e envergonhada.

Esse tipo de postura transforma o consultório de um local de cuidado e promoção à saúde, para um cenário de julgamento e constrangimento, o que diminui o índice terapêutico que ele deveria possuir. Toda a ausência de empatia e de comunicação adequada comprometeu a criação de um vínculo terapêutico, elemento imprescindível para o sucesso de qualquer proposta de mudança de hábitos e comportamentos. No lugar de estimular o autocuidado e a adesão ao tratamento, a abordagem adotada tornou-se um obstáculo ao cuidado em saúde, o que afastou a paciente do acompanhamento médico e reforçou sentimentos de culpa e autodesprezo, já vivenciados pela adolescente.

Como o atendimento poderia ter sido:

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Receber a adolescente e sua mãe com escuta ativa e respeito, evitando ideias preconceituosas e comentários desnecessários sobre a obesidade.
Comunicação verbal	Utilizar linguagem clara, simples e gentil, evitando termos estigmatizantes ou culpabilizantes.
Comunicação não verbal	Manter contato visual, postura aberta e receptiva com escuta atenta e ativa.
Atitude em geral	Demonstrar empatia, respeito e compromisso com o bem-estar da paciente, tentar abordar sobre atividades de lazer, esportes, gostos e interesses a fim de enxergar alternativas adequadas de tratamento.
Abordagem da obesidade	Reconhecer a obesidade como condição multifatorial, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Não culpar a paciente pelo seu estado de saúde, nem demonstra julgamento.



Atitude em relação ao adolescente	Validar sentimentos, respeitar a fase do desenvolvimento e estimular a autonomia de forma gradual e apoiada. Abordar sobre possibilidade de bullying, pensamentos autodepreciativos e vergonha.
--	---

Breves considerações

No exercício da medicina, principalmente quando relacionada ao cuidado de adolescentes, é preciso que o profissional possua empatia, sensibilidade e compreensão das particularidades dessa fase do desenvolvimento, a fim de perceber as possíveis vulnerabilidades enfrentadas. Por esse motivo, é dever do médico entender a obesidade como uma condição multifatorial, influenciada por determinantes biológicos, psicológicos, familiares e sociais, não devendo ser reduzida a simples falhas individuais de comportamento (WHO, 2022), conduta essa que só afasta o paciente de uma real mudança de vida, principalmente quando nos referimos a jovens de 10 a 19 anos (de acordo com a OMS) que estão em processo de amadurecimento e acabam por ser mais vulneráveis a comentários externos, além de enfrentar mudanças hormonais e psicossociais que dificultam a adesão de um plano terapêutico.

Dessa forma, é negável a necessidade de uma abordagem mais empática para uma resolução efetiva dessa condição, ideia sustentada pelos estudos que demonstram como a expressão de opiniões pessoais relacionadas ao peso no ambiente de saúde como atitudes preconceituosas, linguagem culpabilizante e abordagens totalmente biomédicas estão associadas a uma pior adesão ao tratamento, aumento do sofrimento psíquico e afastamento dos serviços de saúde, configurando uma barreira à qualidade do cuidado e aos desfechos em saúde de pessoas com obesidade (Flint; Colosio, 2021). Comentários desnecessários, julgamentos morais e culpabilização direta, como observados no relato, configuram práticas antiéticas e prejudiciais ao cuidado, reduzindo o paciente simplesmente a uma figura sem autocontrole e ignora todo o universo e realidade vivenciada por aquele ser.

Esse tipo de postura aliada a comunicação clínica ineficaz constitui aspecto prejudicial na prática médica, o que dificulta a compreensão da obesidade, das opções terapêuticas e dos cuidados necessários. Dessa forma, é fundamental investigar se o paciente pratica alguma atividade física, se sua realidade socioeconômica permite esse tipo de prática, se possui tempo em sua rotina e se possui recursos financeiros para investir em atividades físicas ou em uma alimentação mais adequada. Essas perguntas somente podem ser devidamente respondidas por meio de uma anamnese detalhada e holística. Nesse contexto, conforme destacam Silva et al. (2025), uma comunicação qualificada favorece a construção do vínculo terapêutico, a adesão ao tratamento e a promoção de um cuidado integral e humanizado, requisitos esses essenciais e pouco alcançados em consultas desse escopo o que prejudica o cuidado integral e efetivo tão desejado.

Vale reforçar que uma consulta centrada no paciente considera não apenas os dados biomédicos, mas também a experiência subjetiva do paciente. Uma vez que, o tratamento eficaz deve envolver mudança de estilo de vida e abordagem personalizada (Afonso; Cunha; Oliveira, 2008, p. 133). Além disso, o envolvimento familiar é fundamental, pois os responsáveis influenciam diretamente os hábitos diários dos adolescentes. O que torna seu



apoio indispensável para incentivar e sustentar mudanças no comportamento desse público, por isso a necessidade de ter uma comunicação clara com esses familiares e apelo para concretizar o desfecho desejado. Por esse viés, fica claro como a ausência de empatia, demonstrada no caso relatado, limita o potencial terapêutico da consulta e compromete o cuidado integral. Assim, fica evidente que a forma como o profissional se comunica pode definir o sucesso ou o fracasso do acompanhamento em saúde e acima de tudo marcar negativamente um futuro adulto que enxergará no médico uma figura de opressão e trauma, invés de uma figura capaz de orientar, acolher, compreender e construir caminhos possíveis de cuidado. Com certeza esse não é um médico que eu quero ser.

Referências

AFONSO, Carla Toledo; CUNHA, Cristiane de Freitas; OLIVEIRA, Tatiana Resende Prado Rangel de. Tratamento da obesidade na infância e adolescência: uma revisão da literatura. Revista Médica de Minas Gerais (RMMG), Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 131-138, 2008. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1411>. Acesso em: 15 fev. 2026.

FLINT, Stuart W.; COLOSIO, Andrea. Reframing obesity health care from policy to practice: a call for papers. eClinicalMedicine, v. 43, p. 101256, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101256> . Acesso em: 15 fev. 2026.

SILVA, M. F. da et al. Ouvidos atentos, cuidado ampliado: a comunicação na prática médica. Revista Bioética, v. 33, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420253734PT>. Acesso em: 15 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 15 fev. 2026.

O silêncio no atendimento

reflexões sobre a comunicação médico paciente
em um contexto cirúrgico



Emely Beatriz Quaresma Sarraf¹

Relato de experiência

Fui internada para a realização de uma cirurgia abdominal, inicialmente proposta como um procedimento laparoscópico para retirada de um cisto de mesentério. Na época, eu confiava que se tratava de uma intervenção relativamente simples, com recuperação rápida, conforme havia sido exposto pelo meu médico. No entanto, minha evolução clínica no pós-operatório imediato não ocorreu conforme o esperado, o que levou à necessidade de uma segunda cirurgia, dessa vez por laparotomia, além de internação em unidade de terapia intensiva (UTI).

Durante a internação, um dos aspectos que mais me marcou negativamente foi a dificuldade de acesso às informações sobre o meu próprio estado de saúde. Eu perguntava, queria entender o que estava acontecendo comigo, mas frequentemente recebia respostas vagas ou simplesmente não recebia explicações. Isso me causava muita angústia, pois eu sabia que algo não estava bem, mas não conseguia compreender exatamente o quê. Por ter conhecimento prévio da área da saúde e saber interpretar exames laboratoriais, essa falta de comunicação foi ainda mais frustrante, já que eu me sentia capaz de entender, mas excluída do processo.

Nesse contexto, um momento que me marcou de forma muito positiva foi a atitude de um médico que me acompanhou durante a internação na UTI e que é amigo da minha mãe. Quando já estava na enfermaria, ele foi me visitar e, diante da minha necessidade de entender minha situação clínica, se dispôs a me explicar com calma. Ele chegou a tirar uma foto do monitor do computador onde constavam meus exames laboratoriais, para que eu pudesse visualizá-los. Aquela atitude simples, de transparência e respeito, me tocou profundamente, pois foi uma das poucas vezes em que me senti verdadeiramente ouvida e incluída no cuidado.

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



A segunda cirurgia foi um dos momentos mais difíceis de toda a experiência. Após esse procedimento, fiquei muito debilitada, com dor intensa e sensação de piora importante do meu estado geral. A necessidade dessa nova abordagem cirúrgica não me foi explicada de forma clara. Diante disso, minha mãe buscou esclarecimentos com um dos médicos residentes da equipe. Ele informou que, durante a segunda cirurgia, foi identificado um quadro infeccioso importante na cavidade abdominal, com comprometimento do intestino, o que exigiu a retirada de aproximadamente 15 centímetros do intestino delgado, material que foi encaminhado para biópsia, assim como o cisto removido.

Entretanto, o cirurgião responsável pelo procedimento não reconhecia a existência dessa infecção ou de intercorrências significativas. Houve, portanto, uma clara divergência entre as informações fornecidas pelos profissionais, o que gerou ainda mais insegurança, confusão e sofrimento, tanto para mim quanto para minha família. A sensação era de que a verdade sobre o que havia acontecido comigo não era dita de forma aberta.

Após a alta hospitalar, enfrentei um pós-operatório extremamente difícil. A fisioterapia foi, para mim, um dos períodos mais traumáticos, pois eu ainda estava com pontos e sentia muita dor. O processo de retirada dos pontos da laparotomia foi particularmente marcante. Os pontos eram intradérmicos, com apenas as extremidades visíveis, e sua remoção precisou ser adiada devido à presença de exsudato na ferida operatória. Foram necessárias manobras repetidas de expressão da cicatriz, que causavam dor intensa e sofrimento físico significativo.

Em uma consulta de acompanhamento, o cirurgião passou o meu caso para uma interna de medicina e, naquele momento, afirmou que o cisto havia perfurado o meu intestino, sendo essa perfuração identificada apenas durante a segunda cirurgia. Essa explicação me causou estranhamento, pois essa informação nunca havia sido comunicada de forma clara anteriormente. Além disso, até hoje, não houve reconhecimento explícito de que essa perfuração pudesse ter ocorrido durante a primeira cirurgia, o que reforçou minha percepção de falha na comunicação e na responsabilização profissional.

Meu pós-operatório tardio também foi marcado por outras complicações, incluindo derrame pleural na base de ambos os pulmões, ascite, edema de MMII e MMSS e persistência de sintomas. Diante da dificuldade de acompanhamento adequado, precisei entrar em contato com um dos residentes que participaram da cirurgia para dar continuidade ao meu caso, inclusive realizando consultas em outra instituição hospitalar, a fim de obter novas avaliações e ajustes terapêuticos.

Essa experiência me fez refletir profundamente sobre a importância da comunicação no cuidado em saúde. A falta de informações claras, a divergência de versões entre profissionais e a ausência de um diálogo transparente contribuíram significativamente para o sofrimento emocional vivenciado por mim ao longo de todo o processo. Mais do que a própria cirurgia, o que mais marcou minha experiência foi a sensação de não saber exatamente o que estava acontecendo comigo.

Ao mesmo tempo, a postura acolhedora e transparente de um único profissional foi suficiente para demonstrar como a comunicação humanizada pode transformar a vivência do paciente, mesmo em situações difíceis. Isso reforça a ideia de que comunicar-se bem não é apenas um acessório do cuidado, mas parte fundamental dele.

**Como o atendimento poderia ter sido**

Etapas do cuidado	Possível conduta comunicacional
Acolhimento pré-operatório	Escuta qualificada da paciente, com espaço para expressar medos, dúvidas e expectativas em relação ao procedimento cirúrgico. Explicação clara sobre o diagnóstico, indicação cirúrgica e possíveis riscos, respeitando o nível de compreensão da paciente e garantindo tempo adequado para perguntas.
Consentimento informado e planejamento cirúrgico	Comunicação transparente sobre as possibilidades intraoperatórias, incluindo a chance de conversão de laparoscopia para laparotomia, bem como seus impactos físicos e emocionais. Garantia de que a paciente compreendesse e participasse ativamente das decisões, fortalecendo sua autonomia.
Pós-operatório imediato	Comunicação contínua e acessível sobre o estado clínico da paciente, especialmente diante de complicações. Adaptação da comunicação às limitações físicas (dor, intubação, fraqueza), com uso de estratégias alternativas (gestos, escrita, comunicação não verbal), evitando sensação de abandono ou desamparo, permitindo que a paciente compreendesse todo o panorama geral do seu próprio estado.
Internação em UTI e enfermaria	Postura empática da equipe, com explicações frequentes sobre procedimentos, exames e evolução clínica. Alinhamento das informações entre os profissionais, evitando discursos contraditórios e promovendo segurança emocional à paciente e à família.
Manejo do sofrimento físico e emocional	Reconhecimento explícito da dor, do medo e da ansiedade como partes legítimas do processo de adoecimento. Encaminhamento precoce para suporte psicológico quando necessário, integrando cuidado físico e emocional de forma indissociável.



Alta hospitalar e acompanhamento pós-operatório	Orientações claras sobre o pós-operatório, sinais de alerta, cuidados com a ferida operatória e expectativas de recuperação. Manutenção de comunicação aberta para esclarecimento de dúvidas e seguimento longitudinal, fortalecendo o vínculo terapêutico.
--	---

Breves considerações

A experiência relatada evidencia que a prática médica não se limita à execução de procedimentos técnicos, principalmente quando estes possuem falhas. A relação médico-paciente constitui um dos pilares mais importantes do cuidado em saúde e influencia diretamente a vivência do adoecimento, a adesão ao tratamento e a percepção de qualidade da assistência recebida. Muitas vezes a formação de profissionais da saúde possui lacunas significativas quanto a capacitação para lidar com situações de vulnerabilidade, transmissões de notícias ruins e afins, no caso relatado a ausência de informações claras sobre as complicações cirúrgicas (como a possível perfuração intestinal por erro médico) e sobre a necessidade de uma segunda intervenção ilustram muito bem essa fragilidade. Diante de um desfecho não planejado a comunicação se tornou evasiva, contraditória e extremamente vaga, o que aumentou todo o sofrimento da paciente e sua família (Barreto et al., 2026).

Todo esse contexto de rompimento de confiança entre o médico e o paciente, devido a divergência e falta de informações, gera grande insegurança e descontinuidade do cuidado, inviabilizando a continuidade do cuidado com o mesmo profissional e um grande trauma para se consultar com outros profissionais também. A organização do serviço de saúde, e o alinhamento de informações entre a equipe não é algo meramente burocrático, mas um determinante de segurança no cuidado (Wollmann et al., 2025).

Isso tudo se torna ainda mais evidente quando analisamos o contraste com a atitude do outro médico, que nem mesmo estava responsável diretamente pelo caso, mas que trouxe clareza informacional, escuta ativa e inclusão do paciente no processo, garantindo efetividade do cuidado e adesão ao tratamento.

Enquanto majoritariamente da equipe manteve uma postura de mascaramento do caso, por omissão ou contradição, o médico que sentou com a paciente, ouviu suas queixas, explicou seu caso e tirou foto do monitor, reconheceu o direito da paciente em acessar e compreender sua própria condição clínica.

Uma simples atitude que marcou profundamente a paciente, como uma espécie de alento em meio a um cenário tão traumático, atitude simples que deveria representar a regra, não a exceção. Tal feito mostra como uma boa comunicação médico-paciente não é um acessório do processo de cuidado, mas parte fundamental, com ética e humanização (Fernandes e Gonçalves, 2026).

Referências

BARRÊTO, A. B.; OLIVEIRA, J. O. D. de; CAMPOS, M. R. M.; CUNHA, C. V. L. da. Comunicação médico-paciente: habilidades para a promoção do cuidado em saúde. Brazilian



Journal of Health Review, São José dos Pinhais, v. 9, n. 1, e85592, 2026. DOI: 10.34119/bjhrv9n1-162. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/85592>. Acesso em: 3 mar. 2026.

FERNANDES, L. M. S.; GONÇALVES, T. G. C. Comunicação médico-paciente e sua influência na adesão ao tratamento na atenção primária à saúde. Revista FT, n. 26, 2026. DOI: 10.69849/revistaft/ra10202602062005. Disponível em: <https://revistaft.com.br/comunicacao-medico-paciente-e-sua-influencia-na-adesao-ao-tratamento-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 3 mar. 2026.

WOLLMANN, L. et al. Factors associated with the quality of the doctor-patient relationship in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, e13332024, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025307.13332024. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/factors-associated-with-the-quality-of-the-doctorpatient-relationship-in-brazil/19460>. Acesso em: 3 mar. 2026.

Marcas do nascido

uma reflexão sobre dor,
cuidado e violência no parto



Ezequiel Cristina Gonçalves da Silva¹

Relato de experiência

Durante uma conversa em família, minha mãe compartilhou comigo uma experiência marcante e dolorosa vivenciada no momento do meu nascimento. Durante o relato a fala dela era carregada de emoção ao relembrar um momento maravilhoso mas também sofrido, revelando sentimentos que permaneceram silenciados por muitos anos.

Segundo seu relato, durante o trabalho de parto, ela foi impedida de ter a presença de qualquer familiar, apesar de saber que esse era um direito garantido por lei. Ela encontrava-se sozinha, com medo e em intenso sofrimento físico. O ambiente era hostil e marcado por falas ofensivas dirigidas às mulheres que ali estavam, proferidas por profissionais de saúde, o que identificava o sentimento de vulnerabilidade e abandono que ela juntamente com as outras pacientes sentiram.

Além disso, ela relatou que em um momento crítico do parto, uma profissional subiu sobre a maca em que minha mãe estava e exerceu força excessiva sobre seu corpo, com o objetivo de acelerar o nascimento do bebê. A dor foi intensa e ultrapassou o sofrimento esperado do parto, resultando em uma lesão física, com deslocamento e uma costela do lado esquerdo. Assim, o nascimento que deveria ser lembrado como um momento de acolhimento e cuidado, foi vivido como uma experiência traumática, marcada por medo, dor e perda de autonomia. Ao ouvir esse relato no contexto da disciplina *Emoções no Processo Saúde/Doença/Morte*, tornou-se evidente como experiências médicas negativas podem deixar marcas emocionais profundas, que atravessam o tempo e influenciam a forma como essas mulheres se relacionam com o sistema de saúde.

¹Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Amapá - AP



Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da assistência obstétrica	Conduta ideal
Acolhimento da parturiente	Reconhecer a mulher com respeito, escuta ativa e explicação clara dos procedimentos.
Direito ao acompanhante	Garantir a presença de familiar escolhido pela parturiente durante todo o processo.
Comunicação verbal	Utilizar uma linguagem respeitosa, sem julgamento ou ofensas.
Condutas durante o parto	Realizar intervenções apenas quando indicadas, com consentimento e sem violência.
Atitude da equipe	Demonstrar empatia, paciência e compromisso com dignidade da mulher.

Breves considerações

A experiência relatada evidencia como a ausência de acolhimento, escuta e respeito pode transformar o parto em um evento traumático, caracterizando violência obstétrica. Segundo Diniz et al. (2015), práticas como agressões verbais, intervenções físicas sem consentimento e a negação de direitos da parturiente configuram formas de violência institucional, com repercussões físicas e emocionais duradouras na vida das mulheres.

Além disso, a Organização Mundial da Saúde reforça que uma experiência positiva de parto deve ser baseada no respeito, na autonomia da mulher e no suporte emocional contínuo, destacando que o cuidado não deve se limitar somente aos aspectos técnicos do nascimento (OMS, 2018). Nesse contexto, a negação do direito ao acompanhante, garantido pela Lei nº 11.108/2005 (Brasil, 2005), representa uma violação grave, capaz de intensificar sentimentos de medo, abandono e insegurança.

Assim, a disciplina *Emoções no Processo Saúde/Doença/Morte* permite compreender que o cuidado em saúde envolve dimensões subjetivas e emocionais que atravessam a experiência do adoecimento e do nascimento. Conforme Ayres (2006), a humanização do cuidado pressupõe reconhecer o paciente como sujeito integral, considerando suas vivências, sentimentos e contexto social, bem como a ausência dessa perspectiva compromete a dignidade do cuidado e fragiliza a relação entre paciente e sistema de saúde.

Ademais, a empatia é reconhecida como competência essencial para uma prática clínica humanizada. Mercer e Reynolds (2002) destacam que a capacidade de compreender e validar a experiência do paciente contribui para melhores desfechos e maior satisfação com o cuidado recebido. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de que a formação em saúde valorize a comunicação, a escuta sensível e o respeito aos direitos da mulher, especialmente em momentos de extrema vulnerabilidade, como o parto.

Referências



AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 49–83. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413296>. Acesso em: 10 jan. 2026.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito da parturiente à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 10 jan. 2026.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 377–386, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Acesso em: 10 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Recomendações da OMS para cuidados intraparto visando uma experiência positiva de parto*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 10 jan. 2026.

MERCER, Stewart W.; REYNOLDS, William J. Empatia e atendimento de qualidade. *British Journal of General Practice*, v. 52, supl. 1, p. S9–S12, nov. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/0-387-33608-7>. Acesso em: 10 jan. 2026.

A deterioração da empatia e da ética médica:

prejuízos ao acolhimento em
sala de parto



Juliana Serrão Pinheiro de Sousa¹

Relato de experiência

Esse é um trecho do relato de parto de uma amiga próxima a mim. Uma mulher preta, de 36 anos, artista circense.

Grávida de 37 semanas, ela foi internada em uma maternidade na Zona Norte de Macapá-AP em trabalho de parto e foi inicialmente atendida por duas médicas cuidadosas e atenciosas, que identificaram a necessidade de fazer o rompimento manual da bolsa amniótica. O procedimento foi realizado e as médicas analisaram o aspecto do líquido amniótico com certo cuidado.

No entanto, como já havia se passado algumas horas desde o início da internação, houve uma troca de plantão, e, ao chegar, a nova médica entrou no leito da paciente sem se identificar, olhou o líquido, mal olhou para a paciente e disse que iria realizar um toque. Porém, a paciente já tinha recebido um toque há pouco tempo, e como é um procedimento incômodo, se manifestou dizendo indignada "Eu acabei de receber um toque, não tem 30 minutos que eu recebi um toque, cê já vai fazer outro? Quem é você? Posso saber seu nome?" E a profissional em tom aborrecido disse "Eu sou médica", e a paciente respondeu "pois é, quero saber seu nome... você entrou aqui, você nem se identificou", e a médica ainda mais estressada finalmente se identificou "Eu sou fulana, sou médica, sou obstetra e eu vou acompanhar você agora, eu vou fazer o toque em você, pode ser?" A paciente concordou, então a médica realizou o toque e disse "olha, tem mecônio e é cesariana" e saiu.

Imediatamente a paciente exclamou: "Opa, volte aqui! Que história é essa?" E a médica disse, em tom de desdém, apenas "mecônio!", e a paciente disse "sim, eu sei o que é

¹Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



mecônio, mas eu preciso saber o que é que tá acontecendo, como é que a minha bebê tá? Ela tá em sofrimento?" E a médica disse "sim, provavelmente ela está em sofrimento" e a paciente "então, quero que você me explique quais são os próximos procedimentos, eu sou a paciente e eu tenho direito de saber". A médica permaneceu um tempo apenas observando a paciente, com ar de surpresa.

A paciente então explicou "eu tenho plano de parto e eu sei que mecônio é algo perigoso" então uma das médicas anteriores entrou e explicou que havia muito mecônio e que as opções eram esperar mais alguns minutos pelo parto natural ou optar pela cesariana, descrevendo os riscos e benefícios.

A questão da cesárea foi ponderada entre as 3 médicas (as duas do plantão anterior decidiram ficar para dar apoio) e a paciente, além dos demais integrantes da equipe de parto, e durante a conversa a 3ª médica permaneceu com tom de deboche e indelicadeza em suas contribuições, além de uma insatisfação visível com as considerações das demais profissionais, que foram gentis e claras com os riscos da cirurgia e do parto natural nestas condições. Ainda assim, considerando tudo o que foi apontado, a paciente decidiu pela cesariana.

Já no centro cirúrgico, a paciente relata que se encontrava com muito medo, pois estava em pleno trabalho de parto, mas com a certeza que salvariam a vida da bebê por meio da cesariana, e então o enfermeiro que a acompanhava, e que tinha se ausentado antes da decisão da cesariana, ficou confuso com a mudança, e questionou o que aconteceu, e a 3ª médica com desdém disse "ah, ela não dilatou" e a outra médica retrucou indignada "é claro que ela dilatou" e explicou a situação para o enfermeiro e os riscos do mecônio. A seguir, a paciente percebeu que o seu companheiro não estava presente, e quando questionou sua ausência a 3ª médica respondeu "ah, acho que ele não precisa vir" e a paciente exclamou "como é que é? Eu quero meu marido aqui agora, eu tenho meu direito, eu chamo meu advogado agora!" A paciente percebeu que a médica estava repetidamente implicando com ela que respondeu com tom impaciente "calma, ele já está vindo".

Já anestesiada, a paciente perguntou novamente "Cadê o meu companheiro?" E a médica rispidamente disse "mulher, calma, ele tá vindo" E a paciente com firmeza disse "eu quero que ele esteja aqui antes de começar" e a médica em tom de piada falou "nossa, essa menina é muito enjoada" e a paciente respondeu "doutora, eu sou, porque eu sei todos os direitos que eu tenho e você está tentando me privar os meus direitos, então eu acho bom senhora se educar" aí a médica falou "ah é? Você tá querendo me educar?" E a paciente respondeu "é pra você se educar sim, você está tentando me tirar do sério desde cedo e eu sou paciente e até onde eu sei isso é violência obstétrica, tá? Eu posso abrir uma comissão contra a senhora e a senhora vai responder por isso. Então é bom a senhora não brincar comigo" e a médica disse com implicância novamente "ai, você sabe muito bem seus direitos" e a paciente disse "sim, eu sei todos os meus direitos e se brincar eu vou correr atrás disso, tá? Então é bom a senhora fazer seu trabalho e eu vou fazer o meu daqui, estamos juntas e eu estou nas suas mãos".

A cirurgia foi realizada sem intercorrências, e ainda que completamente banhada em mecônio, a criança nasceu saudável. A seguir, com a paciente ainda na mesa de cirurgia



após o parto, a 3º médica disparou "olha, o seu corte ficou muito grande, então veja se você se previne pra só parir daqui a 2 anos, porque você pode ter uma ruptura no seu útero" e as outras médicas retrucaram "de onde é que você está tirando isso?" e completaram dizendo que estava tudo perfeito, então a paciente pediu para a 3º médica se aproximar e disse incisivamente "a minha filha foi planejada durante 1 ano, eu sou casada com meu companheiro há 8 anos e nós decidimos ter esta criança, não se preocupe, você não está falando com uma parideira ou uma pessoa sem consciência do seu próprio corpo, eu sei muito bem quantas filhas eu quero ter, se eu quiser ter outro eu vou ter, porque o corpo é meu, e a minha filha eu quis ter, então não se preocupe, você não tá falando com nenhuma ignorante" e a médica respondeu "então tá inteligentona" com tom de deboche. Ainda assim, a paciente a agradeceu pelo parto.

Relembrando sua história, minha amiga e eu concordamos que o que ocorreu sem dúvidas se define como violência obstétrica, mas que para além disso, sabemos que essa é uma questão que permeia muitos preconceitos, especialmente preconceitos raciais e de classe, e que o fato de ela estar muito consciente dos procedimentos de parto, dos seus direitos e desejos, foi a única coisa que a protegeu de situações ainda piores nesse cenário.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial (A médica não se identificou e seguiu direto para o procedimento)	A médica deveria ter cumprimentado a paciente de maneira simpática e acolhedora, se identificando com nome e profissão e explicando seu papel como médica nos cuidados periparto, além de perguntar sobre as necessidades e desejos da gestante.
Comunicação verbal (Não explicou os procedimentos, diagnósticos e condutas)	Ela deveria ter explicado o procedimento de toque vaginal e solicitado a permissão antes de realizá-lo. Também deveria ter explicado a relação entre o mecônio e o sofrimento fetal e o que isso significava naquele momento, além de explicar as opções de via de parto, riscos e benefícios de cada uma e sua posição técnica em relação à situação. Ao explicar todos os procedimentos, ela deveria ter usado uma linguagem clara, simples e gentil, de maneira paciente, validando as preocupações da parturiente, sempre verificando se ela entendeu, de modo a auxiliar nas decisões da gestante sobre o parto.



Comunicação não verbal (Utilizou linguagem jocosa, tom de voz ríspido e postura impaciente)	Ao explicar algo, fazer alguma observação, ou mesmo ao ouvir a paciente, a médica deveria manter contato visual, postura acolhedora e tom de voz calmo e confiante.
Atitude em geral (Relativizou a necessidade da presença do acompanhante, fez comentários constrangedores, utilizou linguagem desrespeitosa)	A médica deveria garantir a presença do acompanhante em todos os processos de acordo com a vontade da paciente. Ela não deveria fazer comentários constrangedores acerca do corpo da paciente e de decisões pessoais. Deveria demonstrar empatia e compromisso com o bem-estar da paciente e não retrucar as colocações da parturiente com piadas e falas desrespeitosas.

Breves considerações

As gestantes são o centro da assistência ao trabalho de parto, elas devem ser incluídas nas tomadas de decisões e devem ser instruídas por meio de informações baseadas em evidências, além de serem tratadas com respeito e gentileza nesse processo. Para que isso ocorra, uma relação íntima entre os profissionais e a parturiente deve ser construída, logo, eles precisam buscar entender os desejos e expectativas da paciente, para que a individualidade dela seja respeitada. Em todo esse processo, eles precisam estar preparados, estando cientes do peso de suas atitudes, tom de voz e palavras utilizadas para se expressar diante da gestante, além de como realizam os cuidados prestados (BRASIL, 2017). O processo de comunicação efetiva e a manutenção de um ambiente de confiança impacta diretamente na experiência de parto, de modo que a mulher se sente acolhida e empoderada, além de prevenir situações de desconforto e violência obstétrica. (Valente et al., 2024)

No âmbito do estado do Amapá, a Lei nº 3.388, de 16 de dezembro de 2025 altera a Lei Estadual nº 3.331, de 29 de setembro de 2025 que consolida o Código Amapaense da Mulher (CAM), e agora passa a vigorar com os novos objetivos de prevenir e enfrentar a violência obstétrica (Brasil. Estado do Amapá, 2025). Essa lei traz alguns exemplos de o que se considera violência obstétrica como *“o tratamento desrespeitoso, humilhante ou ofensivo à gestante, parturiente ou puérpera; a realização de procedimentos sem consentimento informado ou sem justificativa clínica comprovada; e impedimento da presença de acompanhante de sua escolha, conforme dispõe a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005”* (BRASIL. Estado do Amapá, 2025). Nesse sentido, traçando um paralelo entre o relato de experiência e a citada lei, percebe-se que os exemplos se assemelham de algum modo com as situações vividas pela paciente.

A pesquisa “Nascer no Brasil”, da Fiocruz ouviu cerca de 24 mil mulheres entre os anos de 2011 e 2012 e observou que, das mulheres que foram atendidas pelo SUS, 45% sofreram violência obstétrica, além de 30% das que foram atendidas em hospitais privados (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2023). Em 2024 foi lançada no Amapá a cartilha “Zero



Violência Obstétrica”, que visa conscientizar a população sobre o tema, a fim de minimizar e até eliminar as falhas tanto estruturais quanto comportamentais no cenário de parto, para que jamais sejam praticados atos inadequados, desagradáveis, agressivos, imprudentes ou negligentes, direta ou indiretamente (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAPÁ et al., 2024). Em 2026

foi anunciado o projeto de lei que visa tipificar a violência obstétrica como crime, a qual prevê pena de até 15 anos de prisão (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2026). Todos estes pontos funcionam como argumentos que corroboram para a importância do combate à violência obstétrica, além do fato de que ela impacta negativamente na vida de muitas mulheres, gerando traumas e abalos emocionais, por exemplo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAPÁ et al., 2024).

Assim, entende-se a urgência da capacitação de profissionais verdadeiramente éticos, cautelosos e empáticos para lidar com um momento tão delicado da vida de uma mulher, e as ferramentas necessárias, como a legislação e os materiais educativos estão disponíveis, mas dependem de políticas públicas para sua aplicação e disseminação, a fim de que a violência obstétrica seja superada no estado do Amapá e no país como um todo.

Referências

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm). Acesso em: 7 fev. 2026.

BRASIL – Estado do Amapá. Lei nº 3.388, de 16 de dezembro de 2025. Altera a Lei nº 3.311, de 29 de setembro de 2025, que consolida o Código Amapaense da Mulher (CAM), para criar a Subseção V-A da Seção IV do Capítulo I do Título II, que dispõe sobre a prevenção e o enfrentamento da violência obstétrica. Diário Oficial do Estado do Amapá, nº 8.556, 16 dez. 2025. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=487958>. Acesso em: 7 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Atualizado em 20 jan. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/a/assistencia-ao-parto-normal-diretriz-nacional/view>. Acesso em: 7 fev. 2026.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto tipifica violência obstétrica como crime e prevê pena de até 15 anos de prisão. Portal da Câmara dos Deputados, 05 fev. 2026. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1243012-projeto-tipifica-violencia-obstetrica-como->



crime-e-preve-pena-de-ate-15-anos-de-prisao

. Acesso em: 07 fev. 2026.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Vítimas de violência obstétrica denunciam negligências médicas. Portal da Câmara dos Deputados, 05 out. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1005005-vitimas-de-violencia-obstetrica-denunciam>

. Acesso em: 07 fev. 2026.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAPÁ; SECRETARIA DE POLÍTICA PARA MULHERES; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO AMAPÁ; HOSPITAL DA MULHER MÃE LUZIA – HMML. Cartilha Zero Violência Obstétrica. Macapá: COREN-AP, 2024. Disponível em: [\[https://www.coren-ap.gov.br/site/wp-content/uploads/2024/05/CARTILHA-ZERO-VIOLENCIA-OBSTETRICA.pdf\]](https://www.coren-ap.gov.br/site/wp-content/uploads/2024/05/CARTILHA-ZERO-VIOLENCIA-OBSTETRICA.pdf) (<https://www.coren-ap.gov.br/site/wp-content/uploads/2024/05/CARTILHA-ZERO-VIOLENCIA-OBSTETRICA.pdf>). Acesso em: 7 fev. 2026.

VALENTE, Ana Luiza Rocha; MELO, Ana Lara Araújo Silva; D'AVILA, Adelaide Maria Ferreira Campos. The importance of communication in childbirth care: contributions to a positive perception of the experience lived by the parturient. Research, Society and Development, [S.l.], v. 13, n. 11, p. e82131147354, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i11.47354.

Disponível em:

[\[https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/47354\]](https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/47354) (<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/47354>). Acesso em: 7 fev. 2026.

Crise psíquica na emergência:

intervenção imediata
versus escuta qualificada.



Rayssa Sylla Pires Palheta¹

Relato de experiência

O episódio relatado ocorreu durante atendimento noturno no pronto-socorro do Hospital Estadual de Santana. Procurei a unidade acompanhada de meu pai, em contexto de sofrimento psíquico agudo, caracterizado por ansiedade intensa, irritabilidade persistente ao longo da semana e pensamentos acelerados que se tornaram insuportáveis após uma situação de estresse no ambiente acadêmico. Apesar da intensidade do sofrimento, não havia ideação suicida, mas sim a necessidade urgente de alívio da dor mental e de acolhimento profissional.

No momento da consulta médica, fui atendida sozinha pelo médico responsável pela porta da emergência. O pronto-socorro encontrava-se lotado, com grande fluxo de pacientes, e havia uma fila extensa do lado de fora da sala, sendo possível ouvir claramente partes do atendimento. Diante do caráter íntimo das queixas relacionadas à saúde mental, perguntei ao profissional se seria possível fechar a porta do consultório, uma vez que me sentia desconfortável com a exposição. O pedido foi negado, sem explicações, o que intensificou a sensação de vulnerabilidade e constrangimento.

Desde o início, a postura do médico mostrou-se ríspida e pouco acolhedora. Minhas tentativas de relatar o que sentia foram interrompidas, e houve a minimização da dimensão subjetiva do sofrimento apresentado. Não foi oferecido espaço para escuta contínua, tampouco demonstrada preocupação com o impacto emocional daquele contexto de atendimento coletivo sobre uma paciente em crise psíquica.

A conduta adotada baseou-se exclusivamente na medicalização imediata. Foi

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



administrada uma medicação por via intramuscular com finalidade ansiolítica, seguida da administração oral de dois comprimidos de diazepam, benzodiazepínico comumente utilizado em serviços de emergência para manejo de ansiedade aguda. Não houve explicação prévia sobre o medicamento, sua finalidade, os possíveis efeitos adversos ou a justificativa clínica para a escolha terapêutica. O profissional não forneceu orientações verbais adequadas e limitou-se a questionar o motivo da minha presença no serviço.

