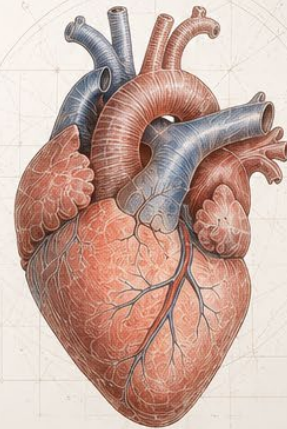


O CORAÇÃO, MESTRE DE UM ETERNO APRENDIZ

Ciência, humanismo e propósito
na arte de cuidar.

HIPÓCRATES
Pai da Medicina

"A vida é breve,
a arte é longa,
a oportunidade
é fugaz, a experiência
é enganosa e o juízo
difícil."



CONHECIMENTO



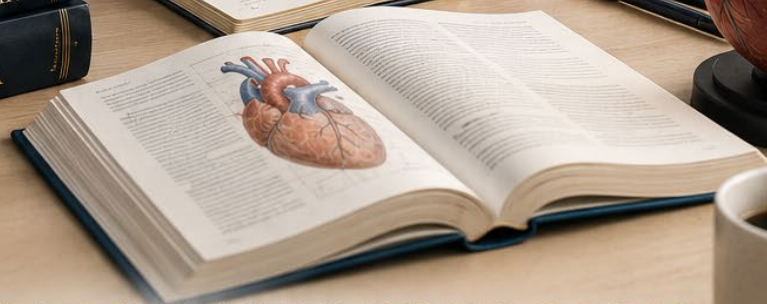
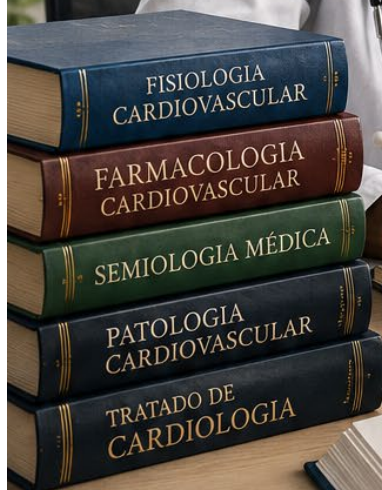
HUMANIDADE



ÉTICA



PROPÓSITO
TRANSFORMA VIDAS



JOAO RICARDO PINTO LOPES

PARTE I

CAPÍTULO 1

O Mapa do Coração

Lucas descobrira cedo que algumas pessoas estudavam Medicina para encontrar respostas. Ele, ao contrário, parecia estudá-la para encontrar perguntas melhores. Era estudante de Medicina e, desde os primeiros semestres do curso, adquirira entre os colegas a reputação de ser excessivamente curioso. Não era apenas estudioso, embora fosse. Lia os capítulos indicados pelos professores, consultava os tratados recomendados, procurava artigos científicos e frequentemente permanecia na biblioteca quando quase todos já haviam ido embora. Mas havia nele alguma coisa que não podia ser explicada apenas pela disciplina acadêmica. Lucas precisava compreender. Memorizar nunca lhe parecera suficiente.

Se aprendia que a dispneia poderia ocorrer na insuficiência cardíaca, queria saber por que alguns pacientes apresentavam falta de ar apenas aos grandes esforços enquanto outros despertavam subitamente durante a madrugada, sentavam-se na cama e procuravam desesperadamente uma janela. Se estudava um sopro cardíaco, não se contentava em decorar sua localização. Queria entender de onde vinha aquele som, por que surgia naquele momento do ciclo cardíaco e que alteração anatômica seria necessária para produzi-lo. Quando alguém lhe dizia que determinado sinal possuía baixa sensibilidade, imediatamente surgia outra pergunta:

— Então por que continuamos procurando esse sinal?

E, quase sempre, vinha outra:

— E quando ele está presente, quanto realmente aumenta a probabilidade da doença?

Talvez por isso a Cardiologia o tivesse fascinado. Lucas pretendia tornar-se cardiologista. Ainda não dizia isso com a segurança de quem anuncia uma decisão definitiva. Havia algo de respeitoso na maneira como pronunciava a palavra *cardiologista*, como se aquela especialidade exigisse muito mais do que aprender doenças, medicamentos e procedimentos. Para ele, o coração parecia reunir praticamente tudo aquilo que tornava a Medicina intelectualmente fascinante: anatomia, fisiologia, hemodinâmica, farmacologia, imagem, eletrofisiologia, epidemiologia, raciocínio probabilístico e, sobretudo, exame clínico. Um médico experiente poderia aproximar dois dedos do punho de um paciente e, pela característica do pulso, começar a imaginar o que ocorria dentro de seu coração.

Lucas achava aquilo extraordinário. Mais extraordinário ainda era perceber que um detalhe aparentemente insignificante poderia modificar completamente uma hipótese diagnóstica. Foi essa curiosidade que o aproximou de quatro professores que, cada um à sua

maneira, passariam a exercer profunda influência sobre sua formação: **Prof. Dr. João Filho, Prof. Dr. Francisco, Prof. Dr. Luís e Prof. Dr. Álvaro.**

O **Prof. Dr. João Filho** era o mais experiente cardiologista clínico entre eles. Anos de prática haviam lhe conferido aquela rara capacidade de reconhecer, em poucos minutos, quais elementos de uma história mereciam atenção e quais eram apenas ruído. Sua experiência, entretanto, jamais se transformara em acomodação intelectual. Ao contrário, tinha pouca tolerância para respostas decoradas. Quando perguntava por que um paciente apresentava determinado sintoma, não desejava ouvir apenas o nome da doença. Queria o mecanismo.

— Não me diga somente *o que* acontece — repetia. — Explique *por que* acontece.

Era uma frase simples, mas Lucas começou a perceber que havia nela uma filosofia inteira de ensino. Com o Prof. Dr. João Filho, aprendia que experiência clínica não significava abandonar a fisiopatologia; significava enxergá-la no paciente. O **Prof. Dr. Francisco** possuía outra maneira de ensinar. Era extremamente prático. Interessava-lhe aquilo que acontecia diante do médico, no consultório, na enfermaria ou na emergência. Mas havia algo que chamava particularmente a atenção de Lucas: Francisco nunca permitia que uma doença ocupasse todo o espaço reservado ao paciente. Preocupava-se profundamente com sua história psicossocial. Queria saber onde aquele paciente vivia, com quem morava, qual era sua profissão, se tinha condições de comprar os medicamentos prescritos, se compreendia sua doença, se possuía apoio familiar, como se alimentava, como dormia, quais eram seus medos e de que maneira a enfermidade havia modificado sua vida.

— Antes de tratar uma hipertensão, uma insuficiência cardíaca ou uma doença coronariana — dizia — precisamos descobrir quem é a pessoa que tem essa doença.

Essa maneira de pensar impressionava Lucas.

DR. Francisco também gostava de transformar casos aparentemente simples em problemas complexos. Apresentava uma dor torácica e, quando os estudantes acreditavam ter chegado ao diagnóstico, acrescentava uma informação. A dor era pleurítica. Depois outra. Havia assimetria dos pulsos. Depois mais uma. O paciente apresentara síncope. Em poucos minutos, aquilo que parecia inicialmente uma síndrome coronariana transformava-se em uma disputa intelectual entre infarto agudo do miocárdio, tromboembolismo pulmonar, pericardite e síndrome aórtica aguda. O Prof. Dr. Francisco ensinava, sem precisar dizê-lo explicitamente, que a primeira hipótese jamais deveria aprisionar o raciocínio e que nenhum raciocínio clínico estaria completo se ignorasse o ser humano que carregava a doença.

O **Prof. Dr. Luís** tinha especial habilidade para integrar os achados clínicos aos exames complementares. Era, além disso, especialista em Medicina Baseada em Evidências e um excelente escritor. Talvez por isso tivesse tanta preocupação com a precisão das palavras e com a maneira como uma pergunta clínica era formulada. Para Dr. Luís, uma pergunta mal construída frequentemente conduzia a uma investigação igualmente mal construída. Diante de um eletrocardiograma, de uma radiografia ou de um ecocardiograma, frequentemente fazia uma pergunta que desconcertava os estudantes:

— O que vocês esperavam encontrar antes de olhar o exame?

Lucas demorou algum tempo para compreender a importância daquela pergunta. O exame complementar não deveria iniciar o raciocínio. Deveria testá-lo. A anamnese produzia hipóteses. O exame físico modificava suas probabilidades. Os exames complementares deveriam ser escolhidos para responder perguntas clínicas específicas. E somente depois desse percurso seria possível decidir se determinada hipótese deveria ser aceita, rejeitada ou mantida sob investigação. Com o Prof. Dr. Luís, Lucas começaria também a descobrir que a Medicina Baseada em Evidências era muito mais do que consultar diretrizes. Era aprender a formular perguntas, buscar informações, avaliar criticamente estudos, compreender medidas de efeito, reconhecer vieses e decidir até que ponto os resultados obtidos em uma população poderiam ser aplicados ao paciente que estava sentado diante do médico. E talvez sua habilidade como escritor viesse justamente daí. Luís compreendia que escrever bem e pensar bem eram atividades intimamente relacionadas. Uma ideia que não pudesse ser explicada com clareza talvez ainda não tivesse sido suficientemente compreendida.

Mas havia um quarto professor de quem Lucas se aproximara cada vez mais. O **Prof. Dr. Álvaro**. Álvaro não era cardiologista. Era clínico. Um clínico muito experiente. E talvez exatamente por isso Lucas gostasse tanto de ouvi-lo. Era um daqueles médicos formados numa tradição em que a Medicina Interna não era compreendida simplesmente como uma especialidade, mas como uma maneira de pensar. Tinha décadas de experiência, examinara milhares de pacientes e conservava um entusiasmo quase juvenil pela história da Medicina.

Podia iniciar uma discussão sobre insuficiência cardíaca e, alguns minutos depois, estar falando sobre William Harvey e a circulação sanguínea. Diante de uma aula sobre exame clínico, mencionava René Laennec e a invenção do estetoscópio. Ao discutir a importância da observação, inevitavelmente surgia William Osler. Álvaro gostava de lembrar aos estudantes que os médicos haviam aprendido a reconhecer doenças muito antes da existência do ecocardiograma, da tomografia computadorizada, da ressonância magnética e dos biomarcadores modernos.

— Isso não significa que os antigos fossem melhores médicos — advertia. — Significa apenas que precisavam observar muito bem.

Certa manhã, durante uma discussão clínica, Lucas perguntou:

— Professor, o senhor acha que estamos perdendo o exame clínico?

O Prof. Dr. Álvaro demorou alguns segundos antes de responder.

— Não. Acho que estamos perdendo algo anterior a ele.

Lucas franziu a testa.

— O quê?

— A curiosidade.

A resposta permaneceu com ele. Álvaro continuou:

— Ninguém examina cuidadosamente aquilo que não deseja compreender.

Naquele dia Lucas percebeu que talvez sua curiosidade, que tantas vezes lhe parecera uma inquietação difícil de controlar, pudesse ser uma qualidade médica. Mas havia um problema. Quanto mais estudava Cardiologia, maior ela parecia. Em uma tarde silenciosa na biblioteca, Lucas decidiu descobrir exatamente o tamanho do território que pretendia conhecer. Abriu o computador e escreveu no alto de uma página:

DOENÇAS CARDIOVASCULARES QUE PRECISO ESTUDAR.

Ficou olhando para a frase. Começou pelo que lhe parecia mais evidente. Hipertensão arterial sistêmica. Doença arterial coronariana. Síndrome coronariana aguda. Infarto agudo do miocárdio. Insuficiência cardíaca. Fibrilação atrial. Continuou. Flutter atrial. Taquicardias supraventriculares. Extrassístoles. Taquicardia ventricular. Fibrilação ventricular. Disfunção do nó sinusal. Bloqueios atrioventriculares. Bloqueios de ramo. Síndromes de pré-excitação. Canalopatias. Parou por alguns segundos. Já era uma lista considerável. Mas aquilo representava apenas uma parte. Acrescentou as doenças valvares: estenose aórtica, insuficiência aórtica, estenose mitral, insuficiência mitral, prolapso da valva mitral, doenças da valva tricúspide e da valva pulmonar. Depois vieram as miocardiopatias: dilatada, hipertrófica, restritiva, arritmogênica. Acrescentou amiloidose cardíaca, miocardite, cardiomiopatia de Takotsubo e cardiopatia chagásica. Ainda faltava o pericárdio. Pericardite aguda. Pericardite recorrente. Derrame pericárdico. Tamponamento cardíaco. Pericardite constritiva. E a aorta. Aneurismas. Dissecção. Síndromes aórticas agudas. E os vasos. Doença arterial periférica. Trombose venosa profunda. Tromboembolismo pulmonar. Hipertensão pulmonar. Lucas recostou-se na cadeira. A lista já ocupava quase toda a tela. Foi então que percebeu o que havia esquecido.

As cardiopatias congênitas. Abriu outra seção. Comunicação interatrial. Comunicação interventricular. Persistência do canal arterial. Defeito do septo atrioventricular. Coarctação da aorta. Valva aórtica bicúspide. Estenose pulmonar congênita. Tetralogia de Fallot. Transposição das grandes artérias. Tronco arterial comum. Retorno venoso pulmonar anômalo. Anomalia de Ebstein. Atresia tricúspide. Atresia pulmonar. Síndrome do coração esquerdo hipoplásico. Dupla via de saída do ventrículo direito. Ventrículo único. Anomalias congênitas das artérias coronárias.

Lucas parou novamente. Leu tudo desde o início. Parecia menos uma lista de doenças do que um mapa de um continente. Na manhã seguinte, mostrou-o ao Prof. Dr. Álvaro. O velho clínico colocou os óculos, aproximou a folha do rosto e começou a ler. Demorou algum tempo.

— Pretende estudar tudo isso?

— Pretendo.

O Prof. Dr. Álvaro continuou olhando para a folha.

— Então está fazendo errado.

Lucas não esperava aquela resposta.

— Por quê?

Álvaro colocou a lista sobre a mesa.

— Porque doenças não existem em listas.

— Como assim?

— Listas servem para organizar livros. Pacientes não chegam organizados.

Lucas permaneceu em silêncio. Álvaro apontou para “insuficiência cardíaca”.

— Nenhum paciente entra no consultório dizendo: “Bom dia, doutor. Tenho insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada”.

Lucas sorriu.

— Ele diz que está cansado.

— Exatamente. Ou que não consegue mais subir a escada. Ou que precisa dormir com três travesseiros. Ou que seus sapatos começaram a apertar no final da tarde.

Deslizou o dedo pela página e parou sobre “estenose aórtica”.

— Este pode chegar dizendo que desmaiou.

Depois apontou para “fibrilação atrial”.

— Este talvez diga apenas que sente o coração bater estranho.

Desceu um pouco mais.

— Tromboembolismo pulmonar: falta de ar.

Outra linha.

— Dissecção da aorta: dor.

