1 JR-EPIST-EDIT.mp4

2

[00:00:00] ENTREVISTADOR O que você vê de exemplos, de situações práticas ou qual a importância dessa reflexão epistemológica, desse tipo de pergunta dentro da prática médica? Antes de começar de exemplos mais práticos, uma visão geral. O que você acha da importância desse tipo de questionamento, desse tipo de pergunta para a prática médica e para a formação médica?

[00:00:28] PARTICIPANTE 13 É cada vez mais conhecimento. Então, a gente tem mais conhecimento, e o conhecimento, é, rapidamente chegando na área da médica, tanto em pesquisa quanto práticas mesmo, técnicas. Então, a gente pode ver aqui, dos anos de 1950 para cá, são 70 anos de um conhecimento exuberante. E isso faz com que a ciência médica, o conhecimento médico, ele seja também, de certa forma, publicizado. Então, há um dilema aí em situações da vida diária do médico, ele sendo confrontado no seu conhecimento. Então, da mesma forma que você tem o conhecimento chegando na sua palma da mão, o família, o paciente, ele tem esse conhecimento também. Então, isso cria um certo dilema. Mas o próprio… e você dentro… é um dilema. No ensino, você tem que se atualizar. Assim, na sua área, de forma mais contundente, mas na área dos outros. E você ensinar futuros médicos passa por esse crivo. Se, por exemplo, a glicose normal é 99, se agora o colesterol normal é 150 e por aí afora. Então, há também essa questão aí do conhecimento, e o seu paciente, a família, e o educando. E, do ponto de vista que eu falo com os alunos, muito frequentemente, é que essas questões, a gente tem que pensar que sempre, aquele que vem para a consulta, ele não faz parte daquela pesquisa. Ou seja, ele não participou da pesquisa. Então, ele é um ser único. Então, o que representa para ele a glicose de 101? 102? Ele não participou. Então, a gente tenta trazer para a prática. Então, vai ter essa questão do conhecimento do episteme, dos gregos, esse conhecimento. Então, no início da universidade, vamos dizer, esse diálogo é mais próximo do tranquilo, do que é possível trazer a responsabilidade pela construção do conhecimento. E uma outra coisa que me importa é que, na prática, o aluno quer receber esse conhecimento também, de uma forma osmótica. Ele não... é muita informação. Então, ele quer receber essa informação. Então, se fala em um ambulatório de clínica, fiz o sexto, sétimo e oitavo, eu venho falando com eles, você tem que saber, do ponto de vista da prática aqui, de antibióticos. Você tem que ler e resumir. Você pode usar um livro de farmacologia e você ler aquela classe farmacológica de medicamento, as doses, farmacocinética, farmacodinâmica, e você tem que resumir isso. Mas dificilmente ele internaliza isso, ele quer

6:21 É cada vez mais conhecimento. E... EXEMPLOS D...: Episte

6:1... [EXCLUIDO] E...ítico/c

6:2 E uma o... Educação ban...merca

... Educação ban...merca

receber aquela informação que a amoxicilina é de 500 mg de oito em oito horas. Então, ele não aprofunda, ou seja, é muita informação. Ele é minado de informações. Como eu falo, farmacologia não aprende na escola, nenhuma escola em si. Você vai aprender aqui na prática, com esse conhecimento. Então, assim, eu me recordo agora de algumas questões dilemáticas. Eu vou falar de outras aí, do ponto de vista, quando se toca as questões individuais, pessoais mesmo, de crenças, no sentido do saber, que a gente lida com pessoas em ambulatórios de SUS, que têm uma condição social menos favorecida, mas não é infrequente a presença desses desconfortos, ou seja, as questões de crenças, e o acadêmico sendo preparado para esse universo. É por aí mesmo.

[00:07:09] ENTREVISTADOR Ótimo. Você falou aqui uma coisa sobre... O médico acaba sendo confrontado também com que a informação chega para todo mundo. Então, você tem uma difusão de informação, ora de qualidade mais sólida, ora mais questionável, mas chega com muito mais facilidade a todas as pessoas. E, inevitavelmente, acaba havendo um certo confronto entre essa posição do saber do médico e o saber do paciente, dos familiares, que estão lá para essa consulta. Além desse conhecimento que chega pela internet, tem o senso comum, que todo mundo possui algum tipo de ideia ou concepção sobre determinado assunto. Então, há ali um conflito de saberes, ou que pode ser conflito no sentido deletério ou pode se tornar algo positivo também. Você tem alguma coisa para falar? Como você vê esse confrontamento de formas diferentes de saber dentro desse encontro médico-paciente?

[00:08:40] PARTICIPANTE 13 Então, vamos dizer, não agora no ambulatório, mas na minha prática de ir atendendo pessoas com doenças avançadas, vamos dizer que já passaram por duas, três equipes diferentes de oncologistas, que buscam, na verdade, uma resposta científica, um embasamento científico e uma terapêutica que seja eficaz. Então, a gente está vendo aí na oncologia, a imunoterapia ganhando um destaque enorme. E isso já chegou muito frequentemente para as pessoas que estão em tratamento oncológico. Então, eles buscam essa, o que deveria ser uma alternativa, uma outra linha, o fracasso das linhas tradicionais, mas tem sido já uma busca de primeira linha, ou seja, primeiro tratamento. Então, a gente vê isso acontecer. E quando se, por exemplo, no uso de opioides, a família tenta, ela vai ler o que tem aí nas pesquisas mais diretas sobre opioides e responsabiliza os opioides pelos efeitos diversos, que são primariamente da própria doença. Então, há essa questão aí, não é? Do sono, perda de apetite, cansaço, fadiga, e tudo do opioide que gera para nós, paliativistas, um desconforto. E você traz essa questão, é um momento, como são pacientes gravemente doentes, que já vêm

6:3 ele... Educação ban...merca

6:36 quand... Preconceito epistêmi

6:4 Ent... Tecnocentrismo acríti

em tratamento com dor crônica, a gente fala que é a oportunidade de dar conforto naquele momento. Mas as pessoas já leram aí que morfina causa isso, causa aquilo, e muito frequentemente um viés da farmacologia do próprio colega médico, que desacredita os opioides. Então, esse conhecimento é tão interessante como o conhecimento científico do opioide e a concepção pessoal. Então, o médico e nós médicos vamos de encontro ao opioide, fala que causa dependência, pode causar deficiência respiratória, e por um conhecimento contrário. Ele sabe, lê pouco e pega do senso comum, e divulga que o conhecimento dos opioides é isso, isso, isso. Não posso dar opioide, porque causa disso, disso, aquilo. Então, você vê pacientes com dor grave, com doença avançada, usando analgésico comum. Ele pouco ou nunca conheceu a escada analgésica da OMS publicada há quase 40 anos. Então, para a gente ter esse exemplo simples, esse antagonismo do episteme, ou seja, um conhecimento que deveria estar sendo atualizado… o colega… e ele desatualiza, fica lá, mesmo antes, o conhecimento que ele tinha antes de entrar na escola médica. Ele já tem um conhecimento prévio e imutável, ou seja, ele não muda essa concepção. Então, a gente vai criando essas questões dilemáticas frente ao conhecimento na vida prática dos nossos profissionais.

6:5... Superficialidade da d

6:2... Preconceito epistêmi

[00:13:33] ENTREVISTADOR Um outro ponto que eu acho que faz uma interface com a sua prática dentro de cuidados paliativos, cuidados do paciente terminal, talvez... acho que a gente vê um avanço muito grande em alternativas, esquemas terapêuticos de terceira, quarta, quinta linha. Então, a gente vivenciou nos últimos 10, 15 anos um aumento muito grande de possibilidades terapêuticas para várias doenças, dentro da oncologia especialmente. Traz uma esperança de tratabilidade, às vezes, em situações que são intratáveis. Então, como é que você vê essa dificuldade, talvez, do reconhecimento do limite, do limite do saber, do conhecimento e do limite da atuação médica mesmo, para fins curativos, no caso?

[00:14:39] PARTICIPANTE 13 Essa é uma questão de limite. Quando a gente está vivenciando limites, situações de limite, uma doença que avança progressivamente, e até confrontar aquele paciente com o seu estudo, com as publicações, e eu volto a lembrar aí que aquele paciente em especial não fez parte desse estudo. Então, aquela sobrevida de alguns meses, a gente tem que ver qual a qualidade que esse paciente teve ou terá, mas, vamos dizer, frente a essas questões dilemáticas mesmo da terminalidade da vida, ou seja, da concepção da vida, da morte, fazer uma reflexão sobre a vida, sobre a morte como pertencente a esse processo da vida, e não alheio, ou seja, é um outro processo, uma continuidade da vida. Então, a gente vê muito essa discussão levada para pessoas que não têm

6:24 Essa é uma questão de limite. Quand...

EXEMPLOS D...: Episte

6:6 con...

[EXCLUIDO] E...ític

potencial de cura, ou minimamente não têm essa possibilidade, ou quando tem um grau de sofrimento enorme, não vai para a cura, vai para um quadro de uma cronificação muito grave. Ele não tem qualidade de vida nenhuma. Há uma restrição total das suas condições de atividade de vida diária, mas se faz pensando esse... criando-se um horizonte distante, que tudo vai ficar bem, que vai conseguir, que vai conseguir alimentar, que vai conseguir andar, e que vai conseguir ficar sem dor, mas sem uma abordagem para essa possibilidade que é extremamente remota, muito distante. Não estamos falando daquele paciente, daquela família, e trazendo esse horizonte aí de que vai ocorrer. "Olha, os trabalhos mostram que tem uma cura, que tem uma estabilização, uma condição de vida melhor". O que se vê é uma exceção dentro dessas colocações, infelizmente a ciência ainda está muito distante disso, mas o que eu vejo é uma aproximação pelo conhecimento, ou seja, o conhecimento é publicado, é pesquisado, não faz parte desse cotidiano que a gente encontra. Então, gera esse otimismo, muito mais que uma esperança, ou seja, quando você tem possibilidade 100% de acerto, e não a esperança, que você pode ter 1% de esperança. O otimismo é que tudo vai dar certo. Essas questões aí a gente, vamos dizer, você percebe e faz uma atuação, algumas vezes a gente tem como um diálogo reflexivo, não temos também condição de saber que isso não vai dar certo, mas, vamos dizer, a paciente e a família fazem a opção por interromper o tratamento e vive o tempo que resta de vida do jeito que é possível, o que a gente pode ofertar de melhoras de sintomas.

[00:20:15] ENTREVISTADOR Parece que talvez falte um pouco também da capacidade ou da percepção de se passar para a família e para o paciente, quão pouco se sabe desses tratamentos muito novos. Às vezes o conhecimento sobre eles é muito pequeno em vista do tamanho da esperança que se passa em cima deles. Fica uma coisa mais de fé do que de conhecimento bem estabelecido, muitas vezes.

[00:20:42] PARTICIPANTE 13 O profissional fica envolvido mesmo. Ele se envolve e tem uma... há uma transição... ele transloca o seu paciente para aquela pesquisa, para aquela droga. Mesmo que trabalhe com sobrevida, ou seja, quantos meses acrescentou naquele grupo de pacientes, mas não se vai a fundo para ver que qualidade se teve que passar, ou qualidade. E tem-se já nos imunoterápicos que eles não são... não é quimioterapia o que se está fazendo. Ou seja, a imunoterapia não traz nenhum efeito adverso, não é quimioterapia, não tem mais esse conceito. O paciente... a gente fala, "você está fazendo quimioterapia?", "não, não estou fazendo mais não, agora é imunoterapia". Então é como se nós tivéssemos essa busca pela felicidade de uma droga super inteligente, inteligência artificial em um corpo humano e que ela tivesse já no seu DNA, ela ter um ataque,

6:24 Essa é... EXEMPLOS D...: Episte

6:8 o co... Tecnocentrismo acríti

6:25 O... O profissional...e sens

6:7 Entã... Tecnocentrismo acríti

atacar somente as células malignas. E isso dá esse otimismo de tratamento em células com drogas alvo e que é um tratamento inovador e que leva à cura. Então é uma questão da ciência mesmo. E se esquece também da evolução natural dessas doenças. Assim, você tenta se interromper o percurso, vamos dizer, entre aspas, a todo custo. Ou seja, meu paciente pode ter complicações e vir à óbito, ou com outras condições que não seja a neoplasia. Então é tudo um contexto. Ou seja, o paciente está completamente doente. Ele está com dor total, com as cinco faces: física, psíquica, espiritual, social e familiar. Então está se pensando no tratamento e se esquece de uma abordagem mais holística. Então a dor é minimizada, esquecida, não se pode ter dor. Então a dor não faz parte desse tratamento.

[00:24:26] ENTREVISTADOR Muito bom. Eu acho que a gente conseguiu ter um leque muito abrangente de exemplos de aplicações dessa discussão. Então agora eu queria passar para a pergunta que eu coloquei aqui como número um. Sobre todas essas questões que a gente discutiu, você acha que os médicos em formação estão preparados para discutir essas mesmas questões? E se não, quais seriam as suas principais dificuldades?

[00:25:04] PARTICIPANTE 13 Dentre os médicos em formação, a gente tem pouco antes os médicos… os futuros médicos. Então os médicos em formação, eles têm a chance mesmo de ter um outro caminho. Por isso que eu estou na escola médica, e aí como vários outros colegas, ensinando um caminho alternativo, talvez um caminho complementar. Essa formação para o jovem médico... ele pensar, ele ter assim uma... fazer sempre uma reflexão e compreender o paciente que procura, no sentido também do não saber, que é desconfortante para nós, o não saber. Então ele... para a gente discutir as questões da ciência, claro que depois de um tempo, ele estando na especialidade que ele escolheu, ele vai ter aquela especialidade como ciência absoluta. E por um tempo, duas décadas, eu penso que o que aconteceu assim com a minha experiência, a gente vai nesse caminho, nesse sentido. Depois você começa a ficar mais... volta a ficar reflexivo, e vê que não é muito por aí. Então, dentro dessas dificuldades de lidar, quando a gente pensar no médico que vai ter dificuldade de lidar com questões, por exemplo, da finitude humana, a gente tem que pensar na sua formação lá atrás. Tudo que a gente pensar de dificuldade, a gente vai ter que promover ações reflexivas na sua formação. Quando essa formação? Quando ela está no momento embrionário. Quando tiver já ser humano adulto, ou seja, médico formado com autonomia, ele vai ser mais difícil. Não que seja impossível, mas mais difícil. Depois dele ter escolhido uma área de atuação. Quando ele está em formação, você consegue. Até residência, você consegue trabalhar com essas dificuldades. E tendo

2

Tecnocentrismo acríti
6:37 E se e...
O profissional...e sens
6:26...
O paciente af...de
6:39...
O profissional...e sens
6:19 Por...
Profissionais inspirad
6:43 co...
Relevância do...ência
6:2...
O profissional...ar com
6:28 Quand...
Dificuldade/im...duca
Profissionais inspirad

tutores que façam essa reflexão, ele vai ser um médico que vai ser sempre desafiado no seu conhecimento, ele vai buscar o conhecimento, aprimorar sempre, mas ele não vai perder esse componente essencial de ser médico, de cuidar do outro em situação de sofrimento. O médico vai sendo moldado desde a sua formação, da residência, e ele sempre, independente das especialidades que ele escolhe, terapia intensiva, por exemplo, ele vai fazer um pouco diferente. Vai fazer diferença na vida das pessoas. E vai compreender, vai sempre ser compreensivo com o sentimento do outro, de quando ele fala que não quer fazer isso ou aquilo, que ele prefere não fazer uma cirurgia, que ele não quer fazer um tratamento. Então, o que ele partiu, ou seja, lidar com a finitude. Nós temos que ter esse diálogo porque vai trazer conforto para o colega, ou seja, ele vai ter a sua... vai ser uma ponte para ele, que eu falei que ele vai adquirir isso depois de uns 20 anos de formado. E você vai ter esse médico não precisando de passar por tanto sofrimento pessoal, de tanta angústia, porque ele já vai ter essa reflexão de que a vida e a morte são elementos de um único processo. E ele vai experienciar isso na sua vida profissional e pessoal. Ele vai tendo essas questões e não ficando... entrando em crises muito frequentes na nossa prática médica, em que os nossos pacientes têm doenças graves, e a gente faz o máximo da ciência, traz o máximo da ciência e o máximo do conforto. Vamos unir esses dois saberes.

[00:31:32] ENTREVISTADOR Eu achei interessante que você fala aqui de um caminho que o médico vai ganhando esse amadurecimento, que só vem com o tempo mesmo. Acho que o amadurecimento é fruto do tempo, isso não tem como mudar, mas aí num tempo de talvez 20 anos, vai ver essa capacidade mais reflexiva que possa se aflorar em vista dos desafios que foram enfrentados ao longo do tempo e desse amadurecimento profissional. Mas você vê alguma forma do educador, ainda que não possa fazer o mesmo trabalho que o tempo faz, que seria impossível, mas pelo menos trazer à luz do estudante essa necessidade de pelo menos começar a pensar essas questões antes? Que não gaste os 20 anos para começar a pensar nisso, mas que possa começar isso durante a graduação? Como o educador poderia fazer para fazer isso um pouco mais cedo? Pelo menos a preocupação com essa questão, ainda que não o desenvolvimento completo.

[00:32:45] PARTICIPANTE 13 Quando a gente fala do tempo, claro, o tempo vai moldando o sujeito, independente de ser médico ou de outra formação. Mas hoje é muito, até fácil, de você trazer discussões para a academia e o aluno na formação dele, e você poder trabalhar com questões, por exemplo, da terminalidade. Você traz... eu falo assim... você traz, por exemplo, as simulações realísticas, o uso

Profissionais inspirad
6:44 ele... Relevância do...ências
6:4... Relevância do...ências
6:4... Relevância do...ências
O profissional...riment
Metodologias ativas

de filmes, de outras artes, de teatro, reportagens. Você traz para a escola coisas do cotidiano da vida como ela é. Então, isso ajuda nessa discussão muito. Ou seja, uma questão de um dilema intenso, de conflito sobre lentes de cinema, traz para o educador um elemento essencial nessa discussão sobre várias questões, como a loucura, por exemplo. Você usar hoje de pequenos grupos. Então, você tem essa facilidade, lá na escola tem, de trabalhar com pequenos grupos, e você fazer sessões de curtas ou de longa-metragem e trazer uma discussão em uma roda de conversa. Logo após, fazer uma sessão pipoca e traz um tema, por exemplo, da inclusão social, da questão de pesquisas científicas, ou de doenças graves, com desfechos tão reais, casos reais, que convida o aluno para uma reflexão na academia. E isso favorece certamente essa linha do tempo dele. Acho que se a gente trazer essa possibilidade, quem tiver a oportunidade e o interesse, quando não é opcional. Se ele for uma disciplina mesmo para todos os alunos, ela favorece certamente esse período pós-universitário, ou seja, na vida prática dele. Ou seja, quando ele for médico, ele vai se lembrar desses momentos. E essa construção dele pode ser abreviada no seu tempo cronológico de formação. Ou seja, ele vai sempre ser reflexivo nas suas abordagens, por mais simples que seja numa entrevista, ele vai ter todo esse chamamento para que ele faça diferença. São várias atividades. As ligas acadêmicas têm trazido essa oportunidade. Grupos de alunos já têm esse interesse de trazer não só o conhecimento médico para complementar a sua formação, conhecimento, como aulas, mas traz discussões temáticas, trazendo aí o cinema para a gente discutir. Vejo que ainda é inicial esse trabalho. Ou seja, algumas escolas já estão mais aprofundadas, nós ainda estamos iniciando. Quando a gente faz essas... ainda oportuniza essas discussões, é muito frequente... ainda o público que frequenta é pequeno. Eles não vêm ainda... deveria ser numa fase da escola para ser mais presencial, ou seja, seria obrigatório. Isso é um conflito na formação do médico entre a bancada e essas discussões. Ou seja, a bancada puxa o aluno para o conteúdo teórico massivo e não traz essa reflexão para ele. Ou seja, ele faz... se tiver duas atividades no mesmo momento, ele tem que fazer uma opção por ir numa aula teórica, num seminário, isso vai cair na prova, e a outra é uma reflexão que poderia ocorrer e ele está pensando na prova de amanhã. Então, a gente é bombardeado por essa sedução, vamos dizer assim, da ciência. Mas temos avançado. As ligas acadêmicas têm feito uma reviravolta nessa prática. Ou seja, apesar que ela é frequentada por um grupo menor de alunos, não são todos, ainda é uma minoria, mas mesmo assim já incita a curiosidade de outros. E esse grupo, eu acho que são sementes que vão sendo plantadas no *curriculum*, na formação dos médicos, e certamente eles vão ser divulgadores depois, se são residentes, médicos, eles vão divulgando esse outro conhecimento para colegas, para a família, e vai chegando

2

6:50... Contextualizar...oblem

... Contextualizar...bras a

... Metodologias ativas

6:13... Estimular a tra...iscipli

6:32 Ou sej... Relevância do...cias co

6:14 Gr... Disposição do...e em

... Contextualizar...bras a

6:15 ele te... O aluno afeta...s conc

6:20... Estratégias já...os aca

6:4... [EXCLUIDO] E...ular in

cada vez mais conhecimento da bioética, mais frequentemente, e vai divulgando o conhecimento. Então, acho que essa questão aí das
2 barreiras, a maior barreira é a própria ciência médica. Você vê que ela é como um ímã. Ela traz tanto essa importância, mas ela também não deixa espaço para as outras coisas que a gente pensa que é importante, que a gente vive isso como importância na prática médica, e que eu disse aqui que 20 anos depois, o médico vê que além da medicina tem a vida, tem o mundo lá fora que é um pouco diferente da medicina fechada. Ou seja, ele ficar só no círculo da medicina, o seu paciente não está nesse círculo, ele é fora do círculo, ele vem da sociedade, da comunidade. Então o médico passa a ter esse outro papel, depois de uns anos, ele começa a fazer uma reflexão. Se ele tiver no currículo... essa reflexão, certamente ele vai... fazer diferença.

6:34 a próp...
Tecnocentrismo acríti

6:18...
Relevância do...cias co