A avaliação psicológica não foi inicialmente considerada como parte da conduta. A solicitação partiu de mim, e somente após esse pedido a psicóloga foi acionada. A diferença na abordagem foi significativa. A profissional realizou escuta qualificada, acolheu o sofrimento relatado, validou minhas emoções e esclareceu que, naquele momento, não havia indicação de internação psiquiátrica. Além disso, orientou quanto à importância do acompanhamento em saúde mental, colocou o serviço à disposição para retornos futuros e foi responsável por solicitar encaminhamento para avaliação psiquiátrica, iniciativa que não havia sido proposta pelo médico.

Essa experiência evidenciou um cuidado fragmentado, no qual a resposta inicial esteve centrada na contenção medicamentosa do sintoma, em detrimento da escuta, da comunicação terapêutica e do respeito à privacidade, elementos considerados fundamentais no manejo do sofrimento psíquico em situações de urgência.

Como o atendimento poderia ter sido

Etapas do cuidado	Conduta comunicacional e assistencial possível
Acolhimento inicial	Apresentação do profissional, postura respeitosa e reconhecimento do sofrimento psíquico como demanda legítima de emergência.
Garantia de privacidade	Avaliação em ambiente reservado, especialmente diante de queixas emocionais íntimas, minimizando exposição e constrangimento.
Escuta clínica	Permitir que o paciente relate sua experiência sem interrupções, validando a dor psíquica mesmo na ausência de risco eminente.
Comunicação terapêutica	Explicação clara sobre a situação clínica, hipóteses diagnósticas e plano de cuidado.
Conduta medicamentosa	Prescrição de ansiolítico com esclarecimento prévio sobre o fármaco, dose, efeitos esperados e possíveis reações adversas.
Cuidado multiprofissional	Acionamento espontâneo da psicologia como parte integrante do atendimento em saúde mental na emergência.

**Continuidade do cuidado**

Orientações e encaminhamento para acompanhamento em CAPS ou psiquiatria, fortalecendo a rede de cuidado longitudinal.

Breves considerações

A experiência vivenciada no pronto-socorro evidencia uma conduta frequente na assistência em saúde mental na emergência. A rapidez exigida nos serviços de emergência muitas vezes acaba se sobrepondo à dimensão do cuidado acolhedor. Em contextos de superlotação, como o descrito, torna-se comum que o atendimento priorize intervenções farmacológicas imediatas. No entanto, a literatura reforça que, mesmo em situações de crise, a escuta qualificada e a garantia de privacidade são componentes centrais da intervenção clínica (Katiki et al., 2024).

No caso relatado, não havia risco iminente de suicídio nem agitação grave que justificasse uma abordagem exclusivamente medicamentosa. Diretrizes atuais indicam que, em quadros de ansiedade aguda, a contenção verbal, a validação emocional e a avaliação contextual devem anteceder ou acompanhar o uso de benzodiazepínicos (Brasil, 2026). A medicação pode ser necessária, mas não deve substituir o diálogo clínico.

Além disso, a ausência de explicação sobre o fármaco administrado e a negativa em oferecer um ambiente minimamente reservado para a escuta da paciente, fragilizaram elementos essenciais do cuidado em saúde mental. Nesses casos, a comunicação não deve ser vista como um detalhe secundário no atendimento, pois ela própria possui efeito terapêutico. Existem evidências científicas que apontam que a forma como o profissional se posiciona diante do sofrimento psíquico influencia diretamente a percepção de segurança do paciente e sua disposição em procurar ajuda novamente (Mcintyre et al., 2022).

Por outro lado, a atuação da psicóloga demonstrou de maneira concreta o impacto da escuta estruturada. A validação da experiência subjetiva, o esclarecimento sobre a ausência de indicação de internação e o encaminhamento responsável para acompanhamento psiquiátrico produziram alívio real e significativo a paciente. Além disso, modelos integrados de cuidado em emergência mostram que intervenções multiprofissionais reduzem reinternações e fortalecem o vínculo com a rede de atenção psicossocial (Katiki et al., 2024).

A experiência não questiona a legitimidade do uso de medicação em situações de ansiedade intensa. O ponto central é a fragmentação do cuidado quando a intervenção farmacológica ocorre dissociada da comunicação, da privacidade e da responsabilização terapêutica. Em saúde mental, especialmente no contexto de emergência, a escuta precisa ser vista como parte central do atendimento e não como algo complementar e dispensável.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado do transtorno de ansiedade no adulto: avaliação e conduta em situações agudas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em:

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/unidade-hospitalar/avaliacao-con>



duta/. Acesso em: 3 mar. 2026.

KATIKI, Chiko et al. Enhancing emergency room mental health crisis response: a systematic review of integrated models. *Cureus*, v. 16, n. 1, 2024. DOI: 10.7759/cureus.74042. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39712829/>. Acesso em: 3 mar. 2026.

McINTYRE, Heather et al. Communication pathways from the emergency department to community mental health services: a systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, v. 31, n. 6, p. 1282–1299, 2022. DOI: 10.1111/inm.13024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35598319/>. Acesso em: 3 mar. 2026.

O silenciamento no cuidado:

perspectivas sobre a comunicação
médico-paciente na infância



Alice Façanha da Silva¹

Relato de experiência

Eu tinha cerca de seis anos quando surgiu uma massa dolorosa no antebraço direito. Qualquer toque, aperto ou impacto causava dor. Minha família procurou atendimento em um hospital público geral no município de Macapá. Após exames, o médico informou apenas que se tratava de uma “massa” e indicou a imobilização com gesso como conduta inicial.

O gesso reduzia parcialmente a dor, mas trouxe dificuldades importantes. Eu escrevia com a mão direita e passei a enfrentar limitações no cotidiano escolar e nas atividades básicas. Além disso, impactos no gesso ainda provocavam dor profunda no local. Em nenhum momento fui perguntada sobre como aquilo afetava minha vida, nem recebi explicações diretas sobre o que estava acontecendo com o meu corpo.

Permaneço nessa condição por aproximadamente dois anos, sem acompanhamento estruturado ou esclarecimentos progressivos. Após nova consulta com outro médico, fui encaminhada para um hospital público oncológico em Belém. Depois de diversos exames, foi informado à minha família que a cirurgia “só poderia ser realizada aos 15 anos”. Não houve explicação sobre os motivos dessa decisão, nem discussão sobre possibilidades terapêuticas ou prognóstico.

A partir dessa informação, comecei a elaborar medos em silêncio. Mesmo sem respostas claras, eu intuía que o desfecho poderia ser grave. Ao ver pessoas com membros amputados na rua, me perguntava se aquele também seria o meu futuro. Esses pensamentos nunca foram verbalizados em consulta, pois não havia espaço para diálogo. Eu sabia que algo sério poderia acontecer, mas não sabia por que, nem quando, nem como.

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



Anos depois, já em acompanhamento em um hospital regional no município de Santarém, foi confirmado que o tumor estava avançado e comprometia estruturas ósseas, não havendo possibilidade de preservação do membro. A cirurgia resultou em amputação.

Mais do que a perda de um membro, a experiência deixou marcas profundas. A ausência de comunicação clara, inclusive com uma criança capaz de compreender dentro de seus limites, transformou o percurso do adoecimento em um processo solitário, marcado por dúvidas, silêncios e antecipações não acolhidas.

Como o atendimento poderia ter sido

Etapas do cuidado	Conduta comunicacional e assistencial possível
Acolhimento inicial	Escuta atenta da criança e da família, com explicação simples sobre o motivo da consulta e espaço para perguntas, incluindo aquelas direcionadas à criança.
Explicação diagnóstica e terapêutica	Comunicação clara sobre o que estava sendo investigado e sobre a conduta adotada, levando em conta os impactos físicos, emocionais e na rotina da criança.
Acompanhamento longitudinal	Comunicação constante, com reavaliação da conduta e escuta ativa sobre dores, limitações e sentimentos ao longo do tempo.
Discussão de cirurgia e prognóstico	Explicação clara e gradual sobre as opções cirúrgicas e o prognóstico, permitindo um preparo emocional e suporte psicológico diante de resultados que afetam o corpo de maneira significativa.

Breves considerações

A experiência relatada mostra que a comunicação em saúde é um elemento central do cuidado, especialmente no contexto pediátrico, onde a doença afeta tanto a criança quanto sua família. Diretrizes do Ministério da Saúde destacam que o cuidado humanizado envolve escuta atenta, compartilhamento de informações e a formação de um vínculo terapêutico desde o primeiro contato, reconhecendo o paciente como um participante ativo no processo de cuidado (Brasil, 2017).

No caminho descrito, fica claro que a falta de explicações direcionadas à criança favoreceu a formação individual de significados sobre a doença, marcada por medo silencioso e antecipação do pior resultado possível. Evidências recentes indicam que crianças podem entender melhor sua condição quando a comunicação é ajustada à sua linguagem e estágio de desenvolvimento. A inclusão da criança no diálogo protege contra a ansiedade e o sofrimento psicológico prolongado (Lee; Lin; Lin, 2022). Assim, o silêncio na comunicação não funciona como um mecanismo de proteção, mas pode aumentar inseguranças e interpretações solitárias



sobre a doença.

Outro ponto importante é a continuidade da comunicação ao longo do acompanhamento. A literatura mostra que a comunicação em pediatria deve ser contínua, revisitando diagnósticos, expectativas e decisões terapêuticas conforme a evolução clínica, fortalecendo a confiança entre a equipe, o paciente e a família (Medeiros et al., 2024). No relato, os longos intervalos sem esclarecimentos contribuíram para a sensação de incerteza e falta de preparo emocional para o desfecho cirúrgico.

Além disso, estudos recentes sobre a participação infantil em saúde reforçam que crianças devem ser vistas como sujeitos do cuidado, com direito de serem ouvidas e informadas de acordo com sua capacidade de compreensão. A inclusão progressiva da criança nas conversas clínicas ajuda na adaptação emocional e na percepção de segurança em relação a intervenções com grande impacto corporal (Hietanen et al., 2025).

Assim, o relato evidencia que falhas na comunicação podem causar efeitos duradouros que vão além do desfecho clínico. Investir em boas práticas de comunicação no cuidado pediátrico não é apenas uma estratégia de humanização, mas uma parte essencial da qualidade do atendimento, da ética clínica e da experiência do cuidado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalha_dores_sus.pdf. Acesso em: 4 mar. 2026.

LEE, T.; LIN, E. C.; LIN, H. C. Communication skills utilized by physicians in the pediatric outpatient setting. BMC Health Services Research, v. 22, 2022. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08385-5> Acesso em: 4 mar. 2026.

MEDEIROS, G. J. M. et al. Communication skills in pediatrics: perception of medical students. BMC Medical Education, v. 24, 2024. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-06578-6> Acesso em: 4 mar. 2026.

HIETANEN, M. et al. A systematic review on children's participation in healthcare from a child's perspective. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41299201/> Acesso em: 4 mar. 2026.

Diagnóstico sem escuta

a violência silenciosa
no consultório médico



André Barros Fonseca Barbosa Lima¹

Relato de experiência

Certo dia, quando ainda era estudante do segundo semestre, acompanhava um médico em estágio da universidade junto a alguns colegas. Após diversas pessoas entrarem e saírem do consultório, o próximo paciente surgiu com um semblante preocupado. Era um homem jovem, provavelmente por volta de 40 anos, acompanhado da esposa. Relatou que em consulta prévia com outro profissional foram solicitados exames laboratoriais de rotina, que havia lido os resultados e comparado com os valores de referência e logo se assustado com o que tinha visto. Em seguida, com entonação mórbida, perguntou ao médico: *“Doutor, o senhor pode ser sincero comigo. Estou morrendo?”*.

Assim que o médico colocou os olhos na coletânea de exames, expressou-se com espanto e em seguida riu e disse em tom irônico: *“Não sei nem como é que você veio vivo para essa consulta!”*. Passou-nos a folha. Apontava e mostrava os resultados como se fossem uma espécie de espetáculo. O paciente estava visivelmente desconfortável e parecia nos olhar com vergonha. *“Quanto tempo ainda tenho para viver?”*, indagou. O profissional disse: *“Vamos ver”*. A esposa o olhava com angústia a todo momento, como se prestes a desabar em lágrimas. De tempos em tempos culpava o marido pelo quadro: *“Tá vendo? É isso que você ganha por ficar se acabando em bebida!”*. Ele não respondia, parecia paralisado em profunda reflexão.

“É isso aí, pelo que tô vendo aqui você tá querendo se matar. Você tem filhos? Quer que seus filhos cresçam com pai morto?”, disse o médico. O rapaz a todo tempo tentava se justificar. Falava dos seus problemas e como a vida tinha sido difícil para ele.

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



Pedi então, humildemente e com a voz fraca, por ajuda. Eu o olhava e via remorso em seus olhos, o ser humano desestabilizado e com desejo pela vida por trás. Senti que o profissional o observava e tinha dificuldade de separar o indivíduo da doença. Parecia que antes mesmo de tentar escutá-lo, havia a sentenciado à morte. Prescreveu medicamentos, fez encaminhamentos e mandou o paciente embora. *“Eu conheço esse tipo de paciente. Não segue o tratamento, acha que pode fazer o que quer e viver para sempre. Sei que ele não vai mudar e às vezes me pergunto até quando vale a pena tentar. Podem chamar o próximo?”*.

Não sei como evoluiu o paciente. Não sei se voltou a ir ao mesmo médico, nem se chegou a ir a qualquer outro. Em uma situação tão vulnerável, a indiferença vinda de um indivíduo que deveria zelar pela sua saúde pode carregar um peso que afunda quaisquer traços de esperança. Quando a medicina é reduzida à doença, o paciente é muitas vezes tratado como um criminoso ou um suicida. O contexto é completamente desconsiderado e a culpa recai toda sobre o doente. Enquanto não se compreender que um bom médico não é aquele que trata a patologia somente com medicamentos, encaminhamentos e orientações genéricas, mas aquele que entende que o adoecimento é um processo multifatorial e complexo que requer paciência, diálogo, interesse e empatia situações como a descrita nesse relato continuarão a se repetir.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Receber o paciente com postura respeitosa e empática, reconhecendo sua angústia. Demonstrar disponibilidade para ouvir, reduzindo a ansiedade inicial e estabelecendo um ambiente seguro.
Escuta ativa	Permitir que o paciente expresse suas preocupações, medos e dúvidas sem interrupções, compreendendo a carga emocional de cada uma.
Comunicação verbal	Utilizar linguagem clara, ética e proporcional à gravidade real do quadro clínico, explicando os resultados laboratoriais sem alarmismo, ironias e frases intimidatórias.
Comunicação não verbal	Manter contato visual e postura aberta, evitando risos, gestos de desdém ou atitudes que reforcem medo, vergonha ou humilhação.
Postura ética	Evitar julgamentos morais, culpabilização ou ameaças veladas. Reconhecer o paciente como sujeito em sofrimento, e não como responsável exclusivo pela doença.



Abordagem clínica	Contextualizar os achados dentro da história clínica, hábitos de vida e fatores psicossociais, compreendendo o adoecimento como processo multifatorial.
Objetivo da consulta	Transformar o encontro em uma oportunidade de cuidado, orientação e esperança, preservando a dignidade do paciente e reafirmando o compromisso da medicina com a vida e o bem-estar.

Breves considerações

A empatia do médico é um componente determinante para a obtenção de resultados clínicos positivos, exercendo grande influência no tratamento de pacientes. Estudos demonstram que níveis elevados de empatia estão inversamente associados à intensidade da dor e à incapacidade funcional, promovendo uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde. Essa abordagem humanizada é considerada tão eficaz que seus efeitos podem superar os de tratamentos não farmacológicos ou terapias convencionais, evidenciando que a percepção de ser compreendido e apoiado pelo profissional é uma ferramenta terapêutica de alto valor (Licciardone et al., 2024)

No âmbito da relação médico-paciente, a empatia atua como o principal motor para o estabelecimento de um vínculo de confiança. A avaliação que o paciente faz da qualidade desse relacionamento é moldada diretamente pela sua percepção de empatia, que gera confiança na benevolência do médico — a crença de que o profissional agirá no melhor interesse do paciente. Essa conexão emocional e cognitiva não apenas melhora a satisfação, mas também é fundamental para reduzir a desconfiança e prevenir conflitos, criando um ambiente colaborativo essencial para a adesão ao tratamento e a eficácia do cuidado (WU; Jin; Wang, 2021)

A implementação prática da empatia no atendimento médico envolve também estratégias de comunicação não verbal. Essa, quando bem aplicada, melhora significativamente a percepção do paciente sobre a compaixão e a qualidade da comunicação do profissional. Ao equilibrar a dinâmica de poder, especialmente em ambientes hospitalares vulneráveis, o médico sinaliza maior disponibilidade, interesse e respeito, o que fortalece a aliança terapêutica e humaniza a experiência do atendimento (Houchens et al., 2024)

A formação médica deve assumir o papel de capacitar os profissionais a realizar abordagem humanizada e livre de julgamentos. O profissional, além de conhecimento técnico, deve apresentar habilidades de comunicação e compreensão, buscando sempre o melhor para o paciente independentemente das circunstâncias que o circundam. A falha nesse processo pode resultar em um ferimento direto aos alicerces do sistema de saúde, tendo em vista que a integralidade e a longitudinalidade são princípios que invariavelmente dependem da integridade da relação médico-paciente.

Referências

HOUCHENS, N. et al. Effect of Clinician Posture on Patient Perceptions of Communication in the Inpatient Setting: A Systematic Review. *Journal of general internal medicine*, v. 39, n. 16, 17 jul. 2024.

LICCIARDONE, J. C. et al. Physician Empathy and Chronic Pain Outcomes. *JAMA Network Open*, v. 7, n. 4, p. e246026, 11 abr. 2024.

WU, Q.; JIN, Z.; WANG, P. The relationship between the physician-patient relationship, physician empathy, and patient trust. *Journal of General Internal Medicine*, v. 37, n. 6, 17 ago. 2021.

O médico que não me viu



Cicera Catarina de Oliveira Germano¹

Relato de experiência

Era um dia de semana qualquer e eu acordei com uma sensação de que a garganta estava fechada, que os alimentos estavam descendo com muita dificuldade. Esse quadro já se repetia há semanas e como eu odiava ir ao médico sozinha, sempre negligenciei a ida. Mas nesta quarta-feira, diante desse incômodo, me arrisquei a ir.

Era uma Unidade Básica de Saúde(UBS), daquelas de interior, um médico para muitos pacientes e fichas contadas. Esperei cerca de 1h para o atendimento e então entrei nesse consultório, sozinha, pela primeira vez. Tinha cerca de 16 anos na época.

Ao entrar, o médico já não direcionava o olhar pra mim e eu já me sentia incomodada ali. Me questionava se realmente devia ter ido me consultar nesse dia, mas eu já estava lá, então segui. Apresentei a minha queixa e o médico, em 3 minutos de consulta, me disse que podia ser ansiedade, sem olhar pra mim, sem me examinar, sem olhar além dessa simples queixa que apresentei. Lembro claramente de falar, olhando pro topo da sua cabeça, que os sintomas já estavam me incomodando há semanas, mas não recebi devolutivas além do topo brilhante da sua cabeça me encarando. Ele só olhava pro papel à sua frente, apoiado na mesa.

Eu não cruzei os olhares com ele, em nem um minuto da consulta. Fiquei frustrada! Me senti como uma parede branca. Foram cerca de 5 minutos de “consulta”. Lembro de sair, ligar pra um familiar e dizer que aquela consulta tinha sido a pior da minha vida, porque eu não me sentia ouvida. Essa consulta me fez não querer ir ao médico sozinha nunca mais e talvez por isso, ainda hoje, eu não me sinta confortável de ir a qualquer consulta só.

Além disso, aquela consulta também me fez pensar em que profissional eu queria ser, porque sai dali sabendo que aquele tipo de médico era realmente o que eu não queria me tornar. Por que, que tipo de médico se quer não olha para o seu paciente? Que tipo de médico faz o paciente se questionar se realmente devia ter ido? Que tipo de médico faz o

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



paciente sentir culpa? Não sei que tipo de médico é, mas com certeza é esse tipo de médico que eu não quero ser.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Acolhimento inicial do paciente ao adentrar o consultório, olhar e escutar atentamente a queixa do paciente, demonstrar que o paciente está sendo ouvido e que a queixa importa.
Comunicação verbal	Trazer o paciente mais próximo, entender o que ele queria dizer com a queixa, explicar para o paciente porque o diagnóstico poderia ser aquele. Verificar se o paciente entendeu, se as dúvidas foram sanadas.
Não comunicação verbal	Manter contato visual, postura acolhedora, tom de voz sereno, calmo.
Exame físico do paciente	Realizar o exame físico direcionado às queixas do paciente.

Breves considerações

De acordo com Chen et al. (2025) a comunicação médico-paciente configura elemento central da satisfação em atendimentos, sendo a transparência das informações, a escuta ativa e a postura empática fatores diretamente associados à confiança e à adesão terapêutica, fato esse que não corrobora a postura do médico descrita anteriormente. Além disso, é evidente que o médico não abordou a queixa da paciente de forma clara ou até mesmo objetiva sobre o caso, o que se contrapõe a ideia estudada por Fava *et al.*, 2024, que reforçam que a anamnese possibilita ao médico maior entendimento sobre os sintomas, condição social e de saúde dos pacientes, que permitem maior prognóstico favorável quando realizada.

Ademais, segundo a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2025) o contato eficaz entre médico e paciente representa um elemento central da relação terapêutica e é essencial para um atendimento de qualidade. A publicação salienta que a postura aberta, baseada em reconhecimento da identidade e experiências do paciente, favorece a confiança mútua e fortalece a participação ativa do paciente no processo de cuidado. Estudo esse que estabelece contraste com o descrito anteriormente, uma vez que o médico não obteve postura adequada frente ao paciente no atendimento ambulatorial.

Nesse contexto, o exame físico também apareceu em segundo plano, sendo negligenciado pelo profissional. Em contrapartida, Ayyad (2025) defende que o exame físico continua sendo essencial na prática clínica, uma vez que possibilita maior raciocínio diagnóstico de forma decisiva, promovendo a identificação oportuna de patologias que podem



ser negligenciadas pelos indivíduos, além de favorecer uma melhor relação de confiança entre médico e paciente. Para que, dessa forma, aliado aos demais pilares médicos, se possa estabelecer um atendimento médico mais ampliado, completo e direcionado e os pacientes não se tornem a sentir culpados por não serem acolhidos em consultas médicas.

Referências

CHEN, X.; LIU, C.; YAN, P. *The impact of doctor-patient communication on patient satisfaction in outpatient settings: implications for medical training and practice*. BMC Medical Education, v. 25, p. 830, 04 jun. 2025. DOI: 10.1186/s12909-025-07433-y.

FAVA, G. A. *et al.* Clinical interviewing: an essential but neglected method of medicine. Psychotherapy and Psychosomatics, Basel, v. 93, n. 2, p. 94-99, 2024. DOI: 10.1159/000536490.

AYYAD, M. *Is physical exam a lost art? A resident's perspective*. Journal of General Internal Medicine, [S.l.], 2025. Publicado online em 4 set. 2025. DOI: 10.1007/s11606-025-09756-4. PMID: 40908412.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Effective patient-physician communication*. Committee Statement No. 23, Obstetrics & Gynecology, Washington, DC, v. 146, p. e115–e126, dez. 2025. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-statement/articles/2025/12/effective-patient-physician-communication>

A ética sobre a atuação médica no pós-operatório de trauma



Akires Matheus Gomes Santos¹

Relato de experiência

Um ente próximo foi vítima de acidente de motocicleta com fratura exposta em pé direito, levado para o Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória com urgência. Após a efetivação dos primeiros cuidados, ele foi encaminhado para o HUSE para realização de procedimento cirúrgico de fixação interna com fio Kirschner, em 25/09/2025. O paciente permanecia com movimentos nos pododáctilos afetados durante o primeiro atendimento.

No período de recuperação pós-cirúrgico, um processo de extrema vulnerabilidade pessoal, o médico forneceu alta de forma rápida, sem checar ou examinar com cuidado o paciente e seu pé. A vítima, confiando no profissional e sem conhecimento especializado para entender a problemática deste feito, permaneceu compreensível e aceitou a alta.

Na realização do curativo ainda no HUSE, a enfermeira realizou a análise do ferimento, notando um claro sinal de necrose avançada, além da deterioração extrema na movimentação dos pododáctilos. Notando os sinais claros de agravamento, a profissional contestou a alta fornecida pelo médico, que refez a análise anterior com calma e revogou a alta tardiamente. A conversa com o profissional trouxe a notícia da necessidade de amputação de parte do membro, não sendo mais possível sua recuperação.

Entre o processo de "quase alta" e a realização da nova cirurgia para a amputação, passaram-se dias. O paciente permanecendo no HUSE, foi submetido a amputação parcial do pé direito devido a necrose do 3º, 4º e 5º pododáctilos. Um processo danoso físico e psicologicamente.

Como o atendimento poderia ter sido

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - UFS



Elemento do atendimento	Conduta ideal
Avaliação pré-alta	Realizar exame físico completo e minucioso antes da concessão da alta hospitalar, avaliando sinais de perfusão, coloração, temperatura, dor, edema e mobilidade.
Monitoramento pós-operatório	Efetuar reavaliações clínicas frequentes e devidamente registradas no prontuário durante o período pós-cirúrgico.
Identificação de sinais de agravamento	Reconhecer precocemente sinais de isquemia, infecção ou necrose e intervir imediatamente diante de qualquer indício de agravamento do quadro clínico.
Trabalho em equipe multiprofissional	Considerar e valorizar as observações da equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde no processo decisório
Revisão de condutas	Reavaliar continuamente as condutas adotadas, sem depender exclusivamente de questionamentos externos.

Breves considerações

A prática médica ética não se limita à execução correta de procedimentos técnicos, mas envolve responsabilidade contínua, vigilância clínica e sensibilidade diante da vulnerabilidade do paciente. Conforme Pellegrino (2002), a medicina é essencialmente uma prática moral, sustentada pela confiança que o paciente deposita no julgamento do médico, o que impõe o dever de agir com prudência, beneficência e compromisso com a não maleficência.

No relato apresentado, observa-se que a concessão de alta hospitalar sem avaliação clínica minuciosa do membro lesionado configurou fragilidade ética e assistencial. De acordo com Beauchamp e Childress (2019), decisões clínicas devem sempre considerar a prevenção de danos previsíveis, especialmente em contextos de alto risco, como fraturas expostas, que exigem monitoramento rigoroso e reavaliações frequentes.

A responsabilidade profissional também pressupõe postura proativa e capacidade de revisão das próprias condutas. Para Schraiber (2008), a boa prática médica exige atenção contínua e reflexão crítica, evitando decisões precipitadas ou automatizadas. A revogação tardia da alta apenas após a intervenção da enfermagem evidencia falha nesse compromisso, além de revelar a importância do trabalho multiprofissional como elemento essencial da segurança do paciente (OMS, 2016).

Além disso, a comunicação clara e transparente com o paciente é uma condição ética indispensável. Segundo Jonsen, Siegler e Winslade (2015), o respeito à autonomia depende do acesso do paciente a informações compreensíveis sobre seu estado clínico e riscos envolvidos. A ausência dessa comunicação contribui para decisões pouco conscientes e para o agravamento do sofrimento físico e psicológico.



Dessa forma, o desfecho amputatório, ainda que clinicamente necessário em momento posterior, evidencia como falhas na avaliação, na comunicação e na vigilância ética podem intensificar danos. A ética do cuidado, conforme propõe Ayres (2004), reafirma que o verdadeiro sentido da medicina reside na atenção integral ao paciente, na responsabilidade pelas decisões e no compromisso permanente com a dignidade humana.

Referências

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2004.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. *Clinical ethics*. 8. ed. New York: McGraw-Hill, 2015.

PELLEGRINO, E. D. The internal morality of clinical medicine. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 27, n. 6, p. 559–579, 2002.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework on integrated, people-centred health services*. Geneva: WHO, 2016.

Atendimento médico robotizado

relato de
experiência



Enirlan Meireles Barbosa¹

Relato de experiência

O relato sobre o caso que vivenciei, curiosamente, ocorreu em um hospital particular de Macapá-AP de referência. Tanto que quando falamos de atendimento privado, as expectativas tendem a aumentar, já que problemas rotineiros como superlotação, desorganização e atenção ao paciente não costumam acontecer. Bem, era essa a minha expectativa como acompanhante da minha mãe no atendimento. Destaco, que era uma pessoa bem instruída e que eu mesmo, já tinha a orientado sobre organizar os acontecimentos visando ajudar o colega médico.

Mas já no início, profissional nem ao menos a cumprimentou, mantendo uma postura um olhar distante. Não obstante, após perguntar somente pela queixa do paciente, ele a indagou após olhar a ficha do paciente: “Você está acima do peso, né? Você está se sentindo bem?”. Detalhe, era 2ª pergunta que ele estava fazendo, para uma paciente magra, e que já tinha passado 1-2 minutos contando adequadamente e sucintamente as suas angústias, que acabou por ficar totalmente acanhada após ser simplesmente ignorada e o auge foi uma pergunta sem nexos.

Após alguns segundos e desentendimentos iniciais, então que ele falou: “Então Dona *fulana*, é complicado...” e então eu o interrompi para dizer que esse não era o nome do paciente. O pior veio em seguida que ele nos convidou para nos retirarmos da sala, pois não era a nossa vez e chamou a enfermeira. A enfermeira lhe explicou que ele apenas tinha aberto a ficha errado no computador e que estava certo que éramos nossa vez sim.

Após pegar a ficha “certa”, ele reiniciou todo o atendimento fazendo a paciente

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



repetir tudo que havia dito nos 1-2 minutos anteriores, só que dessa vez já abalada e sem ânimo, tanto que em seguida ao fim do atendimento, ela ficou cabisbaixa e melancólica.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Receber com um olhar atencioso e uma escuta ativa, demonstrando disponibilidade.
Comunicação verbal	Usar uma linguagem clara, simples e gentil. Verificar se o paciente entendeu e chamá-lo pelo nome.
Não comunicação verbal	Manter contato visual, postura aberta e firme.
Resposta às perguntas sobre o que é	Responder com paciência, validando as preocupações como paciente do e da família, fazendo perguntas mais específicas para melhorar o raciocínio, e não somente perguntas genéricas.
Atitude em geral	Demonstrador compromisso, empatia, e respeito, valorizando as angústias do outro.

Breves considerações

O relato realça as rachaduras da relação médico-paciente, mostrando um modelo centrado em tecnicidade. Tal situação reflete um problema discutida na literatura, reforçando a comunicação como cêntrico para a terapêutica e a humanização. Beckman e Frankel (1984) mostram que o comportamento do médico influencia diretamente na compreensão das queixas do paciente.

Conclui-se, Mercer e Reynolds (2002) reforçam a importância da empatia, em que não se limita a uma habilidade subjetiva, e sim, como componente clínico capaz de fortalecer o laço médico-paciente capaz de otimizar os resultados terapêuticos. Assim, a negligência acaba por chegar no “atendimento robotizado”.

Nisso, Moura (2022) e Mendonça (2024) nos mostra que a prática médica está relacionada a um processo complexo que é influenciada por fatores sociais e culturais. O relato não mostra apenas um caso isolado, e analisamos que não se depende de recursos para o atendimento humanizado, mas sim de ética profissional.

Referências

- BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, v. 101, n. 5, p. 692–696, 1984.
- MENDONÇA, P. L. A crítica dos sentidos na arte de se relacionar com pacientes. *Revista Medicina*, 2024. Disponível em: <http://www.revistamedica.com.br>



MOURA, A. V. A comunicação na prática médica. São Paulo: Editora Prisma, 2022.

MERCER, S. W.; REYNOLDS, W. J. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, v. 52, p. S9–S13, 2002.

TRAVALINE, J. M.; RUCHINSKAS, R.; D'ALONZO, G. E. Patient-physician communication: why and how. *Journal of the American Osteopathic Association*, v. 105, n. 1, p. 13–18, 2005.

Humanização na perda gestacional



Esther Andrade de Sá¹

Relato de experiência

Uma colega, de 18 anos, gestante de 07 meses, foi ao hospital maternidade público mais próximo de sua casa, sentindo dores fortes que lembravam contrações e a fizeram acreditar que poderia estar tendo algum problema com o feto. Ao chegar no hospital, disseram-lhe que não haveria capacidade para atender e recomendaram que fosse ao próximo hospital.

No momento em que chegou ao hospital, acompanhada de sua mãe, as dores já haviam se intensificado bastante e a paciente mal conseguia andar, sendo apoiada por sua mãe. Devido ao agravamento da situação da paciente, a mãe chegou um pouco alterada, pedindo uma cadeira de rodas e atendimento de urgência para a sua filha, o que foi desconsiderado pela equipe hospitalar, resultando na rápida expulsão do feto pelo corpo da paciente, ainda em pé na recepção do hospital.

Após a queda do feto no chão, houve a mobilização necessária para colocar a paciente na cadeira de rodas e levá-la ao atendimento médico. A mãe, que acompanhava a situação, ficou um pouco desorientada, pois queria que houvesse recolhimento do feto que seria seu neto, mas estava preocupada com o estado de saúde da sua filha. Enquanto tentava atentar para o feto, viu dois enfermeiros chegando e ficou aliviada, pensando que teria o auxílio deles, mas o diálogo que ela ouviu foi o seguinte: “O que a gente faz com isso agora?” “Lixo. Isso é lixo”.

A acompanhante quis agir na hora, mas se sentiu sobrecarregada com a quantidade de coisas acontecendo no momento e preferiu seguir sua filha que estava sendo levada em uma

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE



cadeira de rodas, por medo de perdê-la de vista. Durante a consulta, a paciente perguntou se seria possível fazer algum tipo de biópsia no feto ou no conteúdo residual, para descobrirem o que pode ter levado ao fim da gestação, mas a resposta da equipe médica foi que “o material não estava em condições”, então ela questionou se poderia levar o feto para casa, para fazer um funeral, o que também foi negado. Após essa negativa, a mãe da paciente perguntou “vocês jogaram ele no lixo?” e contou a troca que ouviu quando estava na recepção, a resposta dada foi que não poderiam informar.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Receber com um olhar atencioso e escuta ativa, agindo com a pressa que a urgência exigia, mas dando a atenção necessária à paciente.
Comunicação verbal	Usar uma linguagem clara, simples e delicada, para facilitar a compreensão da paciente sensibilizada.
Não comunicação verbal	Manter postura aberta e calma.
Atitude em geral	Agir com rapidez na situação de urgência, fazer o recolhimento adequado do feto e estar atento às preocupações da paciente.

Breves considerações

Uma prática médica, não deve ser resumida ao diagnóstico e ao tratamento, é necessário entender que o modelo de comunicação pode potencializar o tratamento ou fragilizar o paciente e seus acompanhantes. O caso relatado, da jovem gestante, foi marcado por dor e vulnerabilidade extremas e fica evidente que pequenos gestos fazem uma grande diferença em situações delicadas, torna-se ainda mais explícita a necessidade de ser humano e não apenas técnico. A equipe hospitalar precisa realizar uma comunicação bem feita, pautada no respeito, na escuta e no diálogo atencioso, o que falhou drasticamente desde a negativa de uma simples cadeira de rodas na recepção até a completa falta de amparo e infeliz descarte do feto.

A prática médica que se resume à extrema medicalização e ao tecnicismo, ignorando as necessidades psicossociais, acabam por potencializar o sofrimento humano. Conforme diretrizes do Conselho Regional de Medicina, o hospital não pode se recusar a acolher a paciente com o feto em óbito, o binômio mãe-filho deve ser obrigatoriamente acolhido na unidade hospitalar (Galhardo, 2019). A completa falta de um espaço físico e relacional que favoreça o conforto, a privacidade e o acolhimento (Lima et al., 2025) submeteu a paciente ao profundo trauma de ejetar o feto em pé na recepção e não poder se despedir do mesmo.

O caso configura-se tecnicamente como óbito fetal ou natimorto (conceito adotado em casos de idade gestacional igual ou superior a 22 semanas ou peso acima de 500 gramas), o que exige da equipe protocolos específicos de assistência e respeito ao luto (Alves, 2012).



O terrível diálogo presenciado pela mãe, em que enfermeiros se referem ao feto como "lixo", reflete o completo despreparo dos profissionais de saúde ao lidar com a perda gestacional.

A literatura aponta que, diante da insegurança e da incapacidade de lidar com a morte fetal, muitos profissionais adotam posturas frias, impessoais e defensivas como uma forma de "escudo emocional" (Lima et al., 2025), o que compromete totalmente a qualidade da assistência e fere a dignidade da família.

Além do abandono na recepção, a forma como a equipe negou informações sobre a possibilidade de biópsia, funeral e o destino do feto é uma infração grave. O corpo do feto em óbito, quando não há sinais de violência, deve ser adequadamente encaminhado para o serviço de patologia/necropsia da própria instituição ou ao Serviço de Verificação de Óbito, e jamais tratado como descarte comum (Galhardo, 2019). A omissão dessas informações e a resposta hostil violam os direitos fundamentais da família enlutada (Alves, 2012).

A Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental (Lei nº 15.139/2023) e as diretrizes de cuidados paliativos perinatais determinam o respeito incondicional à dor da perda, garantindo à família o direito de vivenciar o luto, de criar memórias com o bebê e de ter orientações claras sobre o registro civil e os rituais fúnebres (Figueredo et al., 2025). É dever da equipe de saúde auxiliar de maneira empática nos preparativos para o funeral, esclarecer todas as dúvidas médicas e fornecer um espaço seguro a despedida (Alves, 2012).

As evidências legais confirmam que este trágico relato demonstra a negligência na comunicação, a frieza técnica e a ausência de acolhimento, o que descumpr o propósito do cuidado em saúde (Lima et al, 2025). Um atendimento verdadeiramente humanizado exige que a equipe integre a competência clínica à empatia, validando a dor da perda, respeitando o feto e garantindo os plenos direitos da paciente e de sua família em um de seus momentos de maior vulnerabilidade (Alves, 2012).

Referências

GALHARDO, M. V.; Destino do corpo do natimorto, do conceito em óbito, responsabilidade da declaração de óbito do conceito ou do natimorto em caso de parto no domicílio. disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/MS/2019/9_2019.pdf. Acesso em: 28 Mar. 2026

LIMA, T. S.; MORAES, F. C.; OLIVEIRA, M. P.; CRONST, T. S. F.; PIRES, R. S.; SANTOS, A. S.; ARRUSUL, L. S. Cuidado, acolhimento e humanização: o papel essencial do enfermeiro na perda gestacional. *Revista Foco*, v. 18, n. 5, p. 1-38, e8237, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n5-1362. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8237>. Acesso em: 28 Mar. 2026

ALVES, D. S. Humanização do parto de natimorto: relato de experiência. 2012. Relatório (Conclusão do Curso Técnico em Enfermagem) – Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC) e Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande



do Sul (IFRS), Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-948169>. Acesso em: 28 Mar. 2026

FIGUEREDO, D. V. A.; FAQUINI, S. L. L.; GUERRA, G. V. de Q. L.; SOUZA, A. S. R.. Protocolo de cuidados paliativos em medicina fetal para atendimento às gestantes e seus fetos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 25, e20250325, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5CpLXLGH3bbtR5Jng7ZZMmP/?lang=pt>. Acesso em: 28 Mar. 2026

O cuidado e o descuido:

lições sobre a relação
médico paciente



Paula Érica Soares de Moura¹

Relato de experiência

Em meados de 2020, eu vinha sentindo uma fraqueza intensa e perda de cabelo, e suspeitava de anemia. Para investigar, agendei uma consulta com um Clínico Geral, acompanhada pela minha mãe e pelo meu irmão — ambos também precisavam fazer exames de rotina. Chegamos à clínica e, após uma curta espera de cerca de 30 minutos, fui chamada para entrar.

O consultório era frio e minimalista: uma mesa, duas cadeiras, um computador sobre a bancada e alguns papéis espalhados. Cumprimentei o médico com um “*Bom dia!*” enquanto ele permanecia olhando o celular. Erguendo os olhos, ele perguntou, seco: *O que manda?*

Ao ouvir essa pergunta, fiquei confusa e perguntei: *o que?* . Então, ele repetiu, impassível: — *O que manda? Exame de rotina?* — *Sim, exame de rotina...* — respondi, ainda tentando compreender.

Sem fazer mais nenhuma pergunta, ele pegou um dos papéis sobre a mesa, carimbou, assinou e datou. Estende esse formulário na minha direção, assim, eu pego o papel, notando que é um pedido pré-pronto, impresso em massa: não há espaço para especificações, apenas uma lista genérica de exames. Ainda sem acreditar, tento explicar: — *Eu sou vegetariana, meu cabelo está caindo e estou muito preocupada...* Ele interrompeu, de forma objetiva: — *Já pedi todos os exames necessários.*

Em menos de cinco minutos, a consulta havia acabado. Levantei-me sem acreditar e saí da sala. No corredor, minha mãe e meu irmão trocaram olhares surpresos: — *Já acabou?*

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe- UFS



Logo chamaram minha mãe e, em seguida, meu irmão, repetindo o mesmo procedimento. Ficamos revoltados. Cheguei a cogitar a possibilidade de ter sido atendida por uma pessoa que não tinha formação na área, mas para minha surpresa, além de ter obtido o CRM, esse profissional também foi especializado em psiquiatria. Fiquei me perguntando se aquele atendimento apressado e impessoal se deveu ao tipo de convênio ou a outro motivo que nunca saberei.

Nunca voltamos àquele profissional. Realizamos todos os exames e procuramos um médico que nos ouvisse de fato e nos tratasse como pessoas.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Responder o bom dia do paciente e fazer uma pergunta abrangente como: “O que te trouxe aqui hoje?” ou “em que posso ajudar?”
Comunicação verbal	Explorar a queixa do paciente, além disso, buscar entender quem é aquela pessoa que está a sua frente para facilitar no processo de diagnóstico e personalizar o cuidado ao indivíduo, não criar folhas de pedidos de exames pré-prontos para todos os pacientes.
Comunicação não verbal	Olhar diretamente para o paciente, demonstrando que naquele momento toda sua atenção está voltada para ele.
Atitude em geral	Escutar o paciente e explorar o que o aflige, buscando entender o paciente como um todo.

Breves Considerações

Este relato evidencia falhas significativas no primeiro atendimento, sobretudo pela omissão na identificação do motivo da consulta e pela falta de escuta das queixas do paciente. Para uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa, é imprescindível individualizar a consulta, explorando suas preocupações iniciais por meio de perguntas abertas e construindo um vínculo de empatia que reconheça a singularidade de cada paciente (Lopes, 2012). Além disso, sabe-se que uma relação médico-paciente eficaz se sustenta na confiança, na comunicação clara e na escuta ativa, permitindo definir um plano de cuidado conjunto e solicitar apenas os exames estritamente necessários para o manejo das queixas apresentadas (Pessoa et al., 2022).

Referências

LOPES, José Mauro Ceratti; CHAVES, D. L. Consulta e abordagem centrada na pessoa.



Tratado de Medicina de Família e Comunidade. São Paulo: Artmed, p. 112-123, 2012.

PESSOA, Ingrid Gonçalves et al. Ampliando o método clínico centrado na pessoa: a relação médico-paciente e a teoria do apego. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 17, n. 44, p. 3071-3071, 2022.

Expectativas vs realidade:

aprendizado aos avessos acerca
da relação médico-paciente



Thallita da Cunha Barbosa¹

Relato de experiência

Recentemente, eu e meus colegas iniciamos um novo campo de estágio em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de grande porte na capital de nossa cidade, motivados pela alta e diversificada demanda assistencial e pela expectativa de maior autonomia clínica, condizente com a fase da graduação em que estávamos. Desde o primeiro dia, o serviço encontrava-se lotado, com pacientes apresentando variadas queixas, cenário típico da atenção primária.

Nos dirigimos ao consultório, nos apresentamos ao médico responsável pela preceptoria e nos organizamos para iniciar os atendimentos. Ao iniciarmos, buscamos estabelecer vínculo e conduzir a anamnese de forma cuidadosa e humanizada. No entanto, fomos constantemente interrompidos pelo médico preceptor, que demonstrava pressa, impaciência e desvalorização das perguntas realizadas, evidenciando uma prática voltada mais ao cumprimento de protocolos e à rapidez no atendimento do que à escuta qualificada. Tal postura ficou explícita após a afirmação: “*Vamos, meninos, precisamos vencer essa pilha toda ainda!*”. A partir desse momento, tornou-se claro que o atendimento priorizava o esgotamento da demanda, reduzindo o paciente a registros no sistema.

Essa constatação foi profundamente desanimadora. Passamos a ocupar um papel meramente burocrático, atuando como secretários de atendimentos superficiais e distantes da prática humanizada que nos havia sido ensinada ao longo da formação. Contudo, essa foi apenas a primeira de muitas lições extraídas daquele campo de estágio. Com o decorrer do tempo naquele local, nos chamou a atenção o elevado número de pacientes que buscavam

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



especificamente aquele médico para obtenção de laudos e solicitações de exames, como forma de viabilizar benefícios previdenciários. Esse comportamento era frequentemente incentivado pelo próprio profissional, que oferecia exames e laudos de maneira quase automática, em detrimento de uma avaliação clínica aprofundada.

No penúltimo dia, nos deparamos com aquele que seria o episódio mais marcante, ocorrido durante o atendimento de um adolescente de 17 anos, acompanhado de sua mãe. Enquanto a mãe buscava exclusivamente um laudo, o jovem apresentava uma queixa íntima, demonstrando visível constrangimento ao ser perguntado sobre. Apesar da natureza sensível do caso e da presença de várias pessoas no consultório (6 ao todo, o médico, o paciente, eu e 3 colegas de turma), o exame físico foi realizado sem preocupação com a privacidade do paciente, sem solicitação de consentimento e com a porta do consultório destrancada aumentando ainda mais o risco de constrangimento caso alguém a abrisse.

Após o exame, enquanto eu e meus colegas providenciávamos o encaminhamento e davamos continuidade ao atendimento, o médico dirigiu-se ao paciente com a seguinte frase: “*Você precisa tomar cuidado com esse sexo selvagem que anda fazendo!*”. O impacto da fala foi imediato e marcante. O adolescente, visivelmente constrangido, corou intensamente e limitou-se a esboçar um sorriso nervoso diante da situação. O ambiente tornou-se pesado e desconfortável, sendo impossível ignorar a inadequação daquela conduta. Eu e meus colegas ficamos perplexos, incapazes de disfarçar o espanto frente a tamanha indelicadeza e desrespeito.

Ao final do período obrigatório de estágio, tornou-se evidente que, embora tivéssemos aprendido muito naquele cenário, os aprendizados não diziam respeito, em sua maioria, a condutas clínicas corretas, baseadas em evidências ou alinhadas à ética da relação médico-paciente. Pelo contrário, aprendemos, de forma reiterada, aquilo que não deve ser feito na prática médica. Cada consulta se tornou uma experiência reflexiva, a partir da qual construímos, de maneira crítica, a compreensão do tipo de profissional que não desejamos nos tornar.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Receber os pacientes com escuta ativa, apresentação adequada e criação de ambiente seguro para expressão.
Organização do atendimento	Conduzir o atendimento respeitando o tempo necessário para compreensão da queixa, sem comprometer a dignidade do paciente.
Comunicação verbal e não verbal	Utilizar comunicação respeitosa e não julgadora, assegurar a privacidade e postura acolhedora.



Conduta ao exame físico	Solicitar consentimento informado, explicar cada etapa do exame e assegurar ambiente reservado, conforme princípios éticos.
Relação médico-paciente e manejo	Estabelecer uma relação baseada no respeito, no diálogo e na validação da experiência e do sofrimento do paciente, reconhecendo sua vulnerabilidade como parte fundamental do cuidado.
Finalização do atendimento	Confirmar entendimento das orientações, esclarecer dúvidas e reforçar a disponibilidade para acompanhamento.

Breves considerações

No relato é possível evidenciar o que Jeremy Howick e colaboradores (2024) afirmaram se chamar de “currículo oculto”: valores implícitos transmitidos no ambiente clínico e institucional, que influenciam a formação médica para além do currículo formal (disciplinas, aulas e conteúdos). Através da influência desses valores os alunos tornam-se suscetíveis a comportamentos como distanciamento emocional e desumanização do paciente, fenômeno conhecido como “erosão da empatia”.

Ainda sobre a influência do currículo oculto Behmanesh e colaboradores (2025), afirmam que fatores como pensamento crítico, métodos de ensino, ambiente educacional e relação professor-aluno são extremamente relevantes e influenciam diretamente na adaptabilidade e no desenvolvimento profissional acadêmico. Dessa forma, os preceptores são modelos profissionais capazes de moldar, de maneira positiva ou negativa, o perfil dos médicos em formação.

Ademais, o modelo assistencialista muitas vezes reduz a capacidade empática dos profissionais por impor a realização de consultas muito rápidas. No relato, isso fica evidenciado pela fala do profissional em “vencer a pilha”, expressão que transforma o cuidado em uma atividade mecanizada, reduzindo o tempo de escuta ativa e consequentemente o estabelecimento da relação médico-paciente. Tal atitude torna-se clara à luz da discussão proposta por Howick, Zulueta e Gray (2024), na qual a postura do preceptor reflete a burocratização do cuidado, em que o sistema passa a valorizar a produção de relatórios, documentos e exames deslocando o foco da assistência clínica e do cuidar.

A confidencialidade, no contexto da relação médico-paciente, é um dos pilares fundamentais do exercício da medicina, constituindo tanto um dever ético quanto legal do profissional de saúde. Nesse sentido, Shelat (2025) demonstra que essa responsabilidade também se estende ao ensino médico, devendo ser protegida, por meio de atitudes práticas, como a redução do número de pessoas observando a consulta, a obtenção do consentimento informado acerca da participação de alunos e a garantia de um ambiente adequado para o atendimento.

A presença excessiva de observadores, ainda que formalmente autorizada, durante um atendimento íntimo pode comprometer a dignidade e ferir a privacidade do paciente.



Entende-se, portanto, que a reflexão sobre vivências práticas constitui um processo metacognitivo que promove a compreensão de experiências relevantes para a formação do futuro médico. Esse processo contribui para o desenvolvimento de um pensamento crítico, para a tomada de decisões éticas e baseadas em evidência e, principalmente, para a formação da identidade profissional. Ao lidar com emoções diante de situações clínicas, com tomadas de decisão e com experiências envolvendo pacientes e diferentes profissionais, o estudante passa a identificar valores profissionais que podem definir o tipo de médico que deseja se tornar.

Referências

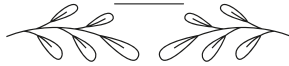
BEHMANESH, Danial; *et al.* The impact of hidden curriculum factors on professional adaptability. *BMC Medical Education*, Londres, v. 25, n. 1, p. 186, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06618-1>.

HOWICK, Jeremy; ZULUETA, Paquita de; GRAY, Muir. Beyond empathy training for practitioners: cultivating empathic healthcare systems and leadership. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Hoboken, v. 30, n. 4, p. 548–558, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.13970>.

HOWICK, Jeremy; *et al.* Towards an empathic hidden curriculum in medical school: a roadmap. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Hoboken, v. 30, n. 4, p. 525–532, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.13966>.

SHELAT, Vishal G. Respecting privacy and upholding confidentiality: core ethical duties. *Singapore Medical Journal*, Singapura, v. 66, n. 12, p. 685–689, 2025. DOI: <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2025-147>.

A ética sobre a abordagem médica na urgência pediátrica



Vitória Sobral Machado¹

Relato de experiência

Em um final de semana de lazer, uma criança de apenas 9 anos vivenciou um trauma físico e emocional inesperado enquanto andava de kart. Durante uma curva, ocorreu um pequeno descontrole no carro, que resultou em um corte profundo e extenso no antebraço. Diante da exposição do ferimento e do sangramento ativo, a criança foi levada às pressas para uma unidade hospitalar, acompanhada por sua mãe.

Ao chegar ao hospital, a gravidade visual do ferimento garantiu o encaminhamento imediato para a sala de procedimentos. A criança, em estado de choque e sentindo dores intensas, chorava copiosamente e retraía o braço com medo, recusando-se a permitir que a equipe examinasse a lesão.

O médico plantonista entrou na sala e, diante da resistência da paciente, adotou uma postura de impaciência. Em vez de buscar o acolhimento, ordenou que a criança parasse de chorar imediatamente, alegando que "o barulho" o impedia de avaliar o problema que ela própria "havia causado". Mesmo diante da persistência do choro e medo, uma reação natural à dor e ao susto, o profissional segurou o antebraço da criança de forma brusca e anunciou, com desdém, que seria necessário "dar uns pontos".

O pânico da criança intensificou-se com a menção à sutura. No auge de sua irritação, o médico proferiu uma ameaça: que, se ela não ficasse quieta, ele teria que "cortar o braço inteiro" para que o choro cessasse. O comentário gerou um silêncio imediato e pesado na sala. A mãe e a equipe de enfermagem presentes reagiram com visível espanto e reprovação silenciosa. Ao perceber a gravidade de suas palavras e o impacto negativo

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - UFS



causado, o médico calou-se, evidenciando o rompimento do vínculo de confiança necessário para o ato terapêutico.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento do atendimento	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Escuta ativa e validação do sofrimento da criança e da angústia da mãe.
Comunicação verbal	Linguagem adequada à idade da criança, explicativa e calmante.
Relação médico-paciente	Construção de confiança e uso de técnicas de distração ou ludicidade.
Resposta ao medo	Lidar com paciência, validando os sentimentos da criança e as preocupações da família.
Atitude em geral	Demonstrar empatia, respeito e compromisso com o bem-estar do paciente, tendo calma para entender os receios de uma criança.

Breves considerações

Este relato evidencia falhas críticas na gestão do comportamento infantil em ambiente de urgência, destacando como a intimidação e a agressividade verbal podem agravar o sofrimento psicológico durante procedimentos invasivos. Para uma assistência pediátrica qualificada, é imperativo que o profissional compreenda o medo e o choro como respostas adaptativas à dor, utilizando estratégias de comunicação não-violenta e suporte emocional para minimizar o chamado Estresse Traumático Médico (AAP, 2012). A literatura aponta que a utilização de ameaças físicas ou verbais, como a menção à amputação, é tecnicamente contraproducente e viola os preceitos de proteção integral à criança estabelecidos por órgãos reguladores internacionais.

Ademais, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2017) reforça que o acolhimento eficaz na emergência deve ser pautado na transparência e no manejo humanizado, garantindo que o atendimento não se torne uma fonte de trauma secundário para a família. A conduta ética em pediatria pressupõe que o bem-estar biopsicossocial da criança prevaleça sobre a celeridade do atendimento, exigindo uma postura de paciência e empatia que preserve a dignidade do paciente.

Além disso, o Código de Ética Médica veda ao médico utilizar sua autoridade para causar dano moral ou psicológico. A ameaça de "cortar o braço" configura uma violação do dever de zelo e cuidado. O reconhecimento do erro por parte do médico demonstra que ele percebeu a quebra da ética, mas o dano emocional e o trauma hospitalar na criança já haviam sido consolidados.

Seguindo a lógica de Kassam-Adams (2017), o médico deveria ter iniciado o

atendimento acalmando a mãe e estabelecendo um contato visual e suave com a criança, explicando o que seria feito em termos compreensíveis para uma mente de 9 anos. Dessa forma, o cuidado em saúde seria exercido como um ato de proteção, e não como um exercício de autoridade coercitiva, assegurando que o ambiente hospitalar seja percebido como um local de segurança e cura.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). *Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role*. Pediatrics, v. 129, n. 2, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília: CFM, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de Humanização e Bioética em Pediatria. Departamento Científico de Bioética. Rio de Janeiro: SBP, 2017.

KASSAM-ADAMS, Nancy; BUTLER, Lucas. What do clinicians caring for children need to know about pediatric medical traumatic stress and the ethics of trauma-informed approaches? AMA Journal of Ethics, v. 19, n. 8, p. 793–801, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

O alívio imediato e a prática baseada em evidências

sobre o manejo
da enxaqueca aguda



Wemerson Gabriel Gomes dos Santos¹

Relato de experiência

Acompanhei minha mãe ao Hospital São Camilo, em Macapá, após ela apresentar uma crise intensa de cefaleia com cerca de 48 horas de evolução. Segundo relatava, tratava-se de dor pulsátil, unilateral, associada à fotofobia, náuseas e piora com atividades rotineiras, características semelhantes a crises de enxaqueca que ela já havia apresentado anteriormente. Não havia febre, déficits neurológicos focais, rigidez de nuca ou outros sinais de alarme que sugerissem cefaleia secundária.

Após algum tempo de espera, fomos chamados ao atendimento. A consulta ocorreu de forma relativamente rápida. O médico realizou anamnese sucinta, sem aprofundar histórico detalhado das crises, frequência, fatores desencadeantes ou tratamentos prévios. A hipótese diagnóstica de enxaqueca aguda foi estabelecida prontamente e a prioridade aparente foi o controle imediato da dor.

Foram prescritos medicamentos frequentemente utilizados nesse contexto, como analgésicos/anti-inflamatórios e antieméticos, o que inicialmente pareceu adequado. Entretanto, foram também administrados dexametasona intravenosa e tramadol. A inclusão precoce de um opióide chamou particularmente atenção, considerando tratar-se de uma cefaleia primária sem sinais de refratariedade prévia ao tratamento padrão ou complicações clínicas evidentes.

Outro aspecto que gerou desconforto foi a escassez de explicações sobre a escolha terapêutica. Não houve discussão sobre possíveis efeitos adversos, alternativas terapêuticas ou orientações para prevenção de recorrências. Minha mãe, embora aliviada parcialmente

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



da dor, demonstrou preocupação posterior quanto ao uso de medicações potencialmente mais fortes do que imaginava necessário.

Além disso, ficou a sensação de que a busca pelo alívio imediato da dor acabou se sobrepondo à prudência clínica. O uso de opióides em cefaleia primária, especialmente enxaqueca, é frequentemente desencorajado por diretrizes internacionais devido ao risco de dependência, tolerância, hiperalgesia induzida por opióides e cefaleia por uso excessivo de medicação. Essa escolha terapêutica, sem justificativa clínica clara apresentada ao paciente, levanta questionamentos importantes sobre racionalidade na prescrição.

Por fim, a ausência de orientações quanto ao seguimento ambulatorial, medidas não farmacológicas e estratégias preventivas reforçou a impressão de um atendimento focado apenas na resolução imediata do sintoma, sem abordagem longitudinal do problema. Considerando que a enxaqueca é uma condição recorrente e potencialmente incapacitante, a consulta poderia ter representado uma oportunidade valiosa para educação em saúde e prevenção de novas crises.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Avaliação clínica	Anamnese detalhada, investigação de sinais de alarme, histórico prévio de cefaléia e escuta ativa.
Tratamento inicial	Preferência por anti-inflamatórios, triptanos e antieméticos conforme diretrizes.
Uso de corticosteróides	Considerar apenas em casos selecionados, como prevenção de recorrência em crises prolongadas
Uso de opióides	Evitar rotineiramente em cefaleias primárias devido aos riscos conhecidos. Sempre de forma cautelosa.
Educação do paciente	Orientar sobre prevenção, fatores desencadeantes e acompanhamento.

Breves considerações

O manejo farmacológico da enxaqueca aguda deve estar fundamentado em evidências científicas e diretrizes clínicas consolidadas. A American Headache Society (AHS) recomenda que opióides sejam evitados no tratamento de cefaleias primárias devido ao risco de cronificação da dor, dependência e piora funcional do paciente (AHS, 2016). De forma semelhante, Silberstein et al. (2012) ressaltam que analgésicos opióides não devem constituir primeira linha terapêutica para enxaqueca, sendo reservados apenas para situações muito específicas e refratárias.

Quanto ao uso de corticosteróides, estudos sugerem benefício principalmente na prevenção de recorrência após crises prolongadas ou refratárias, mas não como terapia



rotineira inicial (Colman et al., 2008). A utilização indiscriminada pode expor o paciente a efeitos adversos desnecessários sem ganho clínico proporcional.

Além do aspecto farmacológico, a literatura enfatiza a importância da comunicação clínica qualificada. Stewart et al. (2014) destacam que o método clínico centrado na pessoa melhora a adesão terapêutica, satisfação do paciente e desfechos clínicos. A ausência de explicações claras sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico pode gerar insegurança e comprometer a continuidade do cuidado.

Dessa forma, a experiência relatada reforça a necessidade de equilíbrio entre resolutividade imediata e prática baseada em evidências. O tratamento da dor é fundamental, mas deve ocorrer dentro de parâmetros de segurança, racionalidade terapêutica e comunicação eficaz, preservando a confiança na relação médico-paciente e promovendo cuidado verdadeiramente integral.

A humanização da assistência, nesse cenário, não se restringe à cordialidade, mas envolve respeito à autonomia, clareza nas informações e compromisso ético com a prescrição racional. A combinação entre competência técnica e sensibilidade relacional constitui elemento central para um cuidado seguro, efetivo e alinhado às necessidades reais do paciente.

Dessa forma, a experiência relatada reforça que o tratamento da dor deve ser acompanhado de comunicação qualificada, escuta ativa e fundamentação científica das condutas. A prática médica que integra esses elementos tende a produzir melhores desfechos clínicos, maior confiança do paciente e fortalecimento do vínculo terapêutico, pilares indispensáveis para uma assistência verdadeiramente integral.

Referências

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. *Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

STEWART, M. et al. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN HEADACHE SOCIETY. *The American Headache Society position statement on opioid use for migraine*. Headache, 2016.

COLMAN, I. et al. Parenteral dexamethasone for acute severe migraine headache: meta analysis. *BMJ*, 2008

SILBERSTEIN, S. D. et al. Evidence-based guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine. *Neurology*, 2012.

STEWART, M. et al. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

O cuidado que deveria acolher:

uma reflexão sobre a
violência obstétrica



Emilly Ferreira de Oliveira¹

Relato de experiência

Aos 19 anos, uma pessoa próxima vivenciou sua primeira gestação. Ao dar entrada na unidade hospitalar durante a noite, em trabalho de parto e sentindo contrações intensas, foi-lhe negado o direito básico a um acompanhante. Ela foi deixada sozinha em uma maca, sem qualquer explicação sobre a condução do parto.

O que se seguiu foi uma sucessão de atos marcados pela indiferença. Enfermeiras realizavam exames de toque repetitivos, limitando-se a frases curtas sobre a ausência de dilatação, sem validar a dor ou oferecer acolhimento diante do sofrimento vivenciado.

Na percepção da paciente, o tempo de sofrimento pareceu durar dias, agravado pela administração de medicação indutora do parto sem suporte emocional adequado. Sentiu-se totalmente desamparada e sozinha em um momento extremamente sensível de sua vida. O sentimento de abandono foi tão devastador que, deitada na maca, chegou a cogitar se jogar dela como forma de interromper o sofrimento que estava enfrentando.

Apenas quando um médico questionou o fato de a equipe não ter cogitado anteriormente a realização de uma cesariana, ela foi levada para uma cirurgia de emergência. Encontrava-se em um estado de exaustão extrema, com a consciência comprometida: não se recorda da cirurgia em si, não lembra do rosto do filho ao nascer, nem do trajeto até o quarto.

Somente no dia seguinte conseguiu reconhecer o próprio filho e compreender a dimensão da violência sofrida. Ao tentar questionar a experiência vivida, teve seu relato julgado e menosprezado, sendo sua vivência desacreditada pela equipe, o que aprofundou ainda mais o sofrimento emocional decorrente daquele episódio.

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - UFS

Elemento do atendimento	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Garantir o direito ao acompanhante e oferecer explicações claras sobre a condução do parto desde a entrada na unidade, evitando que a paciente se sinta sozinha ou desamparada.
Comunicação verbal	Utilizar linguagem gentil para explicar os procedimentos (como os exames de toque) e validar a dor da paciente, em vez de limitar-se a frases curtas e técnicas sobre a dilatação
Comunicação não verbal	Demonstrar acolhimento através do suporte emocional, evitando a indiferença e garantindo que a paciente não se sinta em um estado de abandono absoluto
Resposta às perguntas/ preocupações	Validar o sofrimento e as preocupações da gestante com paciência. Jamais julgar, menosprezar ou desacreditar o relato da paciente sobre sua própria dor e experiência.
Atitude em geral	Demonstrar empatia e compromisso com o bem-estar físico e emocional, agindo prontamente diante da exaustão extrema para evitar traumas e a perda da consciência da paciente.

Breves considerações

A experiência relatada evidencia falhas éticas relevantes na assistência obstétrica, especialmente no que se refere ao respeito à autonomia, à dignidade e ao dever de cuidado. A negação do direito ao acompanhante, a ausência de informações claras sobre a condução do parto e a falta de acolhimento emocional configuram práticas incompatíveis com os princípios fundamentais da ética médica.

Segundo Beauchamp e Childress (2019), a prática clínica deve ser orientada pelos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. No relato apresentado, observa-se violação da autonomia da parturiente, que não recebeu informações adequadas nem participou das decisões sobre seu próprio cuidado, além de ter sido submetida a intervenções sem o devido suporte humano e comunicacional.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o cuidado obstétrico seja centrado na mulher, com comunicação efetiva, suporte contínuo e respeito às necessidades emocionais durante o trabalho de parto. A ausência desses elementos intensifica o sofrimento físico e psicológico e pode caracterizar violência obstétrica, conforme descrito na literatura científica



(WHO, 2018).

Além disso, a tomada de decisão tardia pela cesariana, sem discussão prévia ou esclarecimento adequado, contraria os princípios da decisão compartilhada e o dever ético de informar. O Código de Ética Médica reforça que o médico deve fornecer informações claras e compreensíveis, preservando o respeito à paciente mesmo em situações de urgência (CFM, 2018).

Dessa forma, o relato reafirma que a assistência obstétrica ética ultrapassa a competência técnica, exigindo escuta ativa, empatia e comunicação qualificada. A negligência desses aspectos compromete a qualidade do cuidado e fere os fundamentos humanísticos da prática médica.

Referências

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Principles of Biomedical Ethics. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Patient-centered care in obstetrics and gynecology. Obstetrics & Gynecology, v. 137, n. 2, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018.

O reconhecimento do bem-estar feminino começa pelo direito do paciente



Mariana Felipe Costa¹

Relato de experiência

Desta vez, acompanhei minha irmã a uma consulta ginecológica em um hospital que é referência no estado de Sergipe. O cenário na recepção já era desanimador: um ambiente barulhento, cadeiras desconfortáveis e uma sensação de que as pessoas ali eram invisíveis.

Ao entrarmos na sala, a médica nem sequer tirou os olhos do monitor. O "bom dia" foi seco e impessoal, acompanhado pelo barulho constante do teclado. Minha irmã, visivelmente tensa por causa de dores pélvicas, tentava explicar o que sentia, mas era interrompida a cada frase com perguntas rápidas e frias. A médica parecia ter pressa em preencher o sistema, ignorando o contexto emocional de quem estava ali.

O ponto mais grave aconteceu durante o exame físico. Ao calçar as luvas, percebi que a médica usava unhas de gel extremamente longas e decoradas. Sem qualquer aviso ou explicação sobre o procedimento, ela iniciou o toque. Vi o rosto da minha irmã se contrair de dor, não pela doença em si, mas pela aspereza e falta de cuidado técnico. Unhas compridas em um exame de toque são um erro básico de biossegurança e um desrespeito ao conforto da paciente.

A consulta terminou com uma guia de exames impressa. Saímos de lá em um silêncio pesado. Minha irmã sentiu-se invadida, e eu, como futura médica, senti a vergonha de ver a técnica ser atropelada pela falta de empatia.

Como o atendimento poderia ter sido

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe- UFS



Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Manter postura aberta, tom de voz calmo e olhar sereno.
Comunicação verbal	Explicar cada etapa, garantindo silêncio respeitoso e delicadeza técnica.
Não comunicação verbal	Manter unhas curtas e limpas, seguindo protocolos de biossegurança e conforto para o toque.
Resposta às perguntas sobre o que é	Receber com um olhar atencioso, demonstrando escuta ativa e total disponibilidade.
Atitude em geral	Postura profissional adequada, garantindo o conforto e a segurança física do paciente.

Breves considerações

A análise do relato à luz do Código de Ética Médica (CEM 2019) e da literatura sobre violência ginecológica (Tavares, 2025) revela que a conduta profissional descrita ultrapassa a esfera da desatenção, configurando infrações éticas e violência institucional. Segundo o CEM, o alvo de toda a atenção do médico deve ser o ser humano, agindo com o máximo de zelo e integridade. No entanto, a realização de um toque ginecológico com unhas longas e de forma abrupta ignora o princípio da não maleficência e o dever de prudência, resultando em dor evitável e desrespeito ao pudor da paciente.

Ademais, a postura de invisibilidade gerada pelo foco excessivo no computador e pela pressa no atendimento fere o direito à informação e à autonomia, previstos no Artigo 34 do CEM, que obriga o médico a esclarecer diagnósticos e objetivos do tratamento. O artigo acadêmico reforça que essa "negligência informativa" e o tratamento impessoal são pilares da violência ginecológica, pois retiram da mulher o protagonismo sobre seu próprio corpo (Tavares, 2025).

Em suma, a prática médica ética exige que a competência técnica esteja indissociavelmente ligada à humanização, garantindo que o consultório seja um espaço de cuidado, e não de violação de direitos.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Acesso: 5 de março de 2025.

TAVARES, Vanessa Carla da Silva. Violência ginecológica: revisão integrativa. Orientadora: Karla Alessandra de Albuquerque. 2023. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco,

O conflito entre técnica e sensibilidade na relação médico-paciente



Fernando Santiago Lobato de Souza¹

Relato de experiência

Durante as atividades práticas da disciplina de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), no curso de medicina, acompanhei um médico ginecologista realizando sua rotina de atendimentos em uma unidade básica de saúde. Em uma das consultas observadas, fui espectador de uma situação que marcou profundamente minha percepção sobre a relação médico-paciente, especialmente em contextos que envolvem intimidade e vulnerabilidade.

A paciente atendida era uma mulher adulta que havia procurado o serviço com queixa de corrimento vaginal, tendo sido diagnosticada previamente com vaginose bacteriana. Desde o início da consulta, o atendimento mostrou-se excessivamente objetivo e direto, de postura pouco comunicativa, não estabelecendo contato visual frequente nem realizando uma escuta acolhedora da paciente.

Após o diagnóstico ser exposto de uma forma breve, o profissional solicitou de forma imediata que a paciente retirasse a roupa para a realização do exame ginecológico. Não houve explicação prévia detalhada sobre o procedimento, tampouco foi solicitado consentimento verbal ou oferecido espaço para que a paciente expressasse dúvidas ou desconfortos. A abordagem ocorreu sem as cordialidades habitualmente esperadas na prática médica, como a explicação de cada etapa do exame ou assegurar à paciente que poderia interromper o procedimento caso se sentisse desconfortável.

O exame vaginal foi realizado de maneira rápida e mecânica, com o médico calçando as luvas e iniciando o procedimento quase imediatamente. A paciente permaneceu

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



em silêncio durante todo o exame, demonstrando uma postura retraída e aparentemente constrangida. Ao término do exame, o médico apenas informou de forma breve a conduta terapêutica, prescrevendo a medicação indicada para o tratamento da vaginose bacteriana. A consulta foi encerrada rapidamente, dando lugar ao próximo atendimento.

A experiência provocou inquietação e reflexão para os alunos que estavam sendo observadores. Embora o procedimento técnico estivesse correto do ponto de vista biomédico, a ausência de sensibilidade, empatia e comunicação evidenciou uma prática centrada exclusivamente na doença, e não na pessoa. Considerando que o exame ginecológico envolve exposição corporal, intimidade e aspectos culturais e emocionais, a forma como foi conduzido revelou um distanciamento significativo entre o profissional e paciente, com potencial impacto negativo sobre sua experiência de cuidado e sua confiança no serviço de saúde.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Cumprimentar a paciente de forma respeitosa, apresentar-se, explicar o motivo da consulta e criar um ambiente de confiança.
Comunicação verbal	Utilizar linguagem clara, empática e acessível, explicando o diagnóstico e os passos do atendimento.
Comunicação não verbal	Manter unhas curtas e limpas, seguindo protocolos de biossegurança e conforto para o toque.
Realização do exame ginecológico	Explicar previamente o procedimento, solicitar consentimento, pedir licença antes de iniciar e respeitar o tempo da paciente.
Atitude em geral	Demonstrar empatia, respeito à autonomia da paciente e compromisso com o cuidado integral.

Breves considerações

A maneira como a comunicação é feita em um ambiente médico predispõe a insegurança do paciente mediante o profissional, bem como a incorporação do conceito e a compreensão do método clínico adotado pelo médico. O método clínico centrado no paciente é ideal para ser adotado, levando em consideração que o indivíduo deve ser abordado incorporando a experiência subjetiva do adoecimento e construindo-se um plano terapêutico compartilhado (Stewart et al. 2014).

Modelos contemporâneos descrevem uma consulta que não se limita à anamnese tradicional, mas denotam que habilidades de comunicação, construção de vínculos e a explicação clínica devem estar presentes (Silverman; Kurtz; Draper, 2013). A ausência desses aspectos, principalmente em situações invasivas, pode gerar constrangimento,



comprometendo a confiança no profissional de forma definitiva.

No atendimento ginecológico, o cuidado e a atenção necessitam de serem enfatizados. Sociedades médicas internacionais, como American College of Gynecologists (ACOG), afirmam que no ambiente da consulta ginecológica exige-se a comunicação clara, o consentimento informado e o respeito à autonomia da paciente, pois esta apresenta-se em situação de vulnerabilidade. Embora muitas dessas recomendações tenham sido desenvolvidas no âmbito da saúde da mulher, seus princípios são aplicáveis a toda a prática clínica.

Dessa forma, o presente relato reforça que a técnica, mesmo quando realizada de maneira correta, abstêm-se de sua plenitude quando dissociada de um olhar humanizado. A literatura converge em afirmar que a forma de tratamento, associada a pequenos gestos protocolares, possui grande influência no sentimento de acolhimento do paciente em situações de vulnerabilidade perante o profissional. Logo, faz-se necessário a participação do paciente no encontro clínico, como sintetiza Francis W. Peabody “o segredo do cuidado do paciente é cuidar do paciente”.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS

(ACOG). Informed consent and shared decision making in obstetrics and gynecology. *Obstetrics & Gynecology*, [s. l.], v. 137, n. 2, p. e34–e41, 2021. Committee Opinion No.

819. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/02/informed-consent-and-shared-decision-making-in-obstetrics-and-gynecology>. Acesso em: 1 abr. 2026.

PEABODY, F. W. The care of the patient. *JAMA*, [s. l.], v. 88, n. 12, p. 877–882, 1927. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/245777>. Acesso em: 1 abr. 2026.

SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; DRAPER, J. *Skills for communicating with patients*.

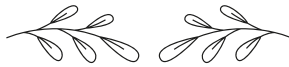
3. ed. Boca Raton: CRC Press, 2013. Disponível em: <https://www.routledge.com/Skills-for-Communicating-with-Patients/Silverman-Kurtz-Draper/p/book/9781846193651>. Acesso em: 1 abr. 2026.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.;

MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 3. ed. Boca Raton: CRC Press, 2014.

Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.1201/b20740/patient-centered-medicine-moira-stewart-judith-belle-brown-wayne-weston-ian-mcwhinney-carol-mcwilliam-thomas-freeman>. Acesso em: 1 abr. 2026.

A importância do diálogo honesto na relação médico-paciente



Beatriz Garcia Moreno de Carvalho Serafim¹

Relato de experiência

Aos 26 anos, a minha mãe estava grávida de 33 semanas e passou por um parto prematuro, apesar da antecedência, eu nasci em um bom estado de saúde. Após o nascimento, diferentemente do comum, a minha mãe não teve a oportunidade de me ter em seus braços ainda na sala de parto. Infelizmente, após o nascimento, fui somente direcionada a uma sala próxima para passar pelo processo de limpeza. Enquanto eu vivenciava esse procedimento, a minha mãe, que ainda permanecia na sala de parto, ouviu um choro, sem saber o que estava acontecendo comigo, ela se assustou, mas disseram para ela que estava tudo bem.

Na manhã seguinte, 12h após o meu nascimento, a minha mãe e eu ainda não havíamos nos encontrado, ela recebeu alta hospitalar e a notícia de que eu seria obrigada a permanecer na maternidade, visto que nasci prematura e, supostamente, era portadora de uma doença no esôfago, a qual necessitaria de uma cirurgia para alcançar a cura. 2 dias após o meu nascimento, foi realizada a cirurgia que traria a cura para a minha suposta doença. Durante o procedimento, o cirurgião responsável percebeu que o meu problema esofágico fora causado por uma perfuração no meu esôfago, a qual, obviamente, ele não fora previamente avisado. Logo percebeu que estava diante de um erro cometido por algum colega.

Tal procedimento de correção foi um sucesso e o médico responsável precisou contar a sua descoberta para os meus familiares. Posteriormente, ao receber a notícia, a minha família teve medo de que os profissionais da maternidade pudessem me fazer algum

¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe - UFS



mal caso fossem confrontados com a verdade, então, decidiram manter segredo sobre a infeliz descoberta. Após passar por esse momento difícil, os meus pais decidiram abrir um processo na justiça contra a maternidade devido ao que me causaram.

Durante o processo, em uma das audiências, a pediatra que me atendeu durante os meus primeiros minutos de vida confessou ter perfurado o meu esôfago ao participar do meu procedimento de limpeza. Infelizmente, esse erro me custou semanas em uma unidade de tratamento intensivo, cicatrizes físicas e, para os meus pais, um trauma que levarão para o resto de suas vidas.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento do atendimento	Conduta ideal
Comunicação Verbal	A pediatra deveria comunicar o ocorrido imediatamente aos pais utilizando linguagem clara, calma e respeitosa, explicando o que aconteceu, quais medidas seriam tomadas e pedindo desculpas pelo erro cometido.
Contato Mãe - Bebê	Sempre que possível, deveria ser garantido o contato precoce entre mãe e recém-nascido. Caso não fosse possível, a equipe deveria explicar claramente os motivos clínicos da separação. Não se pode separar mãe e filho sem uma explicação, como ocorreu no meu caso.
Conduta Institucional Perante à Família	O hospital deveria prestar apoio aos familiares, oferecendo acompanhamento psicológico durante o período de internação na UTI. Além de desculpar-se com os mesmos.
Transparência profissional	O erro deveria ser registrado adequadamente no prontuário para garantir que a equipe cirúrgica convocada pudesse estar preparada para realizar a cirurgia com maior segurança.
Segurança do paciente	A instituição deveria investigar o ocorrido para identificar as causas do erro e implementar medidas que evitassem que a situação acontecesse novamente.

Breves Considerações

Ao analisar o relato com base no Código de Ética Médica (2019), percebe-se que não houve apenas um erro técnico, mas também falhas éticas importantes no atendimento ao recém-nascido e a mãe. Primeiramente, a separação entre mãe e bebê logo após o parto

aconteceu sem explicações adequadas. O Código determina que o médico deve informar claramente a situação e agir com cuidado e respeito, o que não aconteceu nesse caso.

Além disso, a escassez de diálogo não somente fere o Código de Ética Médica, mas também vai de encontro ao que é defendido pela obra "Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde", Ayres (2009), a qual prega a importância da honestidade na comunicação com o paciente, visto que é um sujeito com direitos e desejos, como o de ser integralmente informado sobre tudo que lhe diz respeito em um quadro clínico.

Diante do exposto, torna-se evidente que ser um bom profissional vai além do saber técnico, sendo preciso ser honesto com o paciente, humilde para admitir erros, respeitoso e cuidadoso para garantir a experiência mais segura possível.

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2026.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2009.

A desumanização do nacer:

reflexões a partir de
um estágio em maternidade



Tiago Jordão Nunes Silva¹

Relato de experiência

Durante um estágio realizado em uma maternidade pública, na cidade Macapá-AP, no meu segundo ano do curso de Medicina, tive a oportunidade de acompanhar diferentes momentos do cuidado obstétrico, incluindo o trabalho de parto e o parto propriamente dito. Iniciei essa vivência com expectativas positivas, sustentadas pelos princípios amplamente discutidos na graduação acerca do parto humanizado, da centralidade da mulher no processo de nascimento e do respeito à sua autonomia, dor e singularidade. No entanto, uma experiência específica marcou de forma profunda minha percepção sobre a distância existente, em alguns contextos, entre a teoria ensinada e a prática efetivamente observada.

Tratava-se de uma gestante em trabalho de parto ativo, visivelmente exausta, com dor intensa e medo, em um ambiente já naturalmente carregado de vulnerabilidade emocional. A parturiente encontrava-se deitada, sem acompanhante ao seu lado, e demonstrava sofrimento físico e psicológico, expressando-se por meio de gemidos e choro. Durante esse momento, o médico responsável pelo parto passou a repreendê-la de forma ríspida, utilizando frases como: “não grita”, “na hora de fazer não pensou na dor” e “se continuar assim não vai ajudar em nada”. As falas eram proferidas em tom autoritário, sem qualquer tentativa de acolhimento ou explicação sobre o processo fisiológico do parto.

A cena causou profundo desconforto em mim e nos demais estudantes presentes. Era evidente que a paciente, em vez de receber suporte emocional, escuta ativa e orientações tranquilizadoras, estava sendo submetida a uma forma de violência verbal que intensificava seu sofrimento. Não houve explicação prévia dos procedimentos realizados, tampouco incentivo à participação ativa da mulher nas decisões relacionadas ao seu próprio corpo. O parto transcorreu de maneira tecnicamente adequada do ponto de vista biomédico, mas marcado por uma relação assimétrica, fria e desrespeitosa.

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



Após o nascimento do bebê, não foi realizado qualquer tipo de conversa com a puérpera sobre sua experiência, seus sentimentos ou dúvidas. A mulher permaneceu em silêncio, com expressão de cansaço e aparente resignação. A impressão que permaneceu foi a de que sua dor havia sido naturalizada e banalizada, como se o sofrimento fosse um elemento obrigatório e indiscutível do parto, e não algo passível de cuidado e manejo humanizado.

Essa vivência foi particularmente impactante por ocorrer em um ambiente de ensino, onde cada atitude do profissional também exerce um papel formador. O episódio ensinou, de forma negativa, como a ausência de empatia, comunicação adequada e respeito à dignidade da paciente pode transformar um momento potencialmente significativo em uma experiência traumática.

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento da consulta	Conduta ideal
Acolhimento inicial	O cuidado à parturiente deveria ter sido pautado no acolhimento, no respeito e na validação da experiência da dor.
Comunicação verbal	A comunicação verbal deveria ter sido clara, respeitosa e encorajadora, com explicações simples sobre as etapas do trabalho de parto e orientações que ajudassem a mulher a compreender e lidar com o processo. Frases moralizantes ou culpabilizadoras não possuem qualquer respaldo ético ou científico e apenas reforçam sentimentos de medo, culpa e submissão.
Comunicação não verbal	No trabalho de parto, a comunicação não verbal do profissional deve transmitir acolhimento, segurança e respeito, reconhecendo a parturiente como protagonista do processo e utilizando postura, olhar, toque e tom de voz como instrumentos terapêuticos.
Atitude em geral	A presença de um acompanhante, o incentivo a posições confortáveis, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e a escuta ativa das queixas da gestante são elementos fundamentais do parto humanizado. O profissional de saúde deve reconhecer a parturiente como protagonista do nascimento, respeitando sua autonomia e garantindo um ambiente seguro física e emocionalmente.



Breves considerações

A experiência relatada evidencia a persistência da violência obstétrica como uma prática ainda presente em determinados cenários de assistência ao parto, manifestando-se por meio de falas desqualificadoras, atitudes autoritárias e negação da autonomia da mulher. Conforme discutido por Diniz (2015), a violência obstétrica se expressa não apenas por intervenções físicas desnecessárias, mas também por condutas simbólicas e verbais que produzem sofrimento, humilhação e silenciamento da parturiente, sendo frequentemente naturalizadas nos serviços de saúde.

Sob a perspectiva do cuidado, Ayres (2004) destaca que a prática em saúde deve ser compreendida como um processo relacional, no qual a técnica só se concretiza plenamente quando acompanhada de vínculo, diálogo e reconhecimento da subjetividade do outro. No caso observado, a centralidade exclusiva no desfecho biológico do parto, dissociada do acolhimento emocional, reduziu a mulher a um corpo em trabalho de parto, esvaziando sua condição de sujeito e fragilizando a relação profissional-paciente.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde reforçam que o respeito à dignidade, à autonomia e às escolhas da mulher constitui elemento essencial de um cuidado obstétrico seguro e de qualidade, sendo dever da equipe oferecer informações claras, apoio emocional e ambiente favorável à vivência positiva do parto (BRASIL, 2017). De forma convergente, a Organização Mundial da Saúde ressalta que experiências negativas durante o parto podem gerar repercussões emocionais duradouras, incluindo medo de futuras gestações, ansiedade e sofrimento psíquico, configurando-se como um problema relevante de saúde pública (OMS, 2018).

No contexto da formação médica, a vivência descrita assume papel pedagógico ao evidenciar que práticas desumanizadas também ensinam ainda que pelo avesso. Observar condutas inadequadas possibilita a construção de uma postura profissional crítica, ética e comprometida com a humanização do cuidado. Assim, a reflexão sobre emoções e atitudes na relação médico-paciente, especialmente em cenários de alta vulnerabilidade como o parto, torna-se fundamental para a formação de médicos que compreendam que a competência técnica só se realiza plenamente quando acompanhada do respeito à dignidade humana.

Referências

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. *Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention*. Journal of Human Growth and Development, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. DOI: 10.7322/jhgd.106080.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2017/marco/diretrizes-nacionais-de-a-ssistencia-ao-parto-normal>. Acesso



em: 02 de fevereiro de 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-155021-5. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2026.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2004.

Feridas que a sutura não fecha:

marcas da indiferença e
insensibilidade em um hospital de referência



Caio de Souza Nascimento¹

Relato de experiência

A experiência que descrevo ocorreu em um hospital particular de referência em Macapá- AP, conhecido por sua excelente infraestrutura. Diferente do cenário comum de hospitais públicos superlotados, o ambiente era climatizado e confortável, o que gerava uma expectativa de um atendimento de alta qualidade. Minha irmã, que é mais velha que eu, procurou a unidade para o retorno de um procedimento cirúrgico de retirada de um cisto na mão. Ela estava apreensiva, pois a região apresentava endurecimento e dor persistente.

Fui informado por ela que o médico responsável é uma figura de grande renome regional e acadêmico. No entanto, a conduta observada durante a consulta foi marcada por uma profunda dessensibilização. Ao entrar na sala, o profissional manteve-se focado exclusivamente no computador, sem estabelecer contato visual ou um acolhimento inicial cordial. Diante da queixa de dor, ele foi ríspido: segurou a mão dela de forma indelicada e afirmou, em tom de impaciência: "Me dá isso aqui, deixa eu ver; isso aí não é nada, não está inflamado não".

O momento mais crítico ocorreu durante a retirada dos pontos. O médico agiu com brutalidade física, ignorando as reações de dor de minha irmã. Quando ela, involuntariamente, expressou sofrimento através de um gemido e expressão facial, ele a repreendeu, dizendo para parar de "frescura". Minha irmã saiu da consulta em estado de choque e profunda indignação. Ao chegar em casa, o desabafo foi carregado de choro e uma declaração de ódio ao profissional, afirmando que nunca mais pretendia retornar. Essa vivência evidenciou como o prestígio técnico pode, por vezes, ocultar uma carência grave de competências relacionais e ética.

Como o atendimento poderia ter sido

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



Elemento da consulta	Conduta ideal
Recepção do paciente	Afastar-se da tela ao receber a paciente, olhar nos olhos e dizer: "Bom dia, como você tem se sentido após o procedimento?"
Exame físico da mão	Tocar a área lesionada com suavidade e validar a queixa de dor, reconhecendo a subjetividade do paciente. "Entendo que esteja doendo e enrijecido; vou examinar com cuidado para avaliarmos juntos."
Retirada dos pontos	Executar o procedimento com cautela técnica e empatia, respeitando as reações de dor e ajustando a conduta. "Sinto muito, vou realizar o procedimento de forma mais pausada para não lhe machucar."
Encerramento e Vínculo	Promover um ambiente de segurança e confiança, garantindo que o paciente se sinta cuidado e motivado a seguir o tratamento. Garantir que as dúvidas foram sanadas.

Breves considerações

A prática médica é, em sua essência, um encontro entre duas trajetórias de vida. No episódio relatado, fica claro que nem o maior prestígio acadêmico ou a infraestrutura mais sofisticada conseguem preencher o vazio deixado pela falta de sensibilidade. Como nos ensina Rita Charon (2006) na Medicina Narrativa, o médico precisa ter a capacidade de "testemunhar" o sofrimento alheio; ao reduzir a dor da minha irmã a uma "frescura", o profissional não apenas falhou tecnicamente, mas silenciou uma narrativa de vulnerabilidade que clamava por respeito. Essa postura demonstra o risco de priorizar apenas a "doença" em detrimento da "pessoa". Segundo Stewart et al. (2017), o cuidado real só acontece quando é explorado a experiência da doença sob a ótica de quem a sente. No caso da minha irmã, o silenciamento de sua dor mostrou que o profissional não estava disposto a entender o impacto daquela vulnerabilidade em sua vida, não estava atento à experiência subjetiva da doença, ignorando os medos e as expectativas de quem estava ali em busca de amparo.

Como é elucidado no livro de Porto (2019), toda as etapas de uma consulta devem ser realizadas com respeito absoluto à dignidade, pois a forma como o médico conduz esses momentos é o que garante a adesão ao tratamento e o sucesso da cura. O exame físico não é um ato mecânico, mas um gesto de cuidado que deve ser conduzido com atenção à integridade de quem se entrega ao toque do médico.

Do ponto de vista ético, a indelicadeza e o uso de termos desqualificadores ferem o princípio da não-maleficência e o respeito absoluto à dignidade humana, pilares da bioética de Beauchamp e Childress (2013). A ética clínica não pode ser um conceito abstrato, ela deve se manifestar sempre. A comunicação não verbal transmite o nível de compromisso do médico



com o bem-estar do paciente; no caso da minha irmã, o que foi transmitido foi um desprezo que gerou uma ferida emocional, indo na contramão da missão ética da medicina.

Por fim, é urgente que na formação médica seja compreendido que a humanização e a escuta ativa são competências técnicas obrigatórias. Ter um nome respeitado no meio acadêmico não autoriza ninguém a ser indiferente à vulnerabilidade alheia. No fim das contas, entre o cuidado e o descuido, o que define um verdadeiro médico é a sua coragem de olhar nos olhos, validar o sofrimento e reconhecer que, por trás de cada diagnóstico, existe uma vida.

Referências

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Principles of biomedical ethics. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013. Leitura em: 04 mar. 2026.

CHARON, R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press, 2006. Leitura em: 04 mar. 2026.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. Semiologia Médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. Leitura em: 04 mar. 2026.

STEWART, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Leitura em: 04 mar. 2026.

Entre o Sangramento e o Silêncio:

reflexões sobre comunicação e
vulnerabilidade no atendimento em saúde



Isabela Calandrini Serruya¹

Relato de experiência

A experiência relatada ocorreu com a irmã da minha avó, uma senhora de 81 anos, que sofreu uma queda e apresentou fratura nasal, acompanhada de sangramento ativo. Diante da situação, sua filha a levou a um hospital privado em busca de atendimento, considerando a idade avançada, a dor e o risco associados ao sangramento.

No momento da chegada à unidade, a paciente estava acompanhada por sua neta, que permaneceu ao seu lado, uma vez que o sangramento persistiu e ela necessitava de apoio contínuo. Enquanto isso, a filha dirigiu-se ao setor administrativo para realizar a ficha de atendimento.

Durante esse processo, o médico que iria realizar o atendimento aproximou-se do enfermeiro e, de forma audível, questionou: “Mas o que eu passo para ela?”. A fala causou desconforto, especialmente por se referir a uma paciente que ainda não havia sido avaliada clinicamente.

O enfermeiro, que já conhecia a família por atendimentos anteriores, conduziu o profissional até a sala de triagem. Em seguida, a filha entrou nesse local apenas para entregar um documento solicitado, sem saber que aquele não era o setor adequado. Ao perceber sua presença, o médico reagiu de maneira ríspida, ordenando que ela se retirasse imediatamente. Mesmo após tentativa de explicação, o profissional elevou o tom de voz, demonstrando irritação, e afirmou que chamaria a polícia para prendê-la. A atitude gerou intenso constrangimento, medo e indignação. Enquanto isso, a paciente permanecia do lado de fora, ainda sangrando, acompanhada pela neta, sem ter recebido atendimento adequado.

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



Diante da situação, a família sentiu-se profundamente impotente. O ambiente hospitalar, que deveria representar cuidado e segurança, transformou-se em um espaço de tensão e sofrimento emocional. Ao final, foi prescrita apenas uma medicação para conter o sangramento, sem avaliação mais detalhada ou orientações claras sobre o quadro clínico.

Após retornarem para casa, o sangramento recomeçou, o que levou a paciente a buscar atendimento em outro hospital privado, onde recebeu assistência adequada. Posteriormente, foi realizada uma denúncia na ouvidoria da instituição, porém até o momento não houve retorno ou esclarecimento.

Essa vivência marcou profundamente a família, não apenas pela falha na assistência, mas principalmente pela forma como a paciente e seus familiares foram tratados. A ausência de escuta, o uso da autoridade de maneira ameaçadora e a falta de empatia ampliaram o sofrimento já existente, evidenciando que a dor emocional pode ser tão intensa quanto a dor física.

Mesmo não sendo a paciente direta, vivenciar essa situação como familiar despertou sentimento de revolta, impotência e tristeza, especialmente ao perceber como uma idosa em situação de fragilidade pôde ser silenciada dentro de um espaço que deveria oferecer acolhimento. Enquanto acadêmica de medicina, essa experiência reforçou a importância da humanização do cuidado, da comunicação respeitosa e do reconhecimento da vulnerabilidade do outro, lembrando que o modo como o profissional se posiciona diante do sofrimento humano pode marcar profundamente a vivência do processo saúde-doença.

Como o atendimento deveria ter sido

Elemento do atendimento	Conduta ideal
Recepção da paciente	O médico deveria ter se apresentado, identificado a paciente pelo nome e reconhecido sua condição de fragilidade, acolhendo-a e demonstrando disponibilidade para ouvi-la antes de qualquer prescrição.
Avaliação inicial	Realizar exame físico adequado, avaliar a intensidade do sangramento, investigar possíveis complicações da fratura nasal e explicar cada etapa da avaliação à paciente e à família.
Comportamento não verbal	Manter postura aberta, contato visual, tom de voz tranquilo e atitude serena, transmitindo segurança e controle da situação;
Justificativa das consultas adotadas	Informar de maneira clara o motivo da prescrição medicamentosa, os riscos associados à fratura nasal, sinais de alerta e a necessidade ou não de exames complementares.



Encerramento da consulta	Reforçar os próximos passos, explicar o que poderia ocorrer nas horas seguintes e quando procurar novamente assistência médica.
---------------------------------	---

Breves considerações

A prática médica contemporânea reconhece que o cuidado em saúde ultrapassa a dimensão estritamente diagnóstica e terapêutica, incorporando aspectos relacionais e comunicacionais como parte essencial da assistência. A comunicação estabelecida durante a consulta exerce impacto direto na experiência do paciente e nos desfechos clínicos, estando associada à maior satisfação e melhor compreensão das condutas propostas (RIEDL; SCHÜSSLER, 2017).

Além disso, evidências demonstram que a comunicação médico-paciente favorece a adesão terapêutica, fortalece a confiança na relação clínica e contribui para maior segurança no cuidado (HA; LONGNECKER, 2010). Quando o indivíduo se sente ouvido e respeitado, tende a participar de forma mais ativa do próprio processo de adoecimento.

Em contextos de vulnerabilidade, como dor, sangramento e idade avançada, a abordagem deve ir além da conduta técnica, incluindo a atenção às dimensões emocionais envolvidas. A capacidade de reconhecer e manejar essas demandas constitui competência clínica fundamental na prática médica contemporânea.

Adicionalmente, aspectos não verbais da comunicação, como postura, contato visual e tom de voz, exercem influência significativa na percepção de empatia e profissionalismo, podendo impactar diretamente a forma como o paciente interpreta o cuidado recebido (AMBADY et al., 2002).

Falhas na comunicação médico-paciente permanecem entre os principais fatores associados à insatisfação e a conflitos na prática profissional, evidenciando que a comunicação adequada integra tanto a dimensão técnica quanto ética da medicina (LEVINSON et al., 2010).

No contexto brasileiro, os princípios que orientam a atuação médica encontram respaldo no Código de Ética Médica, que estabelece como dever do profissional exercer a medicina com respeito à dignidade do paciente, vedando atitudes que possam configurar desrespeito ou abuso de autoridade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Dessa forma, independentemente do cenário assistencial, a escuta qualificada, a comunicação respeitosa e a postura ética constituem elementos indissociáveis da prática médica. O caso relatado evidencia que o cuidado não se concretiza apenas na intervenção técnica, mas na forma como o profissional se posiciona diante do sofrimento do outro.

A experiência relatada evidencia que o exercício da medicina transcende a execução técnica de condutas e prescrições. Em situações de vulnerabilidade, especialmente envolvendo pacientes idosos, a comunicação assume papel central na construção do cuidado. Quando pautada em respeito, escuta e responsabilidade ética, atua como instrumento terapêutico; quando negligenciada, pode intensificar o sofrimento. É necessário refletir sobre essa vivência, reforçando a importância de uma prática que vá além da técnica, reconhecendo



no paciente não apenas um caso clínico, mas um sujeito em sofrimento que demanda atenção, empatia e respeito.

Referências

RIEDL, David; SCHÜSSLER, Gerhard. The influence of doctor–patient communication on health outcomes: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 63, n. 2, p. 131–150, 2017. HA, Jennifer Fong; LONGNECKER, Nancy. Doctor–patient communication: a review. *Internal Medicine Journal*, v. 40, n. 1, p. 38–43, 2010.

AMBADY, Nalini et al. Surgeons’ tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*, v. 132, n. 1, p. 5–9, 2002.

LEVINSON, Wendy; LESSER, Carolyn S.; EPSTEIN, Ronald M. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs*, v. 29, n. 7, p. 1310– 1318, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 1 nov. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2026.

O fio



Silvio Santos Lacrose Sandes¹

Relato de experiência

Eu havia sido desentubado e não compreendia plenamente o que estava acontecendo. Estava ainda sob efeito residual da anestesia e minha percepção era fragmentada: havia imagens confusas, pensamentos difusos e uma sensação persistente de que estava morrendo.

De forma instintiva, no meio da madrugada, levei a mão ao rosto. Ao tocar o nariz, senti algo estranho, era um fio. Comecei a puxá-lo lentamente, sem compreender o que era. Tratava-se, na verdade, da sonda nasogástrica responsável pela minha alimentação naquele momento, mas eu não tinha consciência disso. Para mim, era apenas algo que me prendia ao desconforto e à dor. E, pior, como eu não entendia muito o que estava acontecendo, achava que aquele fio estava me matando. Comecei a puxar a sonda, até removê-la completamente e escondi o dispositivo sob meu corpo, como quem tenta ocultar um erro.

Pouco depois, uma profissional se aproximou e perguntou, com tom rotineiro: - Senhor Silvio, o senhor retirou a sonda?

Não consegui responder adequadamente, eu ainda não tinha voz por conta dos ferimentos nas pregas vocais, devido à intubação. Meu corpo apenas balançava, ainda sob efeito da anestesia e da desorientação.

Minutos depois, ela retornou com os instrumentos necessários e disse: - Vamos colocar de volta! Meus olhos devem ter arregalado, pois havia um certo sorriso de canto de boca na face da profissional.

O procedimento foi realizado imediatamente. Senti o tubo avançando por dentro de mim, produzindo intenso desconforto e sensação de sufocamento e engasgo. Enquanto isso, o crachá da profissional balançava diante dos meus olhos. Foram poucos minutos, mas suficientes para que o nome ali escrito se gravasse como uma marca permanente.

Na manhã seguinte, já mais consciente, relatei o ocorrido à nova equipe. Ouvi então: - Não havia necessidade de recolocar a sonda. Faltavam poucas horas para a retirada definitiva.

Hoje, escrever sobre o episódio tornou-se uma forma de elaboração emocional. Ainda assim, permanecem algumas perguntas: O que leva um profissional de saúde a agir de

¹Acadêmico de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Sergipe - UFS



modo automático diante da dor de alguém em completa vulnerabilidade? Que fatores institucionais, emocionais ou formativos podem levar um profissional a agir de modo automático diante da dor de alguém em extrema vulnerabilidade?

Como o atendimento poderia ter sido

Elemento do atendimento	Conduta ideal
Acolhimento inicial	Reconhecer o estado de confusão pós-anestésica, abordar o paciente com calma e explicar a situação antes de qualquer intervenção.
Comunicação verbal	Explicar o motivo da sonda, verificar compreensão do paciente e oferecer segurança emocional antes de decidir pela reposição.
Não comunicação verbal	Manter postura respeitosa, expressão neutra e gestos que transmitam cuidado, evitando sinais de impaciência ou julgamento.
Julgamento clínico	Reavaliar a real necessidade do dispositivo antes de recolocar, considerando tempo previsto de retirada e condição clínica global.
Atitude em geral	Demonstrar empatia, prudência e compromisso com o cuidado centrado na pessoa, priorizando beneficência e não-maleficência.

Breves considerações

A experiência relatada aqui expõe uma faceta crítica do ambiente de terapia intensiva: a linha tênue entre a competência técnica e a despersonalização do sujeito. Para além da execução de protocolos, a assistência deve ser pautada pela vigilância ética e pelo reconhecimento da subjetividade do paciente em estado crítico.

O uso de dispositivos invasivos, como a sonda para alimentação, frequentemente aciona no paciente um sentimento de perda de controle sobre o próprio corpo e a própria vida. Segundo Sartori et al. (2013), a presença da sonda não gera apenas desconforto físico, mas evoca sentimentos de desânimo e sofrimento, pois o paciente se sente preso a um objeto que simboliza sua fragilidade. No relato, o gesto instintivo de retirar o fio pode ser compreendido como a manifestação física dessa tentativa de recuperar a autonomia perdida.

A decisão de recolocar a sonda de forma imediata e sem diálogo reforça a importância, descrita por Oliveira et al. (2024), de uma avaliação clínica criteriosa e integrada no manejo da sondagem enteral. A ausência de uma reavaliação da real necessidade do dispositivo antes de uma nova intervenção evidencia como o foco na tarefa pode obscurecer a segurança e o bem-estar do paciente.

Intervenções invasivas realizadas em momentos de vulnerabilidade extrema, como



o pós-anestésico, podem contribuir para experiências negativas duradouras. Gomes et al. (2022) destacam que vivências invasivas e situações de impotência corporal durante a internação em UTI estão associadas ao desenvolvimento de sofrimento psíquico e sintomas traumáticos após a alta. A marca permanente do nome no crachá na memória do paciente pode ser interpretada como expressão subjetiva do impacto emocional gerado por uma conduta percebida como desumanizada.

Referências

GOMES, M. J. A.; OLIVEIRA, A. B. S.; PEREIRA, A. C. P.; MENEZES, A. G. G.; BRITO, B. F.; FIGUEIREDO, B. Q.; SILVA JÚNIOR, C. A.; CARNEIRO, H. L.; FREITAS, M. T. O.; PEIXOTO, S. R. Repercussões psicológicas a longo prazo após alta da terapia intensiva: uma revisão narrativa de literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 8, e41411831362, 2022.

OLIVEIRA, L. A. M.; ARAÚJO, M. A. N.; REIS, C. B. Fatores intervenientes na sondagem nasoentérica em pacientes adultos. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 48, n. 1, p. 18–23, set./nov. 2024.

SARTORI, T.; ROSANELLI, C. L. S. P.; STUMM, E. M.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; LORO, M. M. Vivências de pacientes em uso de sonda para nutrição enteral. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3276–3284, jan./mar. 2013.

A humanização do ato médico:

sobre a fala
e a escuta



Leticia Lani Texeira Das Chagas¹

Relato de experiência

Fui acompanhante da minha mãe em uma consulta com dermatologista. Ao entrarmos na sala, a médica não se apresentou e demonstrou pouca cordialidade. Minha mãe apresentava como queixa principal uma mancha avermelhada na pele que persistia há alguns meses, sem regressão espontânea. Diante da duração do quadro e das informações que havia buscado previamente, encontrava-se bastante apreensiva quanto à possibilidade de se tratar de um câncer de pele.

Durante a consulta, observei que a médica realizou as condutas técnicas necessárias para a investigação do caso. Entretanto, chamou-me atenção a forma como o atendimento foi conduzido. A profissional manteve, do início ao fim, uma postura rígida, com pouca ou nenhuma demonstração de acolhimento. Não estabeleceu contato visual significativo com minha mãe durante a consulta e utilizou predominantemente termos técnicos, sem traduzi-los para uma linguagem acessível.

Não houve explicação detalhada sobre as hipóteses diagnósticas consideradas, as probabilidades envolvidas ou a justificativa de cada conduta adotada. Tampouco foram abordadas as angústias da paciente ou oferecido algum tipo de tranquilização diante do medo expressado previamente.

Ao final da consulta, apesar de as medidas clínicas terem sido instituídas, minha mãe saiu do atendimento ainda insegura, com dúvidas e sem compreender plenamente o que estava sendo investigado e quais seriam os próximos passos. Ao sair do consultório, minha mãe disse “*Ela quase não olhou para mim*”.

Como o atendimento poderia ter

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP



Elemento da consulta	Conduta ideal
Recepção do paciente	A médica deveria ter inicialmente se apresentado, olhado para a paciente e dado abertura para que ela pudesse expressar suas queixas e dúvidas.
Reconhecimento do medo do câncer	Explicar de maneira clara quais são as possíveis causas da lesão, diferenciando hipóteses benignas de malignas, contextualizando probabilidades de forma proporcional e ética.
Justificativa das condutas adotadas	Informar o motivo de cada exame, procedimento ou prescrição, garantindo que a paciente compreenda a finalidade e a importância de cada medida.
Linguagem utilizada	Em vez de classificar a queixa como “vaga”, reconhecer a preocupação: “Entendo que esse cansaço está lhe preocupando, vamos explorar isso com calma.”
Comportamento não verbal	Manter contato visual, postura aberta, expressão facial serena e tom de voz tranquilo, transmitindo segurança e disponibilidade.
Espaço para dúvidas	Perguntar ativamente se a paciente possui dúvidas ou receios, incentivando sua participação no processo decisório.
Encerramento da consulta	Reforçar os próximos passos, prazos e sinais de alerta, garantindo que a paciente saia com compreensão clara do plano de cuidado.

Breves considerações

A prática médica contemporânea reconhece que o cuidado em saúde ultrapassa a dimensão estritamente diagnóstica e terapêutica. A qualidade da comunicação estabelecida durante a consulta exerce impacto direto na experiência do paciente, na adesão ao tratamento e nos desfechos clínicos. Estudos demonstram que consultas centradas no paciente estão associadas à melhora de resultados clínicos e maior satisfação (STEWART et al., 2000), reforçando que o vínculo constitui componente terapêutico ativo.

A literatura evidencia que falhas na comunicação médico-paciente estão entre os principais fatores associados à insatisfação e a conflitos formais na prática profissional (LEVINSON et al., 2010). Assim, a comunicação adequada não se restringe a aspecto



relacional, mas integra dimensão ética e técnica da medicina. Em contextos marcados por medo de doenças graves, como o câncer, a vulnerabilidade emocional exige abordagem sensível e validante. A comunicação centrada no paciente deve incluir clareza informacional e reconhecimento das emoções envolvidas (EPSTEIN; STREET, 2007). A ausência dessa postura pode intensificar a ansiedade e comprometer a compreensão das orientações fornecidas.

Além disso, a comunicação não verbal desempenha papel determinante na percepção de cuidado. Elementos como tom de voz, contato visual e postura corporal influenciam diretamente a avaliação do paciente sobre empatia e profissionalismo (AMBADY et al., 2002). Pequenos gestos podem adquirir grande significado simbólico, especialmente em situações de insegurança diagnóstica.

A qualidade da comunicação também impacta a adesão terapêutica. Metanálise conduzida por Haskard Zolnierek e DiMatteo (2009) evidenciou associação significativa entre boa comunicação médica e maior adesão ao tratamento. Quando o paciente compreende as condutas e sente-se ouvido, tende a participar ativamente do próprio cuidado. Por fim, o respeito percebido pelo paciente constitui elemento central da relação clínica. Estudos indicam que a qualidade da relação médico-paciente está associada à confiança e à continuidade do cuidado (BEACH et al., 2006). Assim, a ausência de acolhimento, escuta ativa e linguagem acessível pode fragilizar o vínculo terapêutico, mesmo diante de condutas tecnicamente adequadas.

A literatura científica, portanto, confirma que a comunicação clínica é competência essencial na prática médica, integrando técnica, ética e humanização. O caso relatado evidencia que o verdadeiro sentido da medicina se constrói não apenas na prescrição, mas na qualidade da presença, da escuta e do cuidado oferecido.

Referências

AMBADY, N.; LAPLANTE, D.; NGUYEN, T.; ROSENTHAL, R.; CHAUMETON, N.; LEVINSON, W. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*, v. 132, n. 1, p. 5–9, jul. 2002. DOI: 10.1067/msy.2002.124733. PMID: 12110787.

BEACH, M. C.; KERULY, J.; MOORE, R. D. Is the quality of the patient–provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *Journal of General Internal Medicine*, v. 21, n. 6, p. 661–665, jun. 2006. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00399.x. PMID: 16808754. PMCID: PMC1924639.

EPSTEIN, R. M.; STREET, R. L. *Patient-Centered Communication in Cancer Care*. Bethesda: National Cancer Institute, 2007. Disponível em: https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf. Acesso em: 21 fev. 2026.

LEVINSON, W.; ROTER, D. L.; MULLOOLY, J. P.; DULL, V. T.; FRANKEL, R. M.

Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, v. 277, n. 7, p. 553–559, 19 fev. 1997. DOI: 10.1001/jama.277.7.553. PMID: 9032162.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; DONNER, A.; MCWHINNEY, I. R.; OATES, J.; WESTON, W. W.; JORDAN, J. B. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, v. 49, n. 9, p. 796–804, set. 2000. PMID: 11032203.

ZOLNIEREK, K. B.; DIMATTEO, M. R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, v. 47, n. 8, p. 826–834, ago. 2009. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc. PMID: 19584762. PMCID: PMC2728700.