Outra.

— Endocardite: febre.

Olhou para Lucas.

— Está entendendo?

Ele começava a entender.

— Preciso estudar como essas doenças se apresentam.

— Mais do que isso. Precisa aprender como descobri-las.

A frase mudou tudo. Porque havia uma diferença enorme entre conhecer uma doença e reconhecê-la em um ser humano. O **Prof. Dr. João Filho** juntou-se à conversa pouco depois. O mais experiente cardiologista clínico do grupo leu rapidamente algumas linhas da lista.

— Para cada uma delas — disse — você deveria responder às mesmas perguntas.

Lucas pegou a caneta.

— Quais?

— Quem costuma desenvolver essa doença? Quais são os fatores de risco? Qual é a fisiopatologia? Como ela se apresenta? O que devo procurar na anamnese? O que posso encontrar no exame físico?

O **Prof. Dr. Francisco**, sempre prático e atento à dimensão psicossocial dos pacientes, acabara de entrar na sala e ouviu o final da conversa.

— E quais diagnósticos podem se parecer com ela. E não se esqueça de perguntar quem é esse paciente, como vive e de que maneira essa doença está interferindo em sua vida.

Lucas acrescentou: **Diagnóstico diferencial**. O **Prof. Dr. Luís**, especialista em Medicina Baseada em Evidências e excelente escritor, completou:

— E quais exames realmente ajudam.

Lucas escreveu novamente. **Investigação diagnóstica**.

— Mas não escreva apenas uma relação de exames — advertiu o Prof. Dr. Luís. — Pergunte por que está solicitando cada um deles.

O Prof. Dr. Álvaro sorriu.

— Agora está ficando interessante.

Naquela tarde, a lista de Lucas deixou de ser apenas uma relação de patologias. Ao lado de cada doença começaram a surgir perguntas. **Qual a probabilidade pré-teste? Que informação da história clínica aumenta ou diminui essa probabilidade? Que achado do exame físico realmente possui valor diagnóstico? Qual exame deve ser solicitado primeiro? Qual a sensibilidade desse teste? Qual a especificidade? O que acontece com a probabilidade da doença depois de um resultado positivo? E depois de um resultado negativo? Existe um padrão-ouro? O exame solicitado modifica a conduta? Há evidências de que essa estratégia melhora desfechos?**

Lucas percebeu então que estava entrando em outro território: a Medicina Baseada em Evidências. Não bastava saber que determinado exame poderia ser utilizado. Era necessário compreender sua acurácia, suas limitações e o contexto em que havia sido estudado. Sensibilidade e especificidade passaram a dividir espaço com razões de verossimilhança, valores preditivos e probabilidades pré e pós-teste. Diretrizes passaram a ser lidas não como mandamentos, mas como sínteses de evidências que precisavam ser interpretadas diante de

pacientes reais. O Prof. Dr. Álvaro aprovava aquela evolução, mas fazia questão de acrescentar uma advertência.

— Evidência científica não substitui raciocínio clínico.

— Eu sei.

— Ainda não sabe — respondeu o clínico. — Vai descobrir.

Lucas sorriu. Era típico do Prof. Dr. Álvaro deixar uma frase incompleta o suficiente para obrigá-lo a continuar pensando. Pouco a pouco, ele compreendeu que sua lista poderia ser estudada de uma maneira diferente. Cada doença seria um mistério. Cada paciente, uma história. Cada sintoma, uma pista cuja importância dependeria do contexto. Cada sinal físico, uma informação que poderia aumentar ou diminuir a probabilidade de uma hipótese. Cada exame complementar, uma pergunta feita ao organismo. Cada resultado, uma nova evidência. E cada decisão clínica precisaria ser confrontada com aquilo que a melhor literatura científica disponível permitisse afirmar. Era exatamente a Medicina que Lucas desejava aprender. Não a Medicina da memorização, mas a Medicina da investigação. Algumas semanas depois, os quatro professores estavam reunidos quando Lucas apareceu com a lista novamente. Agora havia anotações, setas, interrogações e referências espalhadas pelas margens. O Prof. Dr. Francisco olhou para a folha.

— Ainda com isso?

— Piorou.

— Como assim?

— Quanto mais estudo, mais coisas aparecem.

O Prof. Dr. João Filho riu.

— Bom sinal.

Lucas colocou a folha sobre a mesa.

— Eu queria fazer uma coisa.

Os quatro olharam para ele.

— Estudar essas doenças por casos clínicos. Uma por uma. Começando pelo paciente, sem saber o diagnóstico. Fazer a anamnese, examinar, construir as hipóteses, discutir a fisiopatologia, escolher os exames e procurar as melhores evidências.

O Prof. Dr. Luís cruzou os braços.

— Isso vai levar muito tempo.

— Eu sei.

— Algumas doenças vão exigir eletrocardiografia.

— Eu estudo.

— Outras, hemodinâmica.

— Eu estudo.

— Imagem cardiovascular.

— Também.

O Prof. Dr. Francisco interferiu:

— Estatística.

Lucas hesitou por um segundo.

— Também.

O Prof. Dr. Álvaro observava a conversa em silêncio. Então perguntou:

— E História da Medicina?

Lucas sorriu.

— Com o senhor, imagino que não terei escolha.

O Prof. Dr. Álvaro também sorriu.

— Finalmente está aprendendo alguma coisa.

Foi assim que começou. Lucas ainda não sabia quantos pacientes conheceria, quantos diagnósticos erraria, quantos sopros teria dificuldade de reconhecer ou quantos eletrocardiogramas o fariam permanecer acordado até tarde tentando compreender uma alteração aparentemente insignificante. Não sabia que encontraria pacientes nos quais um detalhe da anamnese seria mais importante do que uma bateria inteira de exames. Não sabia que aprenderia que um teste altamente sensível poderia ser pouco útil em determinada população, que um resultado “normal” não significava necessariamente ausência de doença e que um exame estatisticamente associado a um desfecho poderia ter pouca relevância para aquele indivíduo sentado diante dele. Ainda descobriria que a Medicina Baseada em Evidências começava muito antes da leitura de um artigo. Começava pela capacidade de formular a pergunta correta. Descobriria também que a Cardiologia possuía uma linguagem própria.

O coração falava. Falava pela dor. Pela dispneia. Pela síncope. Pelas palpitações. Pelo edema. Pela cianose. Falava através do pulso arterial, da pressão venosa jugular, do ictus cordis, das bulhas, dos sopros e dos ruídos adicionais. Falava pelo eletrocardiograma. Pelo ecocardiograma. Pela imagem. Pelos biomarcadores. E, algumas vezes, falava por meio do silêncio assustador de um exame aparentemente normal. O desafio do médico era aprender a escutá-lo. Naquela noite, Lucas voltou para casa levando a lista dentro da mochila. Antes de

dormir, abriu novamente o caderno. Na primeira página havia escrito: **Doenças cardiovasculares que preciso estudar**. Ficou alguns segundos olhando para aquela frase. Então passou um traço sobre a palavra *estudar*. Embaixo, escreveu: **Doenças cardiovasculares que preciso compreender**. Parecia melhor. Fechou o caderno. Ainda não sabia, mas aquela lista seria o começo de uma longa jornada. Uma jornada que o levaria da hipertensão arterial às síndromes coronarianas, das arritmias às valvopatias, das miocardiopatias às doenças do pericárdio, das grandes emergências cardiovasculares às complexas cardiopatias congênitas. Em cada encontro, teria de voltar às mesmas ferramentas fundamentais: ouvir, observar, examinar, formular hipóteses, estimar probabilidades, buscar evidências e decidir.

Algumas vezes, o **Prof. Dr. João Filho**, com sua vasta experiência em Cardiologia Clínica, lhe ensinaria a procurar o mecanismo escondido atrás de um sinal. O **Prof. Dr. Francisco**, prático e atento à história psicossocial, lembraria Lucas de que por trás de cada diagnóstico existia uma pessoa, uma família e uma vida que não cabiam inteiramente em um prontuário. O **Prof. Dr. Luís**, excelente escritor e especialista em Medicina Baseada em Evidências, mostraria que nenhum exame complementar deveria ser solicitado sem uma pergunta que justificasse sua realização e que nenhuma evidência deveria ser aplicada sem antes ser compreendida. E o **Prof. Dr. Álvaro**, clínico experiente e apaixonado pela História da Medicina, continuaria levando para as discussões as histórias de Harvey, Laennec, Osler e tantos outros médicos que haviam aprendido, séculos antes, que o conhecimento avança quando alguém se recusa a aceitar que aquilo que já sabemos é suficiente.

Lucas tinha diante de si dezenas de doenças. Mas não seriam apenas doenças. Seriam pacientes. Histórias. Pistas. Erros. Evidências. Decisões. E perguntas. Muitas perguntas. Na manhã seguinte, ao chegar ao hospital, encontrou o Prof. Dr. Álvaro no corredor. O clínico segurava um prontuário.

— Lucas.

— Professor.

O Prof. Dr. Álvaro estendeu-lhe o prontuário.

— Já que decidiu compreender as doenças do coração, talvez seja melhor começar por um coração de verdade.

Lucas pegou o prontuário.

— O que ele tem?

O Prof. Dr. Álvaro começou a caminhar em direção à enfermaria.

— Se eu lhe disser, estrago o caso.

Lucas acompanhou-o.

— Pelo menos uma pista.

O Prof. Dr. Álvaro parou diante da porta de um quarto. Do outro lado, ouvia-se apenas o ruído discreto da enfermaria despertando. O velho clínico olhou para o estudante.

— Escute primeiro.

Abriu a porta. E Lucas entrou.

CAPÍTULO 2

Os que vieram antes

Lucas começou a perceber uma coisa curiosa a respeito de seus professores. A princípio, aquilo lhe parecera apenas coincidência. Durante uma discussão sobre insuficiência cardíaca, o **Prof. Dr. João Filho** mencionara William Harvey. Em outra ocasião, ao explicar a ausculta cardíaca, recordara René Laennec. Certa vez, ao examinar um paciente com estenose aórtica, falara sobre como os médicos haviam aprendido a reconhecer as doenças valvares muito antes que uma imagem ecocardiográfica pudesse mostrar, em movimento, as cúspides de uma valva calcificada. O **Prof. Dr. Francisco** fazia o mesmo. Embora fosse extremamente prático e profundamente interessado na história psicossocial dos pacientes, frequentemente lembrava aos estudantes que a preocupação com o indivíduo — e não apenas com a doença — não era uma invenção moderna.

— A Medicina sempre corre o risco de se apaixonar pela doença e esquecer o doente — dizia.

Em algumas discussões, mencionava Hipócrates. Em outras, lembrava que médicos de diferentes épocas haviam aprendido, às vezes com enorme dificuldade, que ambiente, alimentação, condições de vida, trabalho, pobreza, hábitos e relações sociais modificavam profundamente a saúde. O **Prof. Dr. Luís**, por sua vez, parecia capaz de transformar qualquer conversa sobre Medicina Baseada em Evidências em uma viagem pela história da ciência. Quando falava sobre ensaios clínicos, lembrava que a ideia de comparar intervenções não surgira com os computadores ou com os modernos programas estatísticos. Quando discutia causalidade, falava sobre o desenvolvimento do método científico. Quando explicava vieses, citava erros que atravessaram séculos justamente porque ninguém os submetera adequadamente à observação e à experimentação.

E o **Prof. Dr. Álvaro** era ainda mais impressionante. A história da Medicina parecia estar permanentemente disponível em sua memória. Podia começar uma conversa no Egito antigo, atravessar a Grécia de Hipócrates, chegar à Roma de Galeno, percorrer os grandes médicos do mundo islâmico, entrar nos anfiteatros anatômicos do Renascimento, acompanhar William Harvey em seus experimentos sobre a circulação, ouvir com Laennec os primeiros sons através de um cilindro de madeira e terminar discutindo um estudo clínico publicado na semana anterior.

Lucas começou a desconfiar de que havia alguma coisa importante ali. Talvez aqueles professores soubessem tanta Medicina justamente porque conheciam sua história. A percepção tornou-se mais clara numa manhã de ambulatório. O **Prof. Dr. João Filho** examinava um paciente idoso com dispneia progressiva e sopro sistólico intenso na área aórtica. Depois de auscultá-lo, passou o estetoscópio a Lucas.

— Ouça.

Lucas posicionou o diafragma. Havia um sopro rude, sistólico, crescendo e decrescendo.

— Estenose aórtica?

— Provavelmente.

O **Prof. Dr. João Filho** apontou para o estetoscópio.

— Você sabe quem tornou isso possível?

Lucas imaginou que fosse uma pergunta sobre fonocardiografia.

— Não.

— René Laennec.

Lucas conhecia o nome.

Mas apenas o nome.

— O inventor do estetoscópio.

— Sim. Mas isso é pouco. Saber apenas que alguém inventou alguma coisa é como decorar a resposta sem compreender a pergunta.

O **Prof. Dr. João Filho** continuou:

— Antes dele, o médico encostava diretamente o ouvido no tórax do paciente. Laennec percebeu que podia interpor um cilindro e amplificar os sons. A partir dali, o interior do tórax passou a falar de maneira diferente ao médico.

Lucas olhou novamente para o estetoscópio que segurava. Nunca havia pensado naquele objeto daquela maneira. Era tão cotidiano que parecia ter sempre existido. Naquele mesmo dia, durante o almoço, encontrou o **Prof. Dr. Álvaro**.

— Professor, o senhor acha importante estudar História da Medicina?

O **Prof. Dr. Álvaro** levantou os olhos.

— Acho indispensável.

— Mesmo para quem quer ser cardiologista?

— Principalmente para quem quer ser médico.

Lucas esperou. Sabia que viria alguma explicação.

— Quando você conhece apenas o estado atual da Medicina — continuou o **Prof. Dr. Álvaro** — tudo parece inevitável. O estetoscópio parece inevitável. A circulação do sangue parece óbvia. Lavar as mãos parece óbvio. Usar antibióticos parece óbvio. Fazer um eletrocardiograma parece óbvio. Mas nada disso foi óbvio.

Fez uma pausa.

— Alguém precisou ver aquilo que ninguém via.

Lucas permaneceu em silêncio.

— E, quase sempre, esse alguém enfrentou pessoas perfeitamente convencidas de que já sabiam o suficiente.

Aquela frase o acompanhou até o fim do dia. À noite, Lucas foi à biblioteca da faculdade. Não procurava nenhum tratado específico. Caminhou lentamente entre as estantes, observando títulos de anatomia, fisiologia, patologia, clínica médica, farmacologia e cirurgia. Até que encontrou um livro antigo. Era grosso, de capa escura, pouco manuseado. No dorso, letras douradas já desgastadas pelo tempo: **História da Medicina**. Lucas retirou o volume. Uma fina camada de poeira permaneceu em seus dedos. Sentou-se perto da janela. Abriu o livro. E começou a descobrir que muito antes dos hospitais, das universidades, dos laboratórios, dos antibióticos e dos cardiologistas, já existiam pessoas tentando responder às mesmas perguntas fundamentais: Por que adoecemos? Como reconhecer uma doença? É possível prever sua evolução? É possível impedir a morte?

As primeiras páginas falavam de um tempo em que Medicina, religião, magia e observação da natureza ainda não possuíam fronteiras claras. Durante milhares de anos, diferentes civilizações tentaram compreender o sofrimento humano utilizando os instrumentos intelectuais disponíveis em seu tempo. Plantas eram usadas como medicamentos. Feridas eram tratadas. Fraturas eram imobilizadas. Trepanavam-se crânios. Observavam-se febres, sangramentos, dores, convulsões, alterações da consciência. O conhecimento nascia lentamente, misturando experiência, tradição, crença e tentativa. Lucas percebeu que a Medicina não começara como ciência. Começara como necessidade. Muito antes de alguém compreender fisiologia, alguém precisou aliviar a dor de outro ser humano. Talvez aquele tivesse sido o primeiro gesto médico.

No Egito antigo, encontrou um nome que já ouvira do **Prof. Dr. Álvaro: Imhotep**. Viveu no terceiro milênio antes da era comum e tornou-se uma das figuras mais célebres da tradição médica egípcia. Com o passar dos séculos, seria reverenciado quase como uma figura divina ligada à cura. Mas o que mais interessou Lucas não foi a lenda. Foi perceber que, naquele mundo remoto, já começava a surgir uma forma de observação organizada da doença. Os papiros médicos egípcios preservaram descrições surpreendentemente sistemáticas.

O chamado Papiro de Edwin Smith, cuja cópia conhecida remonta aproximadamente ao século XVII a.C. e provavelmente deriva de material muito mais antigo, descreve dezenas de casos traumáticos de maneira ordenada: exame, achados, diagnóstico, prognóstico e tratamento. É frequentemente apontado como um dos mais antigos textos cirúrgicos conhecidos e como exemplo precoce de raciocínio clínico baseado na observação. Lucas parou de ler. Exame. Diagnóstico. Prognóstico. Tratamento. Quatro palavras que continuavam presentes na Medicina milhares de anos depois. O cenário havia mudado. O raciocínio fundamental, nem tanto.

Depois veio a Grécia. E Hipócrates. Provavelmente nenhum nome atravessara tantos séculos associado à identidade do médico. **Hipócrates de Cós**, que viveu aproximadamente entre os séculos V e IV a.C., tornou-se símbolo de uma transformação intelectual decisiva: a tentativa de compreender a doença como fenômeno natural, e não simplesmente como manifestação sobrenatural. Lucas conhecia o Juramento de Hipócrates. Mas descobriu que a importância daquela tradição era muito maior. A observação do paciente, a descrição da evolução das doenças, o prognóstico, a influência do ambiente e o compromisso ético do médico ganharam enorme importância no pensamento hipocrático. Mesmo que muitas ideias fisiológicas da época estivessem erradas, havia uma mudança essencial. Era possível observar. Era possível comparar. Era possível raciocinar. A doença começava, lentamente, a sair do território exclusivo dos deuses e a entrar no domínio da natureza. Lucas escreveu na margem: **Talvez a Medicina científica tenha começado quando alguém decidiu que a doença precisava de uma explicação natural.**

Séculos depois, em Roma, surgiu outra figura gigantesca. **Cláudio Galeno**. Médico, anatomista e experimentador, Galeno produziu uma obra tão extensa que suas ideias dominariam grande parte da Medicina europeia durante mais de mil anos. Estudou anatomia principalmente a partir de animais, realizou experimentos e procurou relacionar estrutura e função. Acertou muito. Errou também. O problema, percebeu Lucas, não era Galeno ter errado. Todo cientista erra. O extraordinário era que alguns de seus erros seriam repetidos durante séculos porque sua autoridade se tornara maior do que a observação. Aquela conclusão pareceu especialmente importante. Lucas fechou o livro por alguns segundos. Lembrou-se de algo que o **Prof. Dr. Luís** dizia frequentemente:

— Nunca confunda prestígio com evidência.

Agora compreendia que aquilo não era apenas uma recomendação contemporânea. Era uma lição histórica. A autoridade pode organizar o conhecimento. Mas pode também congelá-lo. A queda do Império Romano não fez a Medicina desaparecer. O conhecimento mudou de lugar. Lucas chegou então ao mundo islâmico medieval. Ali encontrou nomes que raramente haviam recebido atenção suficiente em sua formação inicial. **Al-Razi**, conhecido no Ocidente como Rhazes, destacou-se pela observação clínica e por descrições cuidadosas de doenças. Depois veio **Ibn Sina**, Avicena. Seu monumental *Cânone da Medicina*, concluído no início do século XI, reuniu e sistematizou grande parte do conhecimento médico disponível e exerceu enorme influência tanto no mundo islâmico quanto, posteriormente, nas universidades europeias.

A Medicina atravessava fronteiras linguísticas, religiosas e geográficas. Autores gregos eram traduzidos. Comentados. Criticados. Ampliados. Preservados. Lucas percebeu algo que o fascinou. A ciência nunca pertencera completamente a um único povo. O conhecimento

passava de uma civilização para outra como uma chama. Cada geração recebia alguma coisa. Algumas apenas a conservavam. Outras a transformavam.

Então chegou o Renascimento. E com ele uma pergunta perigosa: **E se os antigos estivessem errados?** Lucas sorriu. Sabia que o **Prof. Dr. Álvaro** gostaria daquela pergunta. Em 1543, **Andreas Vesalius** publicou *De Humani Corporis Fabrica*. O livro representava muito mais do que um atlas anatômico. Era uma declaração de independência intelectual. Vesalius insistiu na observação direta do corpo humano por meio da dissecação e demonstrou erros perpetuados pela tradição galênica. O corpo passou a ser novamente interrogado. Não através da autoridade dos textos. Mas através dos próprios olhos. Lucas fez outra anotação: **Quando a observação contradiz a autoridade, a Medicina deve escolher a observação.** Talvez ali estivesse uma das origens mais profundas do pensamento científico moderno. Mas foi algumas décadas depois que Lucas chegou ao nome que parecia surgir em quase todas as conversas de Cardiologia. **William Harvey**. Em 1628, Harvey publicou sua descrição da circulação sanguínea. O sangue não era continuamente produzido e consumido pelos tecidos, como se acreditara durante séculos. Circulava. O coração funcionava como uma bomba. O sangue saía pelas artérias e retornava pelas veias. A conclusão parecia simples apenas porque Lucas nascera séculos depois dela. Harvey utilizou observação, experimentação e raciocínio quantitativo para sustentar sua proposta, estabelecendo um dos marcos da fisiologia cardiovascular moderna.

Lucas pensou no que aprendera sobre débito cardíaco. Frequência cardíaca. Volume sistólico. Pré-carga. Pós-carga. Resistência vascular. Pressão arterial. Tudo aquilo dependia de uma ideia que um dia precisara ser demonstrada. Fechou os olhos por alguns segundos. O coração como bomba. O sangue como circuito. Ali começava, de certa maneira, a Cardiologia que ele desejava estudar. A partir daquele ponto, a velocidade das descobertas parecia aumentar. No século XVIII, **Edward Jenner** demonstrou que era possível proteger seres humanos contra a varíola por meio da vacinação. Uma doença que durante séculos mutilara e matara populações inteiras começava a ser enfrentada não apenas depois que surgia, mas antes.

A prevenção entrava definitivamente entre as grandes forças da Medicina. Depois, no século XIX, uma sequência extraordinária de descobertas transformaria completamente a prática médica. A anestesia permitiu que a cirurgia avançasse para territórios antes quase inacessíveis pela dor. **Ignaz Semmelweis** percebeu que a higiene das mãos podia reduzir drasticamente a febre puerperal. Sua história impressionou Lucas. Uma medida aparentemente elementar enfrentara enorme resistência. O conhecimento não precisava ser apenas descoberto. Precisava ser aceito. E a aceitação nem sempre obedecia à evidência. Vieram então **Louis Pasteur** e a consolidação da teoria microbiana das doenças. **Robert Koch** desenvolveu métodos que ajudaram a relacionar microrganismos específicos a doenças específicas. **Joseph Lister**, influenciado pelos trabalhos de Pasteur, incorporou princípios de antisepsia à cirurgia. O hospital começou lentamente a deixar de ser um local onde infecções eram quase inevitáveis. A Medicina começava a compreender seus inimigos invisíveis.

Lucas continuou avançando. Encontrou **René Laennec**. Em 1816, diante da necessidade de auscultar uma paciente sem realizar a ausculta direta, Laennec utilizou inicialmente um cilindro de papel enrolado. Mais tarde aperfeiçoou a ideia em um instrumento de madeira. Nascia o estetoscópio. O coração adquirira uma nova voz. Sopros. Bulhas. Estalidos. Atritos. Ruídos respiratórios. O interior do corpo podia agora ser ouvido sem ser aberto. Lucas olhou para o próprio estetoscópio, colocado sobre a mesa da biblioteca. Parecia

diferente. Não era apenas um instrumento. Era uma invenção que havia ampliado os sentidos humanos.

O mesmo século via outro avanço essencial: a transformação da observação clínica em conhecimento sistematizado. **William Osler** surgia repetidamente nas páginas. Professor, clínico e uma das figuras mais influentes da educação médica moderna, ajudou a consolidar uma forma de ensino em que o estudante deveria aprender Medicina próximo ao paciente. A enfermaria tornava-se sala de aula. O paciente tornava-se professor. Lucas sorriu. Agora compreendia por que o **Prof. Dr. Álvaro** gostava tanto de Osler. A frase parecia simples: Aprender Medicina ao lado do paciente. Mas ela continha uma filosofia inteira. Nenhum livro substituíria completamente o encontro clínico.

No final do século XIX, **Wilhelm Conrad Röntgen** descobriu os raios X. Pela primeira vez, tornou-se possível observar estruturas internas do corpo sem abri-lo cirurgicamente. Poucos anos depois, outra revolução chegaria diretamente ao coração. A eletricidade cardíaca já era conhecida, mas foi **Willem Einthoven** quem transformou seu registro em ferramenta clínica extraordinariamente útil. Seu galvanômetro de corda permitiu registrar com precisão a atividade elétrica cardíaca e consolidou o eletrocardiograma como instrumento diagnóstico. Einthoven receberia o Nobel de Fisiologia ou Medicina de 1924 por esse trabalho. Lucas olhou para suas próprias anotações de eletrocardiografia. P. QRS. T. PR. QT. Eixo. Bloqueios. Isquemia. Arritmias. Cada pequeno traçado que agora aparecia instantaneamente na tela de um aparelho tinha por trás de si décadas de investigação.

O século XX pareceu explodir em descobertas. **Karl Landsteiner** identificou os principais grupos sanguíneos, tornando as transfusões progressivamente mais seguras. **Frederick Banting** e **Charles Best**, com a contribuição essencial de John Macleod e James Collip, participaram do desenvolvimento da terapia com insulina, transformando o diabetes de doença frequentemente fatal em condição tratável. A descoberta dos antibióticos modificou novamente a expectativa de vida. **Alexander Fleming** observou o efeito antibacteriano da penicilina em 1928. Mais tarde, **Howard Florey**, **Ernst Chain** e suas equipes transformariam aquela observação em tratamento utilizável em larga escala. Fleming, Chain e Florey receberiam conjuntamente o Nobel de 1945.

Mas Lucas estava especialmente atento à Cardiologia. E encontrou uma história quase inacreditável. Em 1929, o médico alemão **Werner Forssmann** introduziu um cateter em uma veia de seu próprio braço e o avançou até o coração, demonstrando que a cateterização cardíaca era possível em um ser humano. Décadas depois, **André Cournand** e **Dickinson Richards** desenvolveriam o método como instrumento de investigação fisiológica e clínica. Os três receberiam o Nobel de Fisiologia ou Medicina em 1956 por seus trabalhos relacionados ao cateterismo cardíaco e à fisiopatologia da circulação. Lucas releu o trecho. Um homem havia introduzido um cateter no próprio coração. Parecia uma cena de ficção. Mas era História da Medicina. Sem aquela sucessão de experimentos, talvez não existissem da mesma maneira a hemodinâmica moderna, a angiografia coronariana e toda a Cardiologia intervencionista que viria posteriormente.

Outras fronteiras começaram a cair. A cirurgia cardíaca avançou. A circulação extracorpórea tornou possível interromper temporariamente o coração enquanto cirurgias corrigiam defeitos intracardíacos. Marcapassos começaram a controlar ritmos que antes levavam à síncope ou à morte. As unidades coronarianas surgiram. A ressuscitação cardiopulmonar foi sistematizada. A desfibrilação transformou determinadas arritmias fatais

em eventos potencialmente reversíveis. A cirurgia de revascularização miocárdica passou a oferecer uma nova possibilidade terapêutica para pacientes com doença coronariana. Depois veio a angioplastia coronariana. Stents. Stents farmacológicos. Cirurgia valvar. Próteses. Dispositivos implantáveis. Ablação por cateter. Terapia de ressincronização. Intervenções estruturais. Substituição valvar aórtica por cateter. O coração, que durante milênios somente podia ser observado externamente, passara a ser auscultado, registrado eletricamente, visualizado, cateterizado, operado e tratado por dentro. Lucas achou aquilo extraordinário.

Mas a maior transformação talvez não estivesse apenas nos instrumentos. Estava na forma de decidir. O **Prof. Dr. Luís** havia falado repetidas vezes sobre isso. Durante grande parte da história, o conhecimento médico fora transmitido principalmente pela autoridade, pela experiência e pela tradição. Essas coisas continuavam importantes. Mas já não eram suficientes. O século XX trouxe o crescimento dos estudos epidemiológicos, da estatística médica e dos ensaios clínicos controlados. A pergunta deixou de ser apenas: **“Este tratamento parece funcionar?”** Passou a ser: **“Quando comparado adequadamente a outra estratégia, em pacientes semelhantes, ele realmente melhora desfechos?”** Essa mudança alterou profundamente a Medicina. A experiência individual permaneceu valiosa. Mas tornou-se necessário confrontá-la com dados obtidos de grupos de pacientes estudados de maneira sistemática. Foi nesse contexto que a expressão **Medicina Baseada em Evidências** ganhou força no final do século XX.

Lucas compreendeu então algo importante. A Medicina Baseada em Evidências não significava substituir o médico por artigos científicos. Significava integrar a melhor evidência disponível à competência clínica e às características, circunstâncias e valores do paciente. O conhecimento deixava de ser uma coleção de certezas. Transformava-se em estimativas de probabilidade. Benefício absoluto. Risco relativo. Número necessário para tratar. Intervalos de confiança. Sensibilidade. Especificidade. Razões de verossimilhança. Probabilidade pré-teste. Probabilidade pós-teste. Era a linguagem que o **Prof. Dr. Luís** tanto insistia que Lucas aprendesse. Agora ele percebia que aquela linguagem também tinha uma história.

O século XX avançou ainda mais. A estrutura do DNA revelou uma nova dimensão da doença. A biologia molecular permitiu compreender mecanismos que antes eram invisíveis. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética começaram a produzir imagens cada vez mais detalhadas do organismo vivo. O ecocardiograma permitiu observar o coração em movimento. O Doppler tornou possível estudar fluxos. A medicina nuclear acrescentou informação funcional. A genética passou a identificar doenças hereditárias e predisposições. O sequenciamento do genoma humano abriu novas possibilidades para compreender risco, diagnóstico e tratamento, e a incorporação da genômica à prática clínica continuou crescendo nas décadas seguintes.

A Medicina entrava em uma nova época. Terapias direcionadas. Medicina de precisão. Dispositivos cada vez menores. Cirurgia minimamente invasiva. Intervenções percutâneas. Inteligência artificial. Grandes bancos de dados. Genômica. Proteômica. Biomarcadores. Mas, curiosamente, quanto mais Lucas avançava pelas páginas, mais percebia que as perguntas fundamentais continuavam parecidas. O que o paciente sente? Quando começou? Por que começou? Que doença pode explicar isso? Qual é a probabilidade? Que sinal devo procurar? Que exame pode ajudar? Que tratamento realmente funciona? Como posso saber?

Quando finalmente fechou o livro, a biblioteca estava quase vazia. Lucas olhou para o relógio. Havia passado horas ali. Sobre a mesa estavam seus cadernos de Cardiologia, o livro de História da Medicina e o estetoscópio. Três objetos. Passado. Presente. E futuro. Ele ficou alguns segundos olhando para eles. Então compreendeu por que seus professores conheciam tanta História da Medicina.

O **Prof. Dr. João Filho** sabia que, antes de existir o ecocardiograma, alguém precisara aprender a reconhecer a doença pelo pulso, pelas bulhas e pelos sopros. O **Prof. Dr. Francisco** sabia que, desde Hipócrates, observar o ambiente e a vida do paciente podia ser tão importante quanto nomear sua doença. O **Prof. Dr. Luís** sabia que a Medicina progredira justamente quando aprendera a questionar autoridades, comparar hipóteses e exigir evidências. E o **Prof. Dr. Álvaro** compreendia talvez a lição mais ampla de todas: a Medicina não era uma sequência de descobertas inevitáveis. Era uma sequência de perguntas. No dia seguinte, Lucas levou o livro para a sala dos professores.

O **Prof. Dr. Álvaro** foi o primeiro a perceber.

— Finalmente encontrou.

Lucas colocou o livro sobre a mesa.

— O senhor sabia que ele estava na biblioteca?

— Há anos.

— Por que nunca me disse?

O **Prof. Dr. Álvaro** sorriu.

— Porque algumas coisas precisam ser encontradas.

O **Prof. Dr. João Filho** aproximou-se.

— Até onde chegou?

— Até a Medicina contemporânea.

— Então ainda não terminou.

Lucas franziu a testa.

— O livro termina ali.

— A História da Medicina não.

O **Prof. Dr. Luís** entrou naquele momento.

— E provavelmente nunca terminará.

O **Prof. Dr. Francisco** colocou alguns prontuários sobre a mesa.

— Espero apenas que depois dessa viagem de cinco mil anos vocês ainda tenham tempo para ver os pacientes desta manhã.

Todos riram.

Lucas fechou o livro. O **Prof. Dr. Francisco** apontou para ele.

— O que aprendeu?

Lucas pensou antes de responder. Poderia falar de Imhotep. Hipócrates. Galeno. Avicena. Vesalius. Harvey. Jenner. Semmelweis. Pasteur. Koch. Lister. Laennec. Osler. Röntgen. Einthoven. Fleming. Forssmann. Cournand. Richards. Poderia falar de anatomia, circulação, microrganismos, anestesia, assepsia, vacinas, antibióticos, eletrocardiografia, cateterismo, cirurgia cardíaca, imagem, genética e Medicina Baseada em Evidências. Mas percebeu que havia aprendido algo maior.

— Que quase tudo aquilo que hoje parece óbvio algum dia precisou ser descoberto.

O **Prof. Dr. Álvaro** assentiu.

— E?

Lucas continuou:

— Que muitas descobertas aconteceram porque alguém desconfiou de uma certeza.

O **Prof. Dr. Luís** sorriu.

— Melhor.

Lucas olhou para o estetoscópio sobre a mesa.

— E que eu nunca mais vou olhar para alguns instrumentos da mesma maneira.

O **Prof. Dr. João Filho** pegou um dos prontuários.

— Ótimo. Então venha descobrir se cinco mil anos de Medicina ajudam neste caso.

Entregou-o a Lucas. Era um homem de sessenta e oito anos. Dispneia progressiva. Dor torácica aos esforços. Dois episódios recentes de síncope. Lucas leu novamente. Depois olhou para o **Prof. Dr. João Filho**.

— Posso examinar o paciente antes de ver o ecocardiograma?

O professor sorriu.

— Agora você está começando a entender.

Lucas colocou o prontuário debaixo do braço. Ao sair da sala, passou pelo corredor que levava à enfermaria. Levava consigo um estetoscópio inventado no século XIX, utilizaria

conceitos de circulação demonstrados no século XVII, examinaria o paciente seguindo uma tradição clínica construída ao longo de milênios e, se necessário, recorreria a exames capazes de mostrar em segundos aquilo que gerações inteiras de médicos jamais haviam conseguido ver. Mas havia uma coisa que não mudara. Diante da porta do quarto, Lucas guardou o prontuário. Antes de entrar, lembrou-se do conselho do **Prof. Dr. Álvaro**. Primeiro, observar. Depois, ouvir. Depois, examinar. Depois, pensar. Somente então pedir exames. Lucas abriu a porta. O paciente estava sentado junto à janela.

— Bom dia. Meu nome é Lucas. Sou estudante de Medicina.

O homem olhou para ele.

— Bom dia.

Lucas puxou uma cadeira e sentou-se ao lado da cama. Abriu o caderno. Por alguns segundos, pensou em todos aqueles que haviam feito exatamente o mesmo gesto antes dele. Médicos sem estetoscópios. Sem eletrocardiogramas. Sem radiografias. Sem antibióticos. Sem ecocardiogramas. Sem computadores. Todos diante de outro ser humano tentando compreender o que estava acontecendo. Lucas então fez aquilo que talvez fosse uma das atitudes mais antigas de toda a Medicina. Perguntou:

— O que o senhor está sentindo?

E ouviu.

CAPÍTULO 3

O Médico Além da Doença

O paciente demorou alguns segundos antes de responder.

— Cansaço.

Lucas esperou. Lembrou-se de que o silêncio também podia fazer parte da anamnese.

— Cansaço como?

O homem pareceu não compreender exatamente a pergunta.

— Cansaço... assim... falta de força.

Lucas percebeu imediatamente o problema. *Cansaço* podia significar quase qualquer coisa. Poderia ser dispneia. Astenia. Fadiga muscular. Intolerância ao esforço. Sonolência.

Desânimo. Ou simplesmente a maneira encontrada pelo paciente para expressar algo que ele próprio não conseguia definir. Lucas tentou novamente.

— Quando o senhor sente esse cansaço?

— Quando faço as coisas.

— Que coisas?

— As coisas de casa.

Lucas anotou, mas percebeu que continuava sabendo muito pouco.

— O senhor consegue caminhar normalmente?

— Consigo.

— Quanto?

O homem deu de ombros.

— Normal.

Lucas sentiu uma pequena inquietação. *Normal* também não significava praticamente nada. Olhou discretamente para suas anotações. **Dispneia progressiva. Dor torácica aos esforços. Dois episódios de síncope.** Parecia simples quando escrito no prontuário. Diante do paciente, não era. Como quantificar aquela dispneia? Em que momento começara? Era realmente dispneia ou fadiga? Progredira durante semanas, meses ou anos? Ocorria apenas aos esforços? Havia ortopneia? Dispneia paroxística noturna? Edema? Palpitações? A dor era realmente anginosa? Onde começava? Irradiava? Quanto tempo durava? Era precipitada sempre pelo mesmo grau de esforço? Melhorava com repouso? E a síncope? O paciente perdera completamente a consciência? Por quanto tempo? Houvera pródromos? Aconteceu durante esforço ou em repouso? Havia movimentos anormais? Trauma? Confusão depois do episódio? Lucas conhecia as perguntas. Ou acreditava conhecer. Mas, naquele instante, descobriu uma diferença importante entre **saber quais perguntas existem** e **saber conduzir uma anamnese**. Voltou ao paciente.

— Quando começou esse cansaço?

— Já tem um tempo.

— Quanto tempo mais ou menos?

— Ah, doutor... tem bastante tempo.

Lucas quase perguntou novamente *quanto?*, mas percebeu que repetiria a mesma estratégia e provavelmente receberia a mesma resposta. Tentou construir uma referência.

— No Natal passado, o senhor já sentia isso?

O homem pensou.

— Sentia, mas era menos.

Lucas anotou.

— E no São João?

— Aí já estava pior.

Agora havia uma cronologia. Sorriu discretamente. A anamnese começava a fazer sentido. Talvez entrevistar um paciente fosse também encontrar a linguagem adequada para aquela pessoa. Ele continuou. Descobriu que o homem morava em uma pequena comunidade afastada do centro da cidade. Tinha trabalhado durante décadas como pedreiro e, depois que se aposentara, complementava a renda realizando pequenos serviços quando apareciam. Morava com a esposa. Tinham três filhos. Dois viviam em outras cidades. Uma filha morava nas proximidades e ajudava quando podia.

— O senhor toma algum remédio?

— Tomo.

— Quais?

O paciente retirou do bolso um pequeno saco plástico. Dentro havia quatro cartelas diferentes. Algumas estavam cortadas. Outras não tinham mais a embalagem original. Lucas tentou identificar os medicamentos.

— O senhor toma todos os dias?

O homem hesitou.

— Quando tem.

Lucas ergueu os olhos.

— Como assim?

— Quando o posto tem eu pego. Quando não tem, às vezes compro.

— E quando não consegue comprar?

— Aí espero.

A resposta foi dita com naturalidade. Como se interromper um medicamento fosse apenas mais uma parte inevitável da vida. Lucas sentiu alguma coisa mudar dentro dele. Até aquele momento, nas aulas de Farmacologia e Cardiologia, o tratamento parecia obedecer a uma lógica relativamente organizada. Diagnóstico. Indicação. Prescrição. Dose. Resposta terapêutica. Mas havia algo entre a prescrição e o paciente que não aparecia nas tabelas. Dinheiro. Distância. Transporte. Escolaridade. Compreensão. Disponibilidade do

medicamento. Rede familiar. Acesso ao serviço de saúde. Lucas escreveu no canto da folha: **Adesão?** Depois riscou. A palavra parecia incompleta. Talvez o paciente não estivesse simplesmente *deixando de aderir* ao tratamento. Talvez existissem barreiras que ele sequer tivera oportunidade de escolher.

— O senhor mede a pressão?

— Às vezes.

— Onde?

— Quando tem aquela ação lá na associação.

— Que ação?

— O pessoal vai lá medir pressão e açúcar.

Lucas perguntou mais. Descobriu que, algumas vezes por ano, profissionais de saúde realizavam atividades na associação de moradores da comunidade.

— Vai muita gente?

— Vai. Principalmente os mais velhos.

— E fazem palestras?

— De vez em quando.

— Sobre o quê?

O homem pensou.

— Diabetes... pressão... essas coisas.

Lucas ficou alguns segundos em silêncio. Uma ideia surgiu discretamente. Ainda não tinha forma. Mas permaneceria com ele. Prosseguiu com a história clínica. O paciente relatou hipertensão arterial havia muitos anos. Não sabia exatamente quando fora diagnosticada. Não sabia quais haviam sido seus maiores valores de pressão arterial. Nunca fumara regularmente, embora tivesse experimentado cigarros quando jovem. Não sabia informar seu colesterol. Tinha um irmão que morrera subitamente aos sessenta e poucos anos.

— De quê?

— Coração.

Lucas esperou.

— Infarto?

— Disseram que foi.

— Ele estava internado?

— Não. Caiu em casa.

Aquilo abriu outra sequência de possibilidades. Morte súbita. Doença coronariana. Arritmia. Estenose aórtica familiar? Cardiomiopatia? Ou simplesmente uma informação familiar imprecisa? Mais uma vez, a anamnese não entregava respostas. Entregava probabilidades. Quando chegou à dor torácica, Lucas tentou seguir mentalmente aquilo que havia estudado. Localização. Qualidade. Irradiação. Intensidade. Duração. Fatores precipitantes. Fatores de alívio. Sintomas associados.

— Onde dói?

O paciente colocou a mão espalmada no centro do tórax. Lucas observou o gesto.

— Como é essa dor?

— Aperta.

— Irradia para algum lugar?

O homem tocou o pescoço.

— Às vezes sobe para cá.

— Quando acontece?

— Quando ando mais rápido. Principalmente na ladeira.

— E o que o senhor faz?

— Paro.

— E melhora?

— Melhora.

Lucas sentiu a atenção aumentar. A descrição era sugestiva de angina de esforço. Mas sabia que uma boa anamnese não deveria terminar quando uma hipótese se tornava confortável. Continuou.

— Quanto tempo leva para melhorar?

— Uns cinco minutos.

— Acontece em repouso?

— Não.

— Tem suor frio?

— Algumas vezes.

— Náusea?

— Não.

A cada resposta, Lucas tentava calcular mentalmente alguma coisa que ainda não sabia expressar em números. A probabilidade estava mudando. O **Prof. Dr. Luís** teria dito que aquela era a essência do raciocínio clínico: cada nova informação modificava uma probabilidade prévia. Mas havia também a síncope. E aquilo o incomodava.

— Quero que o senhor me conte exatamente o que aconteceu quando desmaiou.

— Foi na rua.

— O senhor estava fazendo o quê?

— Subindo a ladeira.

Lucas parou de escrever.

— Subindo?

— Sim.

— Sentiu alguma coisa antes?

— Fiquei tonto.

— Teve dor no peito?

— Acho que sim.

— Palpitação?

— Não lembro.

— Perdeu completamente a consciência?

— Disseram que sim.

— Quanto tempo?

— Pouquinho.

— Quando acordou, estava confuso?

— Não.

Lucas apoiou a caneta sobre o prontuário. Dispneia aos esforços. Dor torácica típica. Síncope aos esforços. Lembrou imediatamente da tríade clássica associada à estenose aórtica sintomática. Mas o **Prof. Dr. Francisco** certamente perguntaria:

— E o que mais pode causar isso?

Lucas começou mentalmente a construir o diagnóstico diferencial. Doença arterial coronariana. Arritmia. Cardiomiopatia hipertrófica. Hipotensão relacionada ao esforço. Distúrbios de condução. Outras causas estruturais. Talvez até causas não cardíacas para alguns dos sintomas. Sentiu a cabeça cheia. Quanto mais perguntava, mais dúvidas apareciam. E foi naquele momento que compreendeu outra coisa. As dúvidas não eram sinal de fracasso. Eram sinal de que começava a enxergar a complexidade. Quando terminou a primeira parte da entrevista, saiu do quarto e encontrou o **Prof. Dr. Álvaro** no corredor.

— E então?

Lucas soltou o ar.

— Tenho mais dúvidas agora do que antes de entrar.

O **Prof. Dr. Álvaro** sorriu.

— Excelente.

Lucas pareceu surpreso.

— Excelente?

— O estudante perigoso é aquele que faz cinco perguntas e acredita que já compreendeu o paciente.

Caminharam alguns metros.

— Professor, é difícil.

— Claro que é.

— Parece simples quando lemos uma anamnese pronta.

— Porque você recebe o raciocínio depois que alguém já organizou o caos.

O **Prof. Dr. Álvaro** parou.

— O paciente não conta uma história clínica. Ele conta a vida dele. É o médico que precisa transformar essa narrativa em informação clínica sem destruir a narrativa original.

Lucas gostou daquela frase.

— Então anamnese é interpretação?

— Em grande parte. Mas uma interpretação disciplinada. Você não pode colocar na boca do paciente aquilo que gostaria que ele tivesse dito.

Continuaram andando.

— E deve lembrar outra coisa.

— O quê?

— Quando pergunta onde ele mora, quanto ganha, se consegue comprar os medicamentos, quem prepara a comida, se sabe ler a receita ou se possui alguém que o acompanhe, você não está abandonando a Medicina para fazer assistência social.

O **Prof. Dr. Álvaro** olhou para ele.

— Você está fazendo Medicina.

A frase o acompanhou durante todo o dia. No final da tarde, Lucas encontrou o **Prof. Dr. Francisco**. Contou-lhe sobre o paciente e sobre a dificuldade em utilizar regularmente os medicamentos. O **Prof. Dr. Francisco** ouviu com atenção.

— Você perguntou por quê?

— Sim. Às vezes não encontra no posto e não consegue comprar.

— Então esse dado é tão importante quanto saber a dose.

Lucas ficou em silêncio. O **Prof. Dr. Francisco** continuou:

— Nós gostamos muito da palavra “adesão”. É uma palavra útil. Mas, às vezes, ela nos permite colocar toda a responsabilidade sobre o paciente. Dizemos que ele “não aderiu”, encerramos a questão e seguimos em frente.

— E não é assim?

— Às vezes é. Mas outras vezes o sujeito mora a vinte quilômetros da unidade de saúde, precisa pegar dois transportes, recebe um salário mínimo, compra comida para a família inteira e recebe uma receita com seis medicamentos. Antes de chamá-lo de não aderente, é melhor descobrir qual problema estamos realmente tentando resolver.

Aquilo parecia óbvio depois de dito. Mas Lucas percebeu que nunca pensara profundamente sobre o assunto.

— Então o contexto social muda a doença.

— Muda o risco de adoecer, muda a possibilidade de diagnosticar, muda o tratamento e muda o prognóstico.

O **Prof. Dr. Francisco** fez uma pausa.

— Às vezes muda até aquilo que chamamos de escolha.

Naquela noite, Lucas voltou para casa pensando na própria comunidade. Conhecia aquelas ruas desde criança. Conhecia pessoas que tinham hipertensão e não sabiam. Pessoas que sabiam, mas não tratavam. Pessoas que tomavam medicamentos apenas quando sentiam dor de cabeça. Homens que diziam não precisar ir ao médico porque “não estavam sentindo nada”. Mulheres que cuidavam dos filhos, dos maridos, dos pais idosos e adiavam indefinidamente o próprio cuidado. Idosos que não compreendiam as receitas. Pessoas que fumavam havia décadas. Outras que consumiam alimentos ricos em sal porque eram baratos, disponíveis e culturalmente presentes em praticamente todas as refeições. Havia obesidade. Sedentarismo. Diabetes. Hipertensão. Tabagismo. Consumo excessivo de álcool. Havia também desemprego. Baixa renda. Solidão. Escolaridade limitada. Dificuldade de transporte. Acesso irregular aos serviços de saúde. E havia informação equivocada. Muita. Lucas lembrou-se de um vizinho que interrompera o anti-hipertensivo porque a pressão havia “normalizado”. De uma senhora que acreditava que medicamento para colesterol “enfraquecia o coração”. De um homem que só procurara atendimento depois de meses sentindo dor no peito porque acreditava que era apenas “gás”. Pensou, então, em algo que até aquele momento quase nunca relacionara à sua futura profissão. Talvez tornar-se médico não significasse apenas atender aqueles que conseguissem chegar até o consultório.

No dia seguinte, comentou isso com o **Prof. Dr. João Filho**.

— Professor, o médico deveria fazer alguma coisa fora do hospital?

O **Prof. Dr. João Filho** olhou para ele.

— O que você está imaginando?

— Não sei exatamente. Educação em saúde. Conversar com as pessoas. Ensinar sobre hipertensão, infarto, sinais de alerta...

O professor assentiu.

— Por que não?

— Não sei se isso realmente muda alguma coisa.

O **Prof. Dr. João Filho** apoiou os braços sobre a mesa.

— Lucas, grande parte da Cardiologia trata consequências de processos que começaram muitos anos antes.

Hipertensão. Diabetes. Dislipidemia. Tabagismo. Obesidade. Sedentarismo. Doença renal. Alimentação inadequada. A doença cardiovascular clínica podia aparecer aos cinquenta, sessenta ou setenta anos, mas a história natural muitas vezes começara décadas antes.

— Se você consegue interferir antes — continuou o **Prof. Dr. João Filho** — não está fazendo uma Medicina menor. Está tentando evitar que o paciente precise de uma Medicina muito maior depois.

Lucas entendeu. Prevenção não era a ausência da doença. Era a possibilidade de alterar sua trajetória. O **Prof. Dr. Luís** acrescentaria outra camada àquela ideia. Quando Lucas lhe contou que gostaria de fazer palestras em sua comunidade, o professor não rejeitou a proposta. Mas fez uma pergunta. Como sempre.

— O que você pretende mudar?

Lucas não soube responder imediatamente.

— Informar as pessoas.

— Informar é o método. Estou perguntando qual é o desfecho.

Lucas sorriu. Era exatamente o tipo de pergunta que esperaria do **Prof. Dr. Luís**.

— Talvez aumentar o conhecimento sobre hipertensão.

— Melhor.

— Fazer com que as pessoas meçam a pressão.

— Melhor ainda.

— Reconheçam sintomas de infarto e AVC.

— Continue.

— Parem de fumar. Procurem atendimento mais cedo. Entendam por que não devem interromper medicamentos sozinhas.

O **Prof. Dr. Luís** assentiu.

— Agora você está formulando objetivos.

Lucas pegou o caderno.

— Então uma palestra também deveria ser baseada em evidências?

— Evidentemente.

— Parece exagero.

— Não é.

O **Prof. Dr. Luís** aproximou-se.

— Se você vai dizer a cem pessoas que determinado comportamento reduz o risco cardiovascular, deve ter uma boa razão para afirmar isso. Se vai ensinar quando procurar uma emergência, precisa fornecer uma orientação correta. Se vai falar sobre alimentação, atividade física, tabagismo ou medicamentos, deve distinguir evidência de opinião.

Lucas anotava.

— E tem outra coisa — continuou o **Prof. Dr. Luís**. — Informação tecnicamente correta pode ser completamente inútil se ninguém conseguir entendê-la.

Lucas ergueu os olhos.

— Então precisamos adaptar a linguagem.

— Exatamente. Comunicação também é uma intervenção.

A ideia cresceu. Primeiro imaginou uma palestra. Depois percebeu que talvez não bastasse. Começou a pensar em encontros periódicos nos centros comunitários. Associações de moradores. Escolas. Igrejas. Grupos de idosos. Praças. Unidades básicas de saúde. Poderiam conversar sobre pressão arterial. Ensinar que hipertensão frequentemente não provoca sintomas. Explicar quais valores exigiam avaliação. Mostrar por que o tratamento não deveria ser interrompido simplesmente porque a pressão havia normalizado. Falar sobre diabetes. Colesterol. Tabagismo. Obesidade. Atividade física. Alimentação. Sinais de infarto. Sinais de acidente vascular cerebral. Quando procurar atendimento imediatamente. Por que o tempo importava. Talvez pudessem ensinar as pessoas a reconhecer fatores de risco antes que eles produzissem eventos irreversíveis. Lucas percebeu que uma informação simples, se transmitida à pessoa certa e no momento adequado, podia modificar uma decisão. E uma decisão modificada podia alterar a história natural de uma doença. Talvez alguém comesse a tratar a hipertensão antes de desenvolver hipertrofia ventricular esquerda. Talvez alguém abandonasse o cigarro antes do primeiro infarto. Talvez uma família reconhecesse os sinais de um acidente vascular cerebral e procurasse atendimento imediatamente. Talvez uma pessoa com dor torácica não permanecesse horas em casa esperando a dor passar. Talvez um diabético compreendesse que não sentir sintomas não significava ausência de risco. E talvez um estudante de Medicina pudesse participar disso.

Mas o **Prof. Dr. Francisco** fez questão de acrescentar uma advertência.

— Não vá à comunidade acreditando que você vai ensinar e eles apenas vão aprender.

Lucas franziu a testa.

— Como assim?

— Pergunte primeiro o que eles precisam saber.

O professor continuou:

— Talvez você prepare uma palestra brilhante sobre colesterol e descubra que metade das pessoas quer entender como conseguir os medicamentos prescritos. Talvez queira falar sobre dieta mediterrânea para uma população cuja maior preocupação é conseguir colocar comida na mesa.

Lucas permaneceu em silêncio.

— Educação em saúde sem conhecer a realidade social pode virar apenas uma palestra bonita.

A frase doeu um pouco. Porque era verdadeira. O **Prof. Dr. Francisco** continuou:

— Você não precisa abandonar a evidência. Precisa colocá-la dentro da realidade.

Naquela tarde, Lucas escreveu uma nova frase na última página do caderno. Primeiro: **O médico deve tratar doenças**. Olhou para ela. Parecia incompleta. Acrescentou: **O médico deve prevenir doenças**. Ainda não bastava. Escreveu mais: **O médico deve compartilhar conhecimento**. Parou novamente. E finalmente escreveu: **O médico pode ser um agente de transformação da comunidade em que vive**. Ficou olhando para a frase. A palavra *pode* o incomodou. Riscou. Escreveu novamente: **O médico deve procurar ser um agente de transformação da comunidade em que vive**. Agora parecia melhor. Não porque o médico pudesse resolver pobreza, desigualdade, violência, desemprego, falta de saneamento ou todos os problemas estruturais de uma sociedade. Lucas não era ingênuo. Compreendia que muitos determinantes da saúde exigiam políticas públicas, organização social e decisões que ultrapassavam enormemente a capacidade individual de qualquer profissional. Mas isso não significava que o médico fosse impotente. Poderia informar. Orientar. Ouvir. Identificar vulnerabilidades. Estimular prevenção. Aproximar pessoas dos serviços de saúde. Combater desinformação. Participar de campanhas. Trabalhar com outros profissionais. Apoiar ações comunitárias. Ensinar estudantes. Formar multiplicadores. Defender medidas comprovadamente benéficas à saúde da população. E, sobretudo, utilizar o lugar social que lhe fora concedido para produzir algum benefício além das paredes do consultório.

Dias depois, Lucas comentou com o **Prof. Dr. Álvaro** que começava a imaginar encontros comunitários sobre prevenção cardiovascular. Esperava aprovação imediata. O professor, porém, fez apenas uma pergunta:

— Por que você quer fazer isso?

Lucas pensou.

— Porque há muita gente que poderia evitar doenças se tivesse mais informação.

O **Prof. Dr. Álvaro** permaneceu em silêncio. Lucas continuou.

— E porque talvez eu possa ajudar.

O professor assentiu lentamente.

— Então não esqueça de uma coisa.

— Qual?

— Nunca vá como alguém superior que desce até uma comunidade para ensinar os ignorantes.

Lucas ficou sério.

— Vá como médico.

— Qual a diferença?

O Prof. Dr. Álvaro sorriu.

— O verdadeiro médico primeiro escuta.

Lucas reconheceu imediatamente aquela palavra. Escutar. Era a mesma recomendação dada antes da anamnese. Percebeu então uma conexão que nunca havia imaginado. Talvez atender um paciente e trabalhar com uma comunidade comessem da mesma maneira. Primeiro, ouvir. Depois compreender. Somente então tentar ajudar. Na semana seguinte, Lucas retornou ao paciente de sessenta e oito anos. A investigação prosseguiria. Ainda seria necessário realizar o exame cardiovascular detalhado. Caracterizar o pulso. Medir adequadamente a pressão arterial. Observar a pressão venosa jugular. Palpar o precórdio. Identificar o ictus cordis. Auscultar cuidadosamente as bulhas. Caracterizar o sopro. Procurar irradiação para as carótidas. Investigar sinais de insuficiência cardíaca. Construir probabilidades. Solicitar os exames adequados. Interpretar o eletrocardiograma. Analisar o ecocardiograma. Talvez discutir indicação de intervenção. Havia muito a aprender. Mas antes de começar o exame, Lucas sentou-se novamente ao lado da cama.

— Posso lhe fazer mais algumas perguntas?

O homem sorriu.

— Pode, doutor.

Lucas ainda não era doutor. Mas não o corrigiu. Pegou o caderno. Havia dezenas de perguntas que queria fazer. Algumas sobre o coração. Outras sobre a vida. E começava a perceber que separar completamente essas duas coisas talvez fosse impossível. Naquele momento, Lucas entendeu que aprender Cardiologia exigiria muito mais do que conhecer dezenas de doenças cardiovasculares. Precisaria compreender fisiopatologia. Semiologia. Eletrocardiografia. Imagem. Farmacologia. Epidemiologia. Estatística. Medicina Baseada em Evidências. História da Medicina. Mas precisaria aprender também sobre pessoas. Famílias. Comunidades. Vulnerabilidade. Comunicação. Prevenção. Responsabilidade social. Porque um médico podia salvar uma vida tratando um infarto. Mas talvez pudesse salvar muitas outras ajudando a impedir que o primeiro infarto acontecesse. Lucas abriu uma nova página do caderno. No alto escreveu: **O que um médico pode fazer antes que a doença chegue ao hospital?** Ficou olhando para a pergunta. Ainda não conhecia todas as respostas. Mas já sabia onde começaria a procurá-las. Na comunidade de onde viera. Entre as pessoas que conhecia. Nas escolas. Nas associações. Nos centros comunitários. Onde houvesse alguém disposto a ouvir — e, sobretudo, onde houvesse alguém que precisasse ser ouvido. Fechou o caderno. O coração que Lucas desejava compreender começava a parecer maior do que imaginara. Não terminava no tórax. Estendia-se à família. À casa. À rua. Ao trabalho. À escola. À comunidade. À sociedade. E talvez aquela fosse uma das primeiras grandes lições de sua formação: **a história natural de uma doença não é escrita apenas pela biologia.** É escrita também pelas condições em que uma pessoa nasce, cresce, trabalha, aprende, se alimenta, envelhece e consegue — ou não — acessar cuidado e informação. Se a Medicina desejava modificar essa história, não poderia olhar apenas para a doença já instalada. Precisaria, algumas vezes, chegar antes dela.

Naquela noite, Lucas voltou a abrir o livro de História da Medicina que encontrara na biblioteca. Folheou algumas páginas sem procurar nada específico. Imhotep. Hipócrates. Galeno. Avicena. Vesalius. Harvey. Laennec. Semmelweis. Pasteur. Osler. Einthoven. Tantos

nomes. Tantas descobertas. Durante séculos, a Medicina parecera avançar movida por homens e mulheres que haviam conseguido enxergar algo que os demais ainda não enxergavam. Mas Lucas começava a compreender que havia outra história da Medicina. Uma história menos celebrada. Não estava necessariamente nos grandes tratados. Não tinha sempre datas precisas. Não produzia necessariamente prêmios.

Era a história dos médicos que haviam entrado em pequenas comunidades, atravessado estradas, visitado casas, vacinado crianças, orientado famílias, combatido epidemias, ensinado higiene, identificado pessoas doentes antes que suas doenças se tornassem irreversíveis e levado conhecimento médico a lugares onde ele dificilmente chegaria de outra maneira. Talvez também ali estivesse uma forma de grandeza. Lucas fechou o livro. Começava a perceber que o médico ocupava uma posição peculiar na sociedade. As pessoas lhe confiavam seus corpos. Seus medos. Seus segredos. Suas famílias. Às vezes, até decisões sobre a própria vida. Essa confiança concedia ao médico conhecimento e influência. E influência trazia responsabilidade. Não a responsabilidade arrogante de decidir como as pessoas deveriam viver. Mas a responsabilidade de utilizar o conhecimento adquirido para ampliar possibilidades. Explicar. Alertar. Prevenir. Orientar. Combater informações falsas. Dar às pessoas instrumentos para que pudessem tomar decisões melhores sobre a própria saúde.

Lucas compreendeu que **informação também podia ser uma forma de intervenção médica**. Uma orientação adequada sobre tabagismo podia anteceder em décadas um infarto que jamais aconteceria. O reconhecimento precoce de hipertensão poderia impedir um acidente vascular cerebral. A explicação correta sobre adesão terapêutica poderia evitar uma descompensação de insuficiência cardíaca. O ensino dos sinais de alarme de um infarto poderia reduzir o tempo entre o início dos sintomas e a procura por atendimento. A identificação de uma criança ou adolescente com obesidade e fatores de risco poderia modificar uma trajetória cardiovascular inteira. A Medicina preventiva trabalhava com acontecimentos que, quando bem-sucedida, ninguém chegaria a ver. Esse pensamento o fascinou. Um cirurgião podia olhar para o paciente que salvara. Um cardiologista intervencionista podia ver a artéria coronária novamente aberta. Mas aquele que prevenia uma doença talvez nunca soubesse exatamente qual evento deixara de acontecer. O benefício existia justamente na ausência do acontecimento.

Lucas começou então a imaginar sua comunidade de maneira diferente. Não apenas como o lugar onde crescera. Mas como um território de saúde. Havia ali pessoas. Famílias. Escolas. Igrejas. Associações de moradores. Comerciantes. Professores. Agentes comunitários. Profissionais das unidades de saúde. Lideranças locais. Cada um poderia participar, de alguma maneira, da construção de uma comunidade mais informada. Talvez uma palestra sobre hipertensão em um centro comunitário parecesse pequena diante da complexidade da doença cardiovascular. Mas e se cinquenta pessoas aprendessem que hipertensão pode ser completamente assintomática? E se dez delas resolvessem medir a pressão? E se três descobrissem valores persistentemente elevados? E se uma delas começasse tratamento antes de desenvolver insuficiência renal, insuficiência cardíaca ou acidente vascular cerebral? Ainda seria apenas uma palestra? Lucas não sabia. Mas queria descobrir. E imediatamente percebeu que precisaria tomar cuidado. Não poderia transformar a comunidade em palco para sua própria vaidade. Não poderia chegar com palavras difíceis apenas para demonstrar conhecimento. Não poderia reproduzir uma aula da faculdade diante de pessoas que necessitavam de informações simples, práticas e aplicáveis. Precisaria aprender a traduzir. **Pressão arterial sistólica**. Talvez fosse necessário explicar simplesmente como “a pressão que o sangue exerce quando o coração se contrai”. **Aterosclerose**. Talvez fosse melhor mostrar como as artérias podem adoecer lentamente durante muitos anos. **Risco cardiovascular**. Talvez fosse explicar que

determinadas condições aumentam a possibilidade de uma pessoa sofrer infarto, acidente vascular cerebral ou outras complicações no futuro. Mas simplificar não significava distorcer.

O **Prof. Dr. Luís** certamente exigiria que cada informação continuasse cientificamente correta. O **Prof. Dr. Francisco** lembraria que a realidade social deveria ser considerada. O **Prof. Dr. João Filho** insistiria naquilo que realmente modificava risco cardiovascular. E o **Prof. Dr. Álvaro** provavelmente perguntaria se Lucas havia escutado antes de começar a falar. Os quatro professores, percebeu, estariam presentes mesmo quando não estivessem fisicamente ao seu lado.

Lucas abriu o caderno mais uma vez. Desta vez escreveu um título: **Projeto Comunidade e Coração**. Abaixo, começou a rascunhar: Hipertensão arterial. Diabetes. Colesterol. Tabagismo. Obesidade. Atividade física. Alimentação. Reconhecimento do infarto. Reconhecimento do acidente vascular cerebral. Importância do tratamento contínuo. Quando procurar atendimento. Parou. Acrescentou: **Perguntar primeiro à comunidade o que ela precisa**. Sublinhou duas vezes. Depois escreveu: **Utilizar linguagem simples, mas informação cientificamente correta**. Mais abaixo: **Avaliar se as pessoas realmente compreenderam**. Lucas sorriu. O **Prof. Dr. Luís** aprovaria aquela última frase. Talvez aquilo pudesse começar pequeno. Uma conversa. Uma sala emprestada. Algumas cadeiras. Um aparelho de pressão. Cartazes simples. Talvez outros estudantes participassem. Talvez enfermeiros. Nutricionistas. Profissionais de Educação Física. Agentes comunitários de saúde. Talvez o projeto crescesse. Ou talvez não. Mas precisava começar.

Na manhã seguinte, Lucas mostrou a página ao **Prof. Dr. Álvaro**. O professor leu tudo silenciosamente.

— “Projeto Comunidade e Coração” — repetiu.

Lucas ficou esperando.

— O que acha?

O **Prof. Dr. Álvaro** devolveu o caderno.

— Acho que você está começando a descobrir uma coisa que alguns médicos levam a vida inteira para perceber.

— O quê?

— Que a Medicina não começa na porta do hospital.

Lucas permaneceu olhando para ele. O professor continuou:

— E também não termina nela.

O corredor estava movimentado. Pacientes passavam. Estudantes corriam para as enfermarias. Profissionais carregavam prontuários. Um monitor apitava ao longe. O **Prof. Dr. Álvaro** apontou para tudo aquilo.

— Isto é Medicina.

Depois apontou para a janela. Lá fora, a cidade começava mais um dia.

— Mas aquilo também é.

Lucas aproximou-se da janela. Viu pessoas caminhando. Ônibus. Casas. Escolas. Comércio. Ruas. Em algum lugar daquela cidade, alguém naquele momento fumava seu primeiro cigarro. Alguém interrompia o anti-hipertensivo porque se sentia bem. Alguém começava a desenvolver diabetes sem saber. Alguém sentia uma dor torácica e decidia esperar. Alguém precisava apenas de uma informação correta no momento adequado. Lucas compreendeu. Talvez o trabalho do médico não fosse apenas esperar que essas pessoas chegassem. Talvez, algumas vezes, fosse necessário ir até elas. Naquela tarde, antes de voltar à enfermaria, Lucas abriu o caderno na página em que escrevera sua pergunta: **O que um médico pode fazer antes que a doença chegue ao hospital?** Abaixo dela acrescentou uma resposta: **Pode ajudar a impedir que ela chegue.** Ficou alguns segundos observando a frase. Depois acrescentou outra: **E, quando não puder impedir a doença, pode ajudar as pessoas a reconhecê-la mais cedo, compreendê-la melhor e enfrentá-la com mais possibilidades.** Fechou o caderno. Agora estava satisfeito.

Lucas ainda queria ser cardiologista. Queria dominar a ausculta. Interpretar eletrocardiogramas difíceis. Compreender ecocardiogramas. Estudar hemodinâmica. Reconhecer as grandes síndromes cardiovasculares. Aprender farmacologia. Conhecer as melhores evidências. Tomar decisões difíceis. Salvar pacientes graves. Mas começava a compreender que ser médico não seria apenas aquilo. Ser médico significaria também utilizar o conhecimento antes que ele fosse necessário à beira de um leito. Significaria educar sem humilhar. Orientar sem impor. Prevenir sem culpar. Escutar antes de aconselhar. Reconhecer que determinadas escolhas individuais eram feitas dentro de circunstâncias que o médico precisava compreender. E participar, dentro dos limites de sua profissão e em conjunto com outros profissionais e com a própria comunidade, da construção de condições mais favoráveis à saúde. Talvez nunca soubesse quantos infartos uma palestra ajudaria a evitar. Quantos acidentes vasculares cerebrais deixariam de acontecer porque alguém tratou corretamente sua hipertensão. Quantas pessoas procurariam atendimento mais cedo porque aprenderam a reconhecer um sintoma. Quantos jovens jamais começariam a fumar depois de compreender o que o cigarro faria lentamente às suas artérias. Talvez essas histórias nunca fossem registradas em prontuários. Porque seriam histórias de doenças que não aconteceram. Lucas achou aquela ideia extraordinariamente bonita.

O médico passava grande parte da vida lutando contra acontecimentos. Mas uma das maiores vitórias da Medicina talvez fosse justamente aquilo que não acontecia. O infarto evitado. O acidente vascular cerebral prevenido. A insuficiência cardíaca que nunca se desenvolveu. A morte prematura que não ocorreu. A família que não precisou perder alguém cedo demais. Lucas guardou o caderno. E, pela primeira vez, percebeu que sua lista de doenças cardiovasculares talvez estivesse incompleta. Ao lado de cada doença, não deveria existir apenas: **Como diagnosticar? Como tratar?** Precisaria acrescentar uma terceira pergunta: **Como evitar?** E talvez uma quarta: **O que posso ensinar para que outras pessoas também ajudem a evitá-la?** Sorriu. O livro que pretendia construir dentro de si começava a mudar. Não seria apenas um catálogo de doenças. Seria uma tentativa de compreender o coração humano desde antes da doença até suas manifestações mais graves. Da comunidade ao hospital. Da prevenção ao diagnóstico. Da anamnese à tecnologia. Da história da Medicina à Medicina Baseada em Evidências. Do indivíduo à sociedade. Lucas respirou profundamente e caminhou novamente em direção ao quarto do paciente. Ainda havia uma estenose aórtica a investigar.

Ainda havia um exame físico a realizar. Ainda havia dezenas de dúvidas. E dezenas de doenças cardiovasculares esperando por ele. Mas agora Lucas compreendia que, para aprender verdadeiramente a cuidar do coração, teria de olhar muito além dele. O coração de um paciente nunca batia sozinho. Batia dentro de uma pessoa. A pessoa vivia dentro de uma família. A família existia dentro de uma comunidade.

E a comunidade fazia parte de uma sociedade capaz de proteger a saúde — ou de produzir vulnerabilidades que, muitos anos depois, chegariam silenciosamente ao consultório sob a forma de hipertensão, diabetes, aterosclerose, insuficiência cardíaca, infarto e morte prematura. Lucas ainda queria ser cardiologista. Mas começava a desejar algo maior. Queria ser médico. E começava a compreender o que isso significava.

CAPÍTULO FINAL

Antes de Cuidar

Lucas começava a sentir que alguma coisa havia mudado. Não era apenas o conhecimento. Havia aprendido sobre a história da Medicina, sobre a construção do raciocínio clínico, sobre a importância da prevenção, sobre determinantes sociais da saúde e sobre o papel que o médico poderia exercer para além das paredes do hospital. Começara a enxergar a comunidade de outra maneira. Começara a enxergar os pacientes de outra maneira. E, talvez mais importante, começara a enxergar a própria Medicina de outra maneira. Mas, paradoxalmente, quanto mais aprendia, menos preparado se sentia. Essa sensação o incomodou durante alguns dias. Até que decidiu conversar com seus professores. Encontrou os quatro reunidos ao final de uma manhã de atividades.

O **Prof. Dr. João Filho** revisava alguns exames. O **Prof. Dr. Francisco** terminava de discutir um caso com outro estudante. O **Prof. Dr. Luís** fazia anotações em um artigo científico. O **Prof. Dr. Álvaro** permanecia junto à janela, observando silenciosamente o movimento da enfermaria. Lucas entrou.

— Professores, posso fazer uma pergunta?

O **Prof. Dr. Francisco** sorriu.

— Dependendo da pergunta.

Lucas puxou uma cadeira.

— Quanto mais estudo, mais percebo que não sei.

O **Prof. Dr. Álvaro** voltou-se lentamente.

— Isso é uma pergunta ou uma descoberta?

Lucas sorriu.

— Acho que uma descoberta.

— Então é uma boa descoberta.

Lucas permaneceu alguns segundos em silêncio antes de continuar.

— Eu quero começar a acompanhar mais pacientes. Quero fazer as anamneses, examinar, construir hipóteses, estudar os casos... Mas estou começando a achar que ainda me faltam algumas coisas básicas.

O **Prof. Dr. João Filho** fechou o prontuário que segurava.

— O que você considera básico?

Lucas pensou.

— Saber fazer uma boa anamnese.

— E?

— Saber examinar.

O professor esperou.

— Especialmente o exame cardiovascular.

— Continue.

Lucas compreendeu que havia mais.

— Saber raciocinar sobre aquilo que encontro.

O **Prof. Dr. Luís** levantou os olhos do artigo.

— Agora estamos chegando a algum lugar.

O **Prof. Dr. João Filho** foi o primeiro a se levantar. Caminhou até uma pequena lousa e escreveu duas palavras: **ANAMNESE** e **EXAME CLÍNICO**. Voltou-se para Lucas.

— Antes de aprender a reconhecer dezenas de doenças cardiovasculares, você precisa dominar isto.

Apontou para as duas palavras.

— Não perfeitamente. A perfeição não existe. Mas suficientemente bem para que seu raciocínio não comece comprometido.

Lucas abriu o caderno. O **Prof. Dr. João Filho** continuou:

— Imagine que você esteja diante de um paciente com falta de ar. Se não souber caracterizar a dispneia, não importa quantos artigos tenha lido sobre insuficiência cardíaca.

Escreveu abaixo: **Início. Duração. Progressão. Relação com o esforço. Ortopneia. Dispneia paroxística noturna. Sintomas associados.**

— Se você não perguntar adequadamente, talvez não descubra aquilo que estava diante de você desde o início.

Acrescentou: **Dor torácica. Palpitações. Síncope. Edema. Cianose. Fadiga. Claudicação.**

— Cada sintoma possui uma linguagem. Você precisa aprender essa linguagem antes de tentar traduzir o caso em um diagnóstico.

Lucas anotava rapidamente.

— E não se esqueça — continuou o **Prof. Dr. João Filho** — de que uma anamnese cardiovascular não é apenas uma coleção de sintomas.

Apagou uma pequena parte da lousa e escreveu: **Fatores de risco. Antecedentes pessoais. História familiar. Medicamentos. Hábitos de vida. Doenças associadas. Condições sociais.**

— Cardiologia é também história natural. Muitas doenças começaram décadas antes de o paciente entrar na sua frente.

Lucas compreendeu imediatamente a conexão com tudo aquilo que vinha aprendendo. O coração que adoecia aos sessenta anos muitas vezes começara a ser ferido aos trinta. Talvez antes. O **Prof. Dr. Francisco** aproximou-se da lousa.

— Mas existe uma coisa que precisa vir antes dessas perguntas.

Lucas esperou. O professor escreveu apenas uma palavra: **PESSOA.**

— Nunca transforme a anamnese em interrogatório.

Lucas abaixou a caneta.

— Existe uma diferença enorme entre perguntar e ouvir.

O **Prof. Dr. Francisco** continuou:

— Você pode fazer vinte perguntas perfeitas tecnicamente e ainda assim não compreender seu paciente.

— Porque faltou a história psicossocial?

— Porque faltou compreender quem estava diante de você.

O professor sentou-se na borda da mesa.

— Por que ele procurou atendimento hoje?

— O que ele teme?

— O que acredita que possui?

— O que espera de você?

— Ele consegue ler?

— Entende a prescrição?

— Consegue comprar o medicamento?

— Quem cuida dele?

— Ele cuida de alguém?

— Trabalha?

— Está desempregado?

— Vive sozinho?

— Tem alguém em casa?

— Como aquela doença modificou sua vida?

O **Prof. Dr. Francisco** olhou diretamente para Lucas.

— Se você não souber nada disso, talvez conheça a doença. Mas ainda não conhece o doente.

Lucas escreveu lentamente: **Conhecer a doença não é conhecer o doente.** O **Prof. Dr. Luís** fechou o artigo.

— Agora precisamos falar sobre outra coisa.

— Medicina Baseada em Evidências?

— Também. Mas antes, sobre incerteza.

Lucas levantou os olhos.

— Você está entrando em uma profissão na qual raramente terá certeza absoluta.

A frase parecia simples, mas Lucas percebeu imediatamente sua importância.

— A anamnese não fornece certeza. O exame físico não fornece certeza. Muitos exames complementares também não fornecem certeza.

O **Prof. Dr. Luís** pegou a caneta e escreveu: **Probabilidade pré-teste → evidência clínica → nova probabilidade → teste → probabilidade pós-teste.**

— Isto precisa entrar na sua maneira de pensar.

Lucas observou a sequência.

— Então cada informação modifica a probabilidade.

— Exatamente.

O professor continuou:

— Uma história típica de angina aumenta determinada probabilidade. Um sopro característico aumenta outra. Um eletrocardiograma normal pode reduzir algumas hipóteses sem excluir necessariamente a doença. Um teste só faz sentido quando você sabe o que pretende descobrir.

Lucas lembrou imediatamente das perguntas que vinha aprendendo a formular.

— Sensibilidade.

— Especificidade — completou o **Prof. Dr. Luís**.

— Razões de verossimilhança.

— Valores preditivos.

— Probabilidade pré e pós-teste.

O professor assentiu.

— Mas cuidado para não transformar Medicina Baseada em Evidências numa coleção de números.

Fez uma pausa.

— A evidência serve ao paciente. Não o contrário.

Lucas anotou. O **Prof. Dr. Luís** prosseguiu:

— Você precisará saber procurar estudos, interpretar desenhos de pesquisa, compreender riscos relativos e absolutos, intervalos de confiança, vieses, aplicabilidade, benefícios e danos. Mas tudo isso só tem sentido quando retorna à pergunta original.

— O que é melhor para este paciente?

— Exatamente.

O **Prof. Dr. Álvaro**, que permanecera em silêncio até então, aproximou-se lentamente da mesa.

— Está faltando uma coisa.

Os outros professores olharam para ele. Lucas também. O **Prof. Dr. Álvaro** escreveu na lousa: **ÉTICA**. Ninguém falou durante alguns segundos.

— Tudo o que vocês disseram pode produzir um excelente médico tecnicamente.

Fez uma pausa.

— Ou um médico perigoso.

Lucas franziu a testa.

— Por quê?

— Porque conhecimento sem ética aumenta apenas a capacidade de produzir consequências.

A frase caiu sobre a sala com um peso diferente. O **Prof. Dr. Álvaro** colocou a caneta sobre a mesa.

— Antes de examinar alguém, lembre-se de que aquela pessoa lhe permitiu entrar em uma parte da vida dela à qual poucos têm acesso.

Lucas ouviu atentamente.

— Você perguntará sobre hábitos, medos, doenças, relações familiares, dinheiro, sexualidade, perdas, comportamentos que talvez provoquem vergonha. Tocar o corpo. Conhecerá diagnósticos que talvez nem a família conheça. Terá acesso a informações que podem modificar uma vida inteira.

— Sigilo — disse Lucas.

— Sigilo é uma parte.

O **Prof. Dr. Álvaro** continuou:

— Respeito à autonomia. Consentimento. Privacidade. Beneficência. Não maleficência. Justiça. Honestidade. Reconhecimento dos próprios limites.

Lucas anotou cada palavra. Mas o professor ainda não terminara.

— E humildade.

Lucas olhou para ele.

— Isso também é ética?

— Talvez seja uma das formas mais importantes dela.

O **Prof. Dr. Álvaro** caminhou lentamente pela sala.

— Um médico precisa ser capaz de dizer: “Eu não sei.”

Fez uma pausa.

— E precisa saber quando pedir ajuda.

Lucas compreendeu imediatamente.

— O problema não é não saber?

— Nunca foi.

— Então qual é?

— Fingir que sabe.

O **Prof. Dr. João Filho** assentiu.

— Ou não reconhecer que determinado caso ultrapassou sua competência.

O **Prof. Dr. Álvaro** continuou:

— Conhecimento médico concede autoridade. E a autoridade pode seduzir.

Lucas permaneceu em silêncio.

— O paciente está vulnerável. Muitas vezes está com medo. Pode aceitar quase tudo aquilo que você disser. Por isso você precisa ser ainda mais cuidadoso com aquilo que afirma.

O **Prof. Dr. Luís** acrescentou:

— Principalmente quando a evidência é incerta.

O **Prof. Dr. Álvaro** concordou.

— Nunca transforme dúvida científica em certeza para impressionar um paciente.

Lucas escreveu aquela frase inteira. O **Prof. Dr. Francisco** retomou a conversa:

— E existe outra forma de ética que raramente aparece nas provas.

— Qual?

— Não humilhar.

Lucas ficou sério.

— Parece óbvio.

— Muitas coisas importantes parecem.

O professor continuou:

— Não humilhar um paciente porque ele não compreendeu sua receita.

— Não ridicularizar porque ele acredita em algo errado.

— Não tratá-lo como culpado porque fuma, porque ganhou peso ou porque não conseguiu controlar o diabetes.

— Não falar sobre sua condição na frente de outras pessoas sem necessidade.

— Não deixar alguém esperando desnecessariamente apenas porque você pode.

— Não conversar com colegas diante do paciente como se ele fosse um objeto de estudo incapaz de ouvir.

Lucas sentiu um desconforto. Já havia visto algumas dessas coisas acontecerem. Talvez até tivesse participado, sem perceber, de alguma delas. O **Prof. Dr. Francisco** continuou:

— A dignidade não é um detalhe da assistência.

Fez uma pausa.

— É parte dela.

Lucas olhou novamente para a palavra escrita pelo **Prof. Dr. Álvaro: JUSTIÇA**. Havia passado por ela rapidamente.

— Professor, quando o senhor fala em justiça, está falando também de acesso à saúde?

O **Prof. Dr. Álvaro** olhou para ele.

— Necessariamente.

Foi o **Prof. Dr. Francisco** quem continuou:

— Você começou a compreender isso quando conheceu as dificuldades daquele paciente para conseguir medicamentos. Lembra?

— Sim.

— Pois então amplie o raciocínio. Um médico não trabalha isolado. O que conseguimos fazer depende também da existência de equipes, unidades básicas, hospitais, laboratórios, ambulâncias, vacinação, vigilância epidemiológica, acesso a medicamentos, prevenção, reabilitação e políticas públicas.

Lucas permaneceu atento.

— Isso é Saúde Pública?

— Isso também é Saúde Pública — respondeu o **Prof. Dr. Francisco**. — Saúde Pública é compreender que doenças não acontecem apenas em indivíduos. Acontecem em populações. E que muitas vezes só conseguimos modificar de maneira importante a história de uma doença quando conseguimos agir sobre muitas pessoas antes que elas adoçam.

O **Prof. Dr. Luís** acrescentou:

— Epidemiologia, vacinação, saneamento, rastreamento quando indicado, vigilância, controle de fatores de risco, educação em saúde, políticas contra o tabagismo, organização da assistência... tudo isso pode produzir efeitos que nenhum médico isoladamente conseguiria produzir.

Lucas lembrou-se imediatamente das palestras que desejava realizar em sua comunidade.

— Então aquela ideia de ir aos centros comunitários...

— É parte desse raciocínio — respondeu o **Prof. Dr. Francisco**. — Mas Saúde Pública é ainda maior. Você precisa pensar também no sistema que permite que aquilo que ensina tenha continuidade.

Lucas não compreendeu imediatamente.

— Como assim?

— Não adianta ensinar uma pessoa a procurar assistência se não houver assistência acessível quando ela procurar. Não adianta diagnosticar hipertensão numa ação comunitária se depois não existir acompanhamento. Não adianta descobrir diabetes se o paciente desaparece entre serviços que não conversam entre si.

Fez uma pequena pausa.

— Educação em saúde sem continuidade assistencial pode se transformar em frustração.

Lucas sentiu a força daquela afirmação. Até então havia pensado muito sobre o médico. Começava a perceber que precisava pensar também sobre o sistema de saúde. O **Prof. Dr. Álvaro** aproximou-se da lousa. Abaixo de **ÉTICA**, escreveu outra sigla: **SUS**. Lucas sorriu.

— O Sistema Único de Saúde.

— Exatamente.

O **Prof. Dr. Álvaro** apoiou a caneta sobre a mesa.

— Se você pretende exercer Medicina no Brasil, precisa compreender o SUS. Independentemente de trabalhar um dia no setor público, no setor privado ou nos dois.

Lucas escutou.

— Porque ele não é apenas uma rede de hospitais públicos — continuou o professor. — É uma concepção de saúde.

O **Prof. Dr. Francisco** tomou a palavra:

— E representa uma transformação histórica importante no país.

Antes da Constituição de 1988, o acesso à assistência pública de caráter médico-hospitalar estava fortemente relacionado à inserção previdenciária do trabalhador, enquanto grande parcela da população dependia de outros arranjos públicos, filantrópicos ou caritativos. A Constituição de 1988 modificou profundamente essa lógica ao reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Posteriormente, as Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, regulamentaram a organização do Sistema Único de Saúde. Lucas parou de escrever por alguns segundos.

— Então a mudança principal foi considerar a saúde um direito?

— Foi uma das mudanças fundamentais — respondeu o **Prof. Dr. Álvaro**. — Pense no significado disso.

O professor escreveu: **UNIVERSALIDADE. INTEGRALIDADE. EQUIDADE** Lucas conhecia aquelas palavras das aulas. Mas nunca havia parado para refletir sobre elas como princípios morais.

— Universalidade — disse o **Prof. Dr. Álvaro** — significa partir da ideia de que o acesso à saúde não deve depender de uma pessoa ser rica ou pobre, estar empregada ou desempregada, ser jovem ou idosa.

O **Prof. Dr. Francisco** continuou:

— Integralidade significa compreender que cuidar não é apenas tratar a doença quando ela aparece. É articular promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, levando em conta as diferentes necessidades do indivíduo.

O **Prof. Dr. Luís** apontou para a terceira palavra.

— E equidade exige reconhecer que pessoas diferentes podem necessitar de respostas diferentes para que tenham oportunidades mais justas de cuidado.

Lucas ficou em silêncio. Aquelas palavras lhe pareceram muito diferentes naquele contexto. Não eram mais termos para uma prova. Eram princípios aplicados a vidas humanas. O **Prof. Dr. Álvaro** olhou para Lucas.

— Você perguntou há pouco se justiça fazia parte da ética médica.

— Sim.

— Agora está começando a perceber que também existe uma dimensão coletiva da ética.

Lucas franziu a testa.

— Explique.

— Se você possui cem pacientes e recursos limitados, precisa pensar como utilizá-los da maneira mais justa e efetiva. Se uma comunidade inteira tem hipertensão não diagnosticada, talvez seja necessário organizar estratégias populacionais. Se uma região apresenta dificuldade para acessar atendimento especializado, não basta culpar individualmente cada paciente que chega tardiamente.

O **Prof. Dr. Luís** acrescentou:

— E as políticas públicas também precisam ser avaliadas com evidências. Precisamos perguntar se funcionam, para quem funcionam, qual o benefício, quais os possíveis danos, quanto custam e se reduzem ou ampliam desigualdades.

Lucas sorriu.

— Medicina Baseada em Evidências outra vez.

— Evidências para indivíduos e para populações — respondeu o professor.

O **Prof. Dr. Francisco** caminhou até a janela.

— Olhe para a cidade.

Lucas aproximou-se.

— Quantos infartos você acha que poderia tratar sozinho durante sua carreira?

Lucas não sabia.

— Alguns milhares, talvez?

— E quantos poderiam ser evitados ou postergados se uma população inteira tivesse melhor controle da pressão arterial, menor exposição ao tabaco, acesso ao diagnóstico do diabetes, tratamento adequado das dislipidemias, incentivo à atividade física e atendimento oportuno?

Lucas não respondeu. Nem precisava. A escala era completamente diferente.

— É por isso — continuou o **Prof. Dr. Francisco** — que o médico precisa compreender Saúde Pública. Não para abandonar o indivíduo em favor das estatísticas, mas para perceber que existem duas perspectivas complementares.

Apontou para a enfermaria.

— O paciente.

Depois para a cidade.

— A população.

Lucas compreendeu. A Clínica perguntava: **O que posso fazer por esta pessoa?** A Saúde Pública acrescentava: **O que podemos fazer para que menos pessoas adoçam dessa maneira?** O **Prof. Dr. João Filho** aproximou-se.

— E veja como isso se relaciona diretamente com Cardiologia.

Hipertensão arterial. Diabetes. Dislipidemia. Tabagismo. Obesidade. Sedentarismo. Doença renal crônica. Doença aterosclerótica. Acidente vascular cerebral. Infarto do miocárdio. Insuficiência cardíaca. Grande parte da carga cardiovascular de uma população era influenciada não apenas pela capacidade de tratar eventos agudos, mas também pela prevenção e pelo controle longitudinal de fatores de risco.

— Um excelente serviço de hemodinâmica pode salvar um paciente com infarto — disse o **Prof. Dr. João Filho**.

Fez uma pausa.

— Mas um sistema de saúde precisa pensar também no que aconteceu nos vinte ou trinta anos anteriores àquela artéria coronária ocluir.

Lucas imediatamente se lembrou de sua frase: **Como evitar?** Agora ela parecia ainda mais importante.

— Então o SUS também é importante para um cardiologista — disse Lucas.

O **Prof. Dr. João Filho** sorriu.

— Muito.

— Por quê?

— Porque o paciente cardiovascular percorre toda a rede.

Lucas começou a enxergar o percurso. A hipertensão poderia ser identificada na Atenção Primária. O diabetes poderia ser acompanhado longitudinalmente. O tabagismo poderia receber intervenção antes que surgisse doença estabelecida. Uma dor torácica aguda exigiria reconhecimento e acesso rápido à urgência. Um infarto poderia exigir terapia de reperfusão. Uma insuficiência cardíaca necessitaria acompanhamento contínuo depois da alta. Uma valvopatia grave poderia exigir avaliação especializada e intervenção. Uma arritmia poderia demandar eletrofisiologia ou implante de dispositivo. Depois, muitos pacientes ainda precisariam de reabilitação e seguimento. O coração atravessava diferentes níveis do sistema.

— Então continuidade é essencial.

— Exatamente — respondeu o **Prof. Dr. João Filho**.

O **Prof. Dr. Francisco** voltou-se para Lucas.

— Agora pense no paciente que você entrevistou.

Aquele senhor. A dificuldade para obter os medicamentos. A distância. A associação comunitária. A filha que ajudava. A hipertensão de longa data. A provável estenose aórtica. De repente, Lucas percebeu que aquela história individual continha praticamente todas as dimensões que estavam discutindo. Clínica. Cardiologia. Epidemiologia. Determinantes sociais. Atenção Primária. Assistência especializada. Acesso. Continuidade. Prevenção. Ética. Saúde Pública.

— Eu estava vendo apenas um paciente — disse Lucas.

O **Prof. Dr. Francisco** corrigiu:

— Você estava vendo um paciente.

Fez uma pausa.

— Isso já é imenso.

Depois continuou:

— Mas agora consegue enxergar também o sistema ao redor dele.

Lucas voltou à lousa. Sob as palavras que já estavam escritas, acrescentou: **SAÚDE COMO DIREITO**, Ficou olhando para aquilo. O **Prof. Dr. Álvaro** percebeu.

— Bonito no papel, não?

— Muito.

— Difícil é transformar esse princípio em realidade todos os dias.

Lucas entendeu que o professor não estava idealizando o sistema. Nenhum sistema de saúde era perfeito. Existiam filas. Desigualdades regionais. Limitações de recursos. Problemas de gestão. Dificuldades de acesso. Necessidade permanente de aperfeiçoamento. Reconhecer a importância do SUS não exigia ignorar seus problemas. Ao contrário. Talvez valorizá-lo significasse justamente compreender aquilo que precisava ser protegido e também aquilo que precisava ser melhorado.

— Então podemos criticar o SUS?

O **Prof. Dr. Álvaro** sorriu.

— Você deve criticar tudo aquilo que deseja aperfeiçoar.

O **Prof. Dr. Luís** acrescentou:

— Desde que crítica não seja sinônimo de opinião sem dados.

Lucas riu. Era inevitável.

— Evidências novamente.

— Sempre que possível.

O **Prof. Dr. Álvaro** continuou:

— Um sistema público de saúde só melhora quando profissionais, gestores, pesquisadores e sociedade conseguem identificar problemas, medir resultados e propor soluções melhores.

O **Prof. Dr. Francisco** completou:

— E quando escutam quem utiliza o sistema.

Lucas imediatamente percebeu a semelhança.

— Como na anamnese.

O **Prof. Dr. Francisco** sorriu.

— Exatamente.

Talvez houvesse uma espécie de anamnese coletiva. Ouvir as pessoas. Identificar necessidades. Reconhecer vulnerabilidades. Compreender o território. Levantar hipóteses. Utilizar dados. Intervir. Avaliar resultados. Corrigir rumos. A lógica não era idêntica à clínica individual. Mas havia algo familiar nela. O **Prof. Dr. Luís** olhou para Lucas.

— E existe outro aspecto particularmente importante para você, que quer trabalhar com educação em saúde.

— Qual?

— O SUS não é construído apenas dentro dos hospitais.

Atenção Primária. Equipes multiprofissionais. Agentes comunitários. Vigilância em saúde. Campanhas. Vacinação. Promoção da saúde. Educação. Prevenção. O território também era espaço de cuidado. Lucas lembrou-se imediatamente das associações de moradores e centros comunitários. Sua ideia começava a encontrar um lugar mais amplo. Ele não precisaria trabalhar sozinho. Poderia dialogar com equipes de saúde. Com agentes comunitários. Com enfermeiros. Nutricionistas. Profissionais de Educação Física. Farmacêuticos. Psicólogos. Assistentes sociais. Professores. Lideranças comunitárias. A Saúde Pública era, por natureza, multiprofissional. E isso exigia outra forma de humildade médica. O médico precisava aprender a trabalhar em equipe.

— Então existe uma ética da equipe também? — perguntou Lucas.

— Evidentemente — respondeu o **Prof. Dr. Álvaro**.

— Respeitar o conhecimento dos outros profissionais. Saber que você não é capaz de resolver tudo. Reconhecer competências. Comunicar-se adequadamente. Não transformar hierarquia técnica em superioridade humana.

Lucas anotou. Mais uma forma de ética que dificilmente caberia em uma definição curta. O silêncio voltou por alguns segundos. Lucas olhou para a lousa. Anamnese. Exame clínico. Pessoa. Probabilidade. Ética. Saúde Pública. SUS. Aquelas palavras pareciam formar a estrutura de alguma coisa maior.

— Então antes de acompanhar os pacientes mais profundamente, preciso dominar tudo isso?

O **Prof. Dr. João Filho** respondeu:

— Dominar é uma palavra perigosa.

Lucas sorriu.

— Aprender bem.

— Melhor.

— E continuar aprendendo.

— Muito melhor.

O **Prof. Dr. João Filho** apagou uma parte da lousa e escreveu novamente:

EXAME CARDIOVASCULAR

Lucas aproximou a cadeira.

— Agora vamos à parte que você estava tentando adiar.

Lucas riu.

— Eu não estava adiando.

— Estava.

O professor começou.

— O exame cardiovascular começa antes do estetoscópio.

Escreveu: **Inspecção geral.**

— Como o paciente está?

— Confortável ou dispneico?

- Corado, pálido ou cianótico?
- Caquético?
- Edemaciado?
- Diaforético?
- Consciente?
- Ansioso?
- Usa musculatura acessória?
- Consegue permanecer deitado?

Lucas anotava. O **Prof. Dr. João Filho** continuou:

- Depois, mãos.
- Temperatura.
- Perfusão periférica.
- Enchimento capilar.
- Cianose.
- Baqueteamento digital.
- Pulso.

Escreveu em letras maiores: **PULSO ARTERIAL**

- Frequência.
- Ritmo.
- Amplitude.
- Simetria.
- Características.
- *Pulsus parvus et tardus*.
- Pulso amplo.
- Pulso alternante.

— Pulso paradoxal.

Lucas percebeu que cada uma daquelas palavras poderia abrir uma discussão inteira. O professor prosseguiu. **Pressão arterial. Pressão venosa jugular. Precórdio. Ictus cordis. Frêmitos. Bulhas cardíacas. Desdobramentos. B3. B4. Estalidos. Cliques. Sopros. Atrito pericárdico.** Lucas olhou para a lista. Parecia outro mapa.

— E não basta encontrar um sopro — advertiu o **Prof. Dr. João Filho.**

— Preciso caracterizá-lo.

— Como?

Lucas começou.

— Momento do ciclo cardíaco.

— Continue.

— Localização.

— Irradiação.

— Intensidade.

— Timbre.

— Configuração.

— Resposta às manobras.

O professor assentiu.

— E relacionar tudo à fisiopatologia.

Lucas compreendeu. Um sopro não era apenas um som. Era uma manifestação acústica de fluxo. Gradiente. Valva. Pressão. Volume. Hemodinâmica. O exame físico começava a deixar de parecer uma coleção de manobras e se transformava novamente em fisiologia observável. O **Prof. Dr. Álvaro** sorriu.

— Foi assim que os antigos faziam.

Lucas olhou para ele.

— Sem ecocardiograma.

— Sem ecocardiograma.

— Sem tomografia.

— Sem tomografia.

— Sem ressonância.

— Sem ressonância.

— E acertavam?

O professor sorriu.

— Algumas vezes.

Todos riram. Depois o **Prof. Dr. Álvaro** ficou sério.

— Também erravam muito. Não romantize o passado.

Lucas gostou daquela advertência.

— A tecnologia melhorou extraordinariamente a Medicina. O problema começa quando você utiliza tecnologia para substituir o raciocínio que deveria anteceder-la.

O **Prof. Dr. Luís** completou:

— Um exame solicitado sem pergunta clínica pode produzir apenas mais informação, não necessariamente mais conhecimento.

Lucas percebeu que toda aquela conversa convergia para uma espécie de princípio. A boa Medicina não exigia escolher entre clínica e tecnologia. Nem entre experiência e evidência. Nem entre cuidado individual e Saúde Pública. Nem entre ciência e humanidade. Exigia integração. A anamnese fornecia contexto. O exame clínico acrescentava informação. A fisiopatologia organizava os mecanismos. A epidemiologia estimava probabilidades e permitia compreender populações. Os exames complementares testavam hipóteses. A Medicina Baseada em Evidências orientava decisões. A Saúde Pública permitia enxergar além do indivíduo. O SUS procurava transformar o direito à saúde em cuidado concreto no território brasileiro. A ética estabelecia limites. E a humanidade dava sentido a tudo. Naquele momento, o **Prof. Dr. Luís** perguntou:

— Lucas, por que você quer saber tanto?

A pergunta o surpreendeu.

— Porque quero ser um bom médico.

— Isso é resposta de estudante.

Lucas sorriu.

— E qual seria a resposta de um médico?

— Não sei. Estou perguntando a você.

Lucas pensou. Lembrou-se do paciente de sessenta e oito anos. Da comunidade. Das pessoas que não conseguiam comprar medicamentos. Dos vizinhos que não conheciam seus fatores de risco. Dos profissionais das unidades de saúde. Dos agentes comunitários que percorriam ruas e casas. Dos hospitais. Das ambulâncias. Das campanhas de vacinação. Dos medicamentos distribuídos. Dos pacientes esperando atendimento. Dos grandes médicos da história. De Imhotep. Hipócrates. Galeno. Avicena. Vesalius. Harvey. Laennec. Semmelweis. Osler. Einthoven. Lembrou-se também das doenças que havia colocado em sua lista. Dezenas. Cada uma poderia ocupar meses de estudo. Talvez anos. Então respondeu:

— Porque alguém vai confiar em mim.

Os professores permaneceram em silêncio. Lucas continuou:

— Um paciente vai acreditar que eu sei reconhecer quando alguma coisa está errada.

Olhou para o **Prof. Dr. João Filho**.

— Vai esperar que eu saiba examiná-lo.

Depois para o **Prof. Dr. Luís**.

— Vai esperar que eu não peça exames desnecessários e que saiba interpretar aquilo que pedir.

Depois para o **Prof. Dr. Francisco**.

— Vai esperar que eu compreenda que a vida dele não cabe dentro de um diagnóstico.

Por fim, olhou para o **Prof. Dr. Álvaro**.

— E vai confiar que eu não use meu conhecimento contra ele.

Fez uma pequena pausa. Então acrescentou:

— E talvez uma comunidade inteira espere que nós, médicos e outros profissionais de saúde, não olhemos apenas para quem conseguiu chegar ao hospital, mas também para aqueles que ainda precisam de prevenção, orientação e acesso.

O **Prof. Dr. Álvaro** permaneceu alguns segundos olhando para Lucas. Então assentiu lentamente.

— Agora você está começando a entender por que Medicina é uma profissão moral.

A expressão permaneceu com Lucas. **Profissão moral**. Não significava moralismo. Não significava decidir como os outros deveriam viver. Significava que quase todas as decisões médicas possuíam consequências humanas. Prescrever. Não prescrever. Investigar. Não investigar. Operar. Esperar. Contar. Omitir. Encaminhar. Acompanhar. Prevenir. Organizar. Educar. Cada verbo podia alterar uma vida. E, quando multiplicado por milhares ou milhões de pessoas, podia alterar uma população. Cada decisão exigia conhecimento. Mas conhecimento não era suficiente. Lucas olhou novamente para a lousa. Anamnese. Exame cardiovascular. Ética. Medicina Baseada em Evidências. História. Saúde Pública. SUS.

Humanidade. Talvez aqueles fossem os instrumentos verdadeiramente fundamentais. O estetoscópio era apenas um deles.

— Professor — perguntou ao **Prof. Dr. Álvaro** — como saber se vou ser um bom médico?

O professor sorriu.

— Não vai saber.

Lucas esperava outra resposta.

— Nunca?

— Talvez os pacientes saibam antes de você.

O **Prof. Dr. Francisco** acrescentou:

— E alguns deles vão lhe ensinar mais sobre Medicina do que muitas aulas.

O **Prof. Dr. João Filho** continuou:

— Desde que você esteja disposto a aprender.

O **Prof. Dr. Luís** fechou o caderno.

— E disposto a mudar de opinião quando as evidências mudarem.

Lucas sorriu. Ali estavam novamente os quatro. Experiência. Pessoa. Evidência. História. Saúde Pública. E agora ética. Antes de sair, o **Prof. Dr. João Filho** entregou-lhe um estetoscópio.

— Vamos começar.

Lucas olhou para ele.

— Agora?

— Você queria aprender Cardiologia.

— Quero.

— Então existe uma enfermaria cheia de professores esperando por você.

Lucas demorou um instante para compreender. O **Prof. Dr. João Filho** apontou para os quartos. Os pacientes. Lucas colocou o estetoscópio no pