

ESTILOS DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: NARRATIVAS

Clara Costa Oliveira (IE-CEHUM-UM)

claracol@ie.uminho.pt

Ana Gomes (CEHUM-UM)

1986gomes@gmail.com

Resumo

Apresentam-se narrativas de uma instituição de saúde de Portugal, de profissionais de saúde que lá laboram. Elas retratam estilos deste tipo de instituição. Alicerçam-se no paradigma de produtividade e de excelência, mas também nos fazem pensar em modos de vida alternativos dentro desse mesmo espaço.

Palavras-chave: estilos de vida; narrativa; sentido interno de coerência; recursos gerais de resistência; salutogenesis.

Abstract

We present narratives from healthcare professionals laboring in a health institution of Portugal. They depict, in our view, lifestyles of such an institution. Both are founded on productivity and excellence paradigm. They also make us think of alternative ways of life in that area and urban labor.

Key-words: life styles; narrative; internal sense of coherence; general resistance resources; salutogenesis.

1. Estilos de vida e saúde em contexto hospitalar

No paradigma patogénico no qual assenta a maior parte da atuação dos profissionais de saúde em contexto hospitalar, falar em estilos de vida equivale a um elenco de comportamentos que se devem evitar, e outros que se devem estimular, e avaliar, nos pacientes. Raramente se pensa nos estilos de vida dos profissionais de saúde, nomeadamente naqueles que dizem especialmente respeito diretamente às dimensões profissionais, como ao espaço físico, às relações (des)humanas, à gestão das emoções, etc.

No paradigma salutogénico no qual trabalhamos, porém, as questões de estilo de vida, neste contexto, dizem respeito à capacitação que os profissionais de saúde adquiriram (ou vão adquirindo) para produzirem saúde, ou seja, para se irem equilibrando face às adversidades de vários tipos que com que usualmente se deparam. Assim, ainda que consideremos a expressão «estilos de vida» interessante (do ponto de vista operativo na prevenção primária, sobretudo), não podemos deixar de considerar que ela se tem vindo a tornar cada vez menos útil a quem trabalha na educação/ promoção da saúde e não só na prevenção da doença.

Posing the salutogenic question, namely, 'How can we understand movement of people in the direction of the health end of the continuum?'—

note, all people, wherever they are at any given time, from the terminal patient to the vigorous adolescent—we cannot be content with an answer limited to 'by being low on risk factors'. To answer the question requires another neologism: **salutary** factors. I would not quarrel with 'health-promoting' factors or any other term, as long as the concept is clear: factors which are negentropic, actively promote health, rather than just being low on risk factors (Antonovsky,1996:14).

É neste contexto conceptual que apresentamos narrativas de profissionais de saúde de um hospital do norte de Portugal, onde além de descritos estilos de vida profissionais muito desgastantes, se indicam também os modos como estes profissionais aprenderam, criaram e utilizaram recursos gerais de resistência ao sofrimento que diariamente enfrentam, por circunstâncias diferentes, e que as narrativas enunciam, direta ou indiretamente.

No final das narrativas, procederemos à sua análise de conteúdo de tipo estrutural-hermenêutico, tendo em conta as concepções salutogénicas de A. Antonovsky (1988).

2. Narrativas

Narrativa 1– Em desassossego de nós....

Tempo: 8 horas!

Tempo de chegar a tempo, tempo de começar a estar nesse tempo: tempo de identificar o dedo, tempo de ir para o elevador, tempo de iniciar o sistema informático, tempo de sentar, tempo de ler a lista enorme dos utentes do dia, tempo de contar o tempo, tempo de começar a chamar...

Utente A!

Tempo de perguntar qual o sofrimento, tempo de perguntar há quanto tempo esse sofrimento, tempo de olhar o tempo que resta, tempo de ouvir, tempo de pensar, tempo de decidir, tempo de prescrever e de encaminhar, tempo de percepção do tempo decorrido, tempo já em débito para chamar o próximo utente:

Utente B!

Tempo de perguntar qual o sofrimento, tempo de se enganar no nome do utente, tempo ainda retido no tempo do utente A, tempo de se desculpar, tempo de consciencialização da falta de tempo para os utentes A, B, C... tempo de consciencialização da inexistência de tempo suficiente para sintonizar e compreender a globalidade da história do sofrimento, da resiliência dos utentes A, B, C...tempo de desencontro consigo próprio, tempo de desencontro com esta modalidade apressada e descontínua de prática clínica, com os seus objetivos e parâmetros intrínsecos, tempo de se questionar como continuar...

UTENTE C! UTENTE D!

Espaço: instituição de saúde/corredores/sala de consultas

Passos apressados no percurso acidentado da grande amplitude do espaço no perímetro envolvente à instituição, passos congestionados na fila de acesso à identificação pelo dedo, passos contidos no elevador, passos em desassossego nos corredores escuros e labirínticos, passos em tropeço na exiguidade da sala de atendimento ao utente...

Espaço anónimo, espaço em vidro e em betão formatado, espaço inerte entremeado de “corre-dores” cansados, esbarrados em janelas foscas

embaciadas. Espaço sem a visão e sem a luz do horizonte do dia que mora lá fora. Espaço em ar ventilado e não arejado. Espaço esgotado dos nomes em voz alta repetidos. Espaço em descompasso e em desarmonia entre a imensidão cinzenta e vazia ao deambular da multidão perdida e a pequena área acanhada e encolhida à introspeção, à conversação, ao encontro do nós... Tempo e espaço em doença, porque na pressa, ora febris, ora atordoados, porque nas relações, ora vazios, ora aglutinados. Tempo e espaço em sofrimento, porque sem sentido, porque não articulados, porque desconhecidos dentro de nós.

E nesse aí, todos os dias, na contagem dos minutos, ali estamos nós, os que querem fazer-se ouvir, os que têm medo de ouvir, os que não têm tempo para ouvir, para falar, para pensar ou para sentir, os que refletem sobre isso e questionam, os que já não se questionam, os que já só tentam respirar nesse deixar-se ir para fora de si...

E nesse aí, todos os dias, na contagem dos minutos, ali estamos nós, ora contrariados, ora esvaziados e muitas vezes perdidos, porque não encontrados em nós e pelos outros, no tempo e no espaço necessários a esse encontro prévia e tão laboriosamente esperado: de uns, anos e anos de investimento no estudo da ciência e do saber acumulados, de boas práticas clínicas ensinados e ensaiados; de outros, meses e meses de sofrimento e dúvidas acumulados, de esperanças adiados... Todos muito bem preparados para esse encontro do nós que afinal tem tanta dificuldade em acontecer...

Porque estamos todos encolhidos, contidos e retidos num tempo e num espaço que não é o nosso! Porque estamos todos em incoerência conosco próprios! Porque estamos todos em cedência em relação a um sistema anónimo de valores, de regras, de princípios que temos dificuldade em compreender e em encontrar um sentido! Porque estamos muitos, uns e outros, em estado de sobrevivência...

E é neste cenário, de todo alheio aos sentidos, do eu, do nós e mesmo de qualquer arquitetura moderna bioclimatérica, que os horizontes se vão interrompendo e esbarrando de forma crónica, os de dentro e o de fora, na ditadura do número, em detrimento da história desse nome, desse alguém que está ali, dos saberes que precisam crescer e ser partilhados, dos encontros e das relações de sentido que precisam acontecer...

Nota muito importante de resiliência: Quem está atento, descobre que a emergir de todo este desassossego,

aqui e ali, num tempo e num ritmo muito próprios que só a eles diz respeito, há quem nasça, há quem morra, há quem renasça...

aqui e ali, num tempo e num espaço verdadeiramente partilhados, há quem se consiga encontrar no encontro com quem também quer e está disponível para ser encontrado...aqui e ali, reinventam-se estratégias, procura dar-se um novo sentido aos sentidos, alimenta-se a arte e a imaginação [...] cria-se a necessidade de tertúlias e da partilha espontânea e académica dos saberes, consolidam-se os apegos e diluem-se os medos, isolam-se os ruídos das vergastas dos tempos e das gentes...

aqui e ali fazem-se os heróis da resiliência...aqui e ali o nós está a acontecer...

Narrativa 2 - Vida de enfermeira...

A minha experiência de sofrimento mais marcante foi a morte dos doentes. Como enfermeira numa unidade de cuidados de medicina interna, presto cuidados a doentes com doenças crônicas e terminais de todas as idades, em que o fenômeno da morte, acontecimento limite da existência humana, é expectável e até comum. Mas confesso que, quando ingressei nessa unidade, não estava nada preparada para o que iria suceder, muito menos para o fato de, para além de cuidar do doente, também era preciso cuidar dos familiares mais próximos. [...] Atendendo à conjuntura, em que, diariamente, repetidamente, morriam doentes, emergiram em mim sentimentos de tristeza, isso porque não só assisti ao sofrimento do doente como também dos seus familiares, e fazer parte deste sofrimento sem conseguir amenizá-lo é frustrante e, mesmo quando conseguimos, continua a ser muito triste ver a degradação humana e o sofrimento dos familiares. Primeiramente, disseram-me que, no início, seria difícil, mas, com o tempo, passava. Passaram quatro anos, no entanto, nunca passou. Tenho, porém, que admitir que, para além dos sentimentos de tristeza ao acompanhar os doentes e familiares, em algumas situações após a morte do doente e ao deixar de assistir os familiares, senti alívio. [...]

Aprendi, com os familiares dos doentes, que a morte representa a passagem para uma outra etapa existencial, numa abertura à transcendência que as crenças religiosas preconizam, e que constitui também uma oportunidade de punir ou premiar as pessoas, de acordo com a avaliação da moralidade do seu comportamento em vida. A crença na existência de Deus, ou melhor, na existência de uma entidade reguladora que ajuíza a conduta humana, situa o humano perante o todo. Embora a sentença possa ser considerada injusta pelos familiares, revela -se mesmo, nesse julgamento, a íntima crença de uma vida eterna sob a égide divina. O final de um ciclo e a passagem para outro (esperançosamente melhor) traduz a possibilidade de um reencontro noutras circunstâncias, e não uma separação irremediável. [...] A maior parte das vezes, agarrei-me às crenças e à religião para ganhar coragem e apoiar os familiares. Tendo em conta o nível de significância em que se encontravam, fui ao encontro de suas crenças e respeitei as suas convicções. Por mais absurdas que me parecessem, naquele momento, ao fazer parte do todo, não me pareceram absurdas.

Após essas experiências verdadeiramente avassaladoras do ponto de vista emocional, reconfigurei a minha vida, no que concerne à gestão do tempo, uma vez que passei a definir, de modo diametralmente diferente, a quantidade e a qualidade do tempo despendido com quem mais amo. Isso porque a situação terminal de um doente acarreta, previsivelmente, um conjunto amplo de mudanças na vida dos familiares mais próximos. Quando vi doentes com a idade da minha mãe morrerem de modo tão prematuro e envolvidos em tanto sofrimento, coloquei-me no lugar dos filhos que os visitavam diariamente, tão jovens, com tantos planos, tantas atividades por realizar e, naquele momento, as suas vidas estavam estagnadas no mais profundo sofrimento, a acompanharem a mãe no leito de morte. De dia para dia, identificava as alterações dos seus hábitos quotidianos, nomeadamente, no que diz respeito à nutrição, ao sono e ao desempenho profissional.

A degradação do estado de saúde da pessoa, com a sua inerente hospitalização, determina a destruição da estrutura familiar instituída, uma vez que ficam papéis relevantes por desempenhar, os quais até então seriam da responsabilidade do doente. Se a instalação do quadro clínico for galopante, a família sentirá essa desordem de uma forma mais intensa do que numa situação em que o tempo for suficiente para que esses papéis se diluam entre os restantes elementos da família, ou se arranjem outras soluções adaptativas. Na realidade, foi possível encontrar casos de reorganização familiar, com o desempenho de novos papéis por parte dos familiares.

Mas também observei situações de conflito entre pai e filha, no que concerne à partilha de horas para acompanhar a doente, uma vez que a filha cobrava ao pai a mesma disponibilidade, pelo menos naquele momento, dado aproximar-se do fim. Considero que o sofrimento possibilita uma aprendizagem dinâmica que, fundamentalmente, se resume a aprender a viver [...].

Observei situações em que a presença da negação revelou--se pela dificuldade dos familiares em acreditar no prognóstico da situação, encontrando subterfúgios, como a possibilidade de formulação do diagnóstico errado por parte dos médicos[...]. Por outro lado, associadas à alteração dos hábitos de vida e à ideia da morte como injustiça, revelaram -se comportamentos hostis, emergindo a fase de cólera. Alimentados pela impotência face às circunstâncias, os familiares eram invadidos por um sentimento de perda. O estado depressivo surge preparando a pessoa para a separação. A esmagadoramente maioria dos familiares que conheci encontrava -se nessa etapa do processo, dado que, na generalidade dos casos, aguardava-se a morte da pessoa em dias ou semanas [...].

Quanto ao desenrolar sadio do processo que deve consagrar a última etapa, em que o familiar não nega as circunstâncias que rodeiam o doente, nem experimenta sentimentos de raiva ou se sente deprimido com o destino inevitável, só o assisti uma vez, uma esposa casada há 25 anos cujo marido faleceu de doença prolongada. A senhora estava presente no momento do último suspiro do marido, e a única reação foi dar-lhe a mão, deixou cair uma lágrima e encerrou os olhos. Nunca lhe perguntei em que terá pensado nos instantes a seguir, mas imediatamente imaginei que estava a recordar os momentos passados ao lado do marido, desde que o conheceu até aquele dia, em que, como ela me dizia, não se separaram, o marido apenas mudou de lado, com alguma ironia. Quando tal acontece, alcança -se a verdadeira aceitação da morte, “aceitar o que Deus quer, ou o que Deus quiser.

O “já estar à espera” de que a morte chegue, reflete um aparente sentimento de abnegação, porém, por vezes, este co-habita com uma ânsia implicitamente presente, de que algo há ainda a fazer para salvar a vida do doente. Na realidade, a assunção, por parte do familiar, da aceitação dos fatos pode não determinar a perda da esperança numa reviravolta do quadro clínico. De fato, a esperança percorre todas as etapas do processo de morte, e prova disso é que, quando a equipe executou um procedimento específico em alguns doentes, os familiares demonstraram acreditar na “luz ao fundo do túnel”[...]. Depois dessas experiências, passei a refletir sobre o sentido da vida e da morte com as pessoas que mais amo, isso porque a preparação para a assunção da morte é a base para enfrentar as situações mais dolorosas. No

entanto, por paradoxal que pareça, é desse comprometimento com o doente em fase terminal que esses significados emergem. A verdade é que o sofrimento exige ser partilhado, e é essa expressão de solidariedade humana que permite dar um sentido positivo à experiência da morte [...].

Para terminar, e a propósito da premissa de que o sofrimento dos profissionais de saúde, de modo genérico, com o tempo passa, o meu não passou, por essa razão fui transferida [para outro serviço, a meu pedido].

Narrativa 3 - Aprendizagem de uma médica interna...

Terminei o curso de Medicina há pouco mais de um mês. [...] No meu entender, todos os profissionais de saúde devem ter um cuidado acrescido na forma como falam e se comportam com as pessoas que os procuram. Falo também por experiência própria, porque também procuro o médico e já senti, como utente/ paciente/ doente, as consequências que o “desleixo” nesse cuidado da linguagem e comportamento podem ter.

Como estudante de Medicina passei por vários serviços hospitalares e tive oportunidade de observar de perto o trabalho de vários médicos e assistir a várias situações, muitas das quais me orgulham de pertencer a esta classe, outras nem tanto.

A primeira grande lição no contexto das relações humanas durante as residências hospitalares foi “Como [não] dar más notícias”. Era a minha segunda experiência no hospital, o meu estágio anterior tinha tido a duração de aproximadamente um mês. Não sabia ainda muito bem como lidar com a minha posição de aluno, o quanto deveria, ou não, exprimir as minhas opiniões.

Um dia, aparentemente como todos os outros, acompanhei um dos elementos da equipa durante uma das visitas aos doentes internados, como já era habitual. Entramos num quarto, fechei a porta e corri a cortina que separava as duas camas - tarefa já interiorizada em mim - não sabia que esta visita seria diferente, ninguém me tinha dito. O médico que eu acompanhava cumprimentou verbalmente a doente, uma senhora de 40 e poucos anos, que acreditava ter uma pneumonia e, como se sentia melhor, pensava que lhe vinham comunicar a alta. O médico manteve-se de pé, a olhar para o processo na mão e com um tom sério disse-lhe que pelos exames realizados muito provavelmente a senhora teria um cancro no pulmão. Eu fiquei sem reação, nada no comportamento do médico me tinha permitido antever aquilo que se iria passar. A senhora permaneceu a olhar para o médico, sem dizer nada.

O médico (mantendo-se de pé e a olhar para o processo clínico) retomou a palavra, explicando-lhe quais seriam os procedimentos a que seria sujeita. No final da explicação reparou que a senhora estava a chorar, nesse momento pousou-lhe a mão no ombro e disse-lhe que as coisas iriam correr bem. Despediu-se dizendo que iria tratar dos papéis para poder ir passar o fim-de-semana em casa e que voltaria a ser internada na segunda-feira, e saiu.

Sinto que poucos são os que estão preparados para dar más notícias. É claro que todos preferíamos não ter que as dar, mas se elas existem, então que sejam dadas com o menor impacto negativo possível. Naquela altura não sabia como dar uma notícia destas aos doentes, mas sabia que esta forma não tinha sido a melhor. A doente continuou sem reação a ver o médico sair do quarto e era notório que ainda não tinha tido tempo de perceber a sua situação.

Um ano depois desta experiência, já com mais confiança em mim e mais reivindicante na minha posição de aluno tive a oportunidade de falar com uma pessoa doente em estado terminal. Era uma senhora (a D. Ana) em plena aceitação da sua condição e em paz com tudo e todos. Tenho que dizer que foi uma lição de vida. Estava internada para fazer uma cirurgia cujo único objetivo era o alívio sintomático.

Foi uma experiência muito enriquecedora. O médico que a estava a tratar e que a ia operar visitava-a frequentemente. Não sei se já se conheciam antes deste internamento, não sei se já a tinha tratado antes, mas vê-lo cuidar dela foi uma grande lição para mim. A D. Ana estava num quarto individual (não sei se propositadamente, acho que não), o médico entrou comigo, fechou a porta, cumprimentou-a pondo-lhe a mão no ombro e olhando-a com empatia.

Apresentou-me e perguntou-lhe se se importava com a minha presença. Como a senhora não se opôs, ambos nos sentamos e conversamos com a doente. Foi uma visita diferente daquelas a que estava habituada. A morte estava aceite, quer pela doente, quer pelo médico e ambos trabalhavam juntos com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos últimos dias, semanas ou meses. Grande parte da conversa foi sobre os sentimentos da D. Ana, estava preocupada com o marido que se recusava a sair de casa para ir viver com os filhos. O médico ouvia-a, despreocupado com as horas, sempre mantendo o contacto visual e uma postura de real interesse.

Nos dias seguintes fiz a visita sozinha à Dona Ana, uma experiência contribuiu para a minha evolução/ aprendizagem na criação e estabelecimento de uma relação com os doentes. Aprendi a aceitar os silêncios, a não ter resposta para tudo, a estar “apenas” presente e a resistir àquela tentação de dizer: “vai correr tudo bem”. Não ia correr tudo bem, a senhora sabia que em breve iria morrer e agradecia a Deus ter tempo para conseguir organizar tudo antes de ir.

Estes foram as situações mais extremas que vivenciei; no entanto diariamente durante os três anos de residências hospitalares e também nos centros de saúde tive a oportunidade de vivenciar situações que, quer pela positiva, quer pela negativa contribuíram para a minha aprendizagem e evolução não só a nível profissional, mas também pessoal.

Quero acreditar que situações como a primeira que descrevi irão acontecer cada vez menos, porque cada vez mais se fala da humanização da Medicina e os profissionais de saúde estão mais atentos e são mais pressionados a mudar nesse sentido.

No entanto, receio que pequenas situações, não tão flagrantes, permaneçam no comportamento de muitos médicos e contribuam para o sofrimento do doente. Descuidos na linguagem e no comportamento podem fazer com que as pessoas não se sintam devidamente compreendidas e cuidadas e consequentemente não revelem o verdadeiro motivo da consulta ou não consigam esclarecer dúvidas que lhes estão a causar sofrimento. Exemplos disto, são as consultas de Cirurgia Geral em que o doente entra no consultório, e a primeira coisa que o médico lhe diz é: “Bom dia, o que tem para tirar?”; são as consultas de Medicina Geral e Familiar em que o médico levanta a voz ao doente e discute com ele porque o mesmo aparentemente (segundo o resultado das análises) não cumpriu o tratamento; ou ainda são as visitas aos doentes internados na Medicina Interna em que um grupo de médicos discute a

condição clínica de um determinado doente na sua presença, sem sequer se preocupar se o mesmo está a entender o que está a ser dito.

4. A salutogenese nestas narrativas

Para alguns profissionais de saúde, em todo o mundo, é já clássica a presença do paradigma salutogénico, apoiado na obra do sociólogo da saúde Aaron Antonovsky. devemos salientar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu nos objetivos a atingir no programa Saúde para todos no século XXI, algumas perspectivas deste paradigma. Ao nível prático, porém, os profissionais de saúde continuam usualmente a atuar com o paradigma patogénico (aqui se incluindo vários tipos de modelos e teorias de educação para a saúde, desde o biomédico ao biopsicossocial)

A vertente salutogénica não pretende substituir o paradigma patogénico, que pode ser muito útil, em determinadas circunstâncias, como na prevenção primária da saúde pública. A salutogenia interessa-se sobretudo por perceber como pessoas em situação de sofrimento conseguem possuir uma boa saúde, quais os recursos gerais de resiliência (RGR) que constroem, descobrem e utilizam para se equilibrarem face a fatores de desequilíbrio, de qualquer tipo (não só fisiológicos, portanto) nas suas vidas (Oliveira et al., 2012).

Para Antonovsky, os três tipos mais importantes dos RGR são a flexibilidade homeostática, os vínculos com pessoas concretas e os vínculos com comunidades. Mas eles só são eficazes em seres humanos que tenham desenvolvido ao longo da sua vida um sentido interno de coerência nas suas vidas; este tipo de pessoas atribui significados inclusivos nas suas vidas a acontecimentos considerados pertinentes, mesmo que emocionalmente vividos como negativos isto acontece quando estas pessoas conseguem criar, encontrar e utilizar, pessoas e/ou instituições comunitárias que as ajudaram nesse processo. Assim sendo, quão mais desenvolvido um sentido interno de coerência (SOC), mais recursos gerais de resistência essas pessoas possuem.

Analisemos pois, ainda que brevemente, o que de salutogénico podemos encontrar nas narrativas acabadas de ler.

Na primeira narrativa os fatores patogénicos estão claramente identificados: tempo a menos para cuidar, para pensar, para diagnosticar, para se encontrar, bem como questões ligadas aos edifícios e ao congestionamento dentro dos mesmos Mas também a indiferença e o medo nas relações humanas que leva a um desassossego contínuo, desagregador de quem devia estar em paz interior para poder cuidar dos outros.

Na mesma narrativa, porém, encontramos RGR criados por alguns dos protagonistas desta narrativa: o recurso comunitário, discreto mas firme e partilhado entre os envolvidos, gerando solidariedade, confiança, suporte emocional e psicológico. O ambiente físico passa a ser melhorado, graças à criatividade de todos envolvidos nesse nós que se vai constituindo simultaneamente com a identidade quase perdida de cada um, co-construindo-se sentido interno de coerência de profissionais que não desistem nem de si, nem dos seus utentes.

For not everybody obeyed. Some research subjects who thought they were hurting someone refused to continue. In general, more subjects refused to obey when the victim was brought physically closer to them, with the greatest disobedience occurring when the subjects could touch the victims.

Perhaps we should expect episodes of bad treatment of patients by people following the orders of remote authorities. Accepting this fact is necessary in order to prevent ill treatment. To some degree, obedience is a requirement of training, but abuses of authority do not have to happen in medical institutions (Cassell, 2005)

No que respeita à segunda narrativa, ela é bem representativa do estilo de vida dos enfermeiros, em geral, e de alguns serviços em especial, onde o contato com a dor e o sofrimento dos pacientes e respetivas famílias está sempre presente, sendo que muitos destes profissionais estão por vezes sujeitos a processos de luto contínuos, dado que acabam por estabelecer vínculos com alguns dos doentes (em situações de internamento prolongado, e com crianças, por exemplo: Marie de Hannezel, 2001).

A narrativa desta enfermeira é curiosa por nela assumir que os familiares dos doentes foram o seu principal recurso geral de resistência, nomeadamente, as crenças religiosas dessas pessoas, mesmo que lhe parecessem absurdas. Humildade, respeito e compaixão é o que revela esta narrativa, bem como coragem de se dar aos outros e deles receber, de cuidar e deixar-se cuidar, sem que os familiares dos doentes disso dessem conta, provavelmente. O recurso comunitário de resistência desta profissional de saúde foi pois encontrado, e utilizado, dentro de comunidades um pouco invulgares, aos olhos de quem conhece mal o funcionamento deste tipo de serviços. É também uma narrativa de alguém que lida com o sofrimento dando-se aos outros, o que é considerado por muitos autores (Cassell, 2009; Oliveira et al., 2012) como a melhor forma de diminuição do próprio sofrimento. Trata-se de um recurso de resistência ao sofrimento intrapessoal, para o qual - infelizmente - muitos profissionais de saúde não estão sensibilizados, por medo de sofrer mais, quando o efeito usualmente é exatamente o contrário: aprender a gerir as suas próprias emoções para o bem do outro.

Esta narrativa revela também, porém, lados menos nobres por parte de alguns familiares de pacientes, pois aquilo que cada cuidador (informal, neste caso) pode (não) dar de si próprio, relaciona-se diretamente com histórias de vida incorporadas, nas funções que nelas desempenharam no passado junto do paciente, e vice-versa. Não é pois o fato de um familiar estar doente que nos transforma (nem a eles) em melhores pessoas, como muitas vezes se acredita.

A lição mais importante que este testemunho apresenta relaciona-se diretamente com o sentido interno de coerência, que foi sendo elaborado de maneira mais aprofundada, conseguindo estabelecer prioridades na vida da enfermeira, dedicando mais e melhor tempo às relações com aqueles que ama e que a amam. A paz, o conforto, a proteção que recolhe destas relações mais próximas contribuem, simultaneamente, para a sua coragem ativa em dar e receber, em procurar à sua volta os recursos de resistência ao sofrimento, e de os utilizar. Ainda nesta linha de raciocínio, ela encontrou um outro recurso de resistência: pedir a transferência para outro serviço, nomeadamente especializando-se numa área que ela considera menos desgastante.

Quanto à terceira narrativa, deparamo-nos com o olhar observacional de quem é simultaneamente médico e aluno, de quem assume 'o lado de lá', o do utente, num exercício de empatia constante. O que ele nos descreve são histórias de comportamentos inadequados, e de outros adequados, aos

contextos descritos. O principal problema por ela levantado diz respeito ao relacionamento médico-doente, em especial à comunicação verbal e não verbal, e à diferença que posturas atentas, dedicadas e compassivas podem trazer ao doente. Esta médica revela que no seu internato aprendeu como se deve ser uma médica boa, e não somente uma boa médica (Oliveira e Pinto-machado, 2009). Soube discernir quais aqueles que podiam ser os seus recursos de resistência face a esta questão e não hesitou em com eles aprender. Se a narrativa nos alerta para papel das famílias como cuidadores (paradoxais, para muitos) dos profissionais de saúde, o testemunho desta médica ex-interna explicita outro fenómeno muito pouco enunciado como recurso de resistência por este tipo de profissionais: os próprios doentes. Comunicar com alguém que está em fase de aceitação (Kubler-Ross, 1979) do seu estado terminal e aprender a comunicar (pelo silêncio, pela linguagem não verbal e pela verbal) deu sentido ao seu ofício de exercer medicina e, nesse sentido ajudou a estruturar a coerência interna desta médica. E deu-lhe esperança, como sempre acontece quando a nossa vida tem sentido. Esperança de que as relações humanas médico-doente venham progressivamente a mudar para melhor, mesmo quando testemunhava situações menos abonatórias neste domínio. "All good medicine flows through the relationship between patient and doctor. It is within that relationship – it cannot be done in abstract – that judgment about the importance of evidence to a particular patient should be made by an individual physician". (Cassell, 2009).

Referências bibliográficas:

- ANTONOVSKY, A. *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey-Bass, 1988.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 1996, vol. 11, nº 1, p. 11-8.
- CASELL, E. Comparative Effectiveness Research and the Doctor-Patient Relationship. The Hastings Center [Em linha]. 2009 [consultado em 2012.10-12]. Disponível na World Wide Web: <http://healthcarecostmonitor.thehastingscenter.org/ericcassell/comparative-effectiveness-research-and-the-doctor-patient-relationship/#ixzz21MiHLWcc>
- KÜBLER-ROSS, E.. *Perguntas e respostas sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- DE HANNEZEL, M.. *Nós Não Nos Despedimos*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.
- OLIVEIRA, C. C. et al.. *Aprendizagem e sofrimento: narrativas*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012.
- OLIVEIRA, C. C. e PINTO-MACHADO, J. Formação personalista no curso de Medicina da Universidade do Minho. *Acção Médica*, 2008, vol. 17, nº 2, p. 225-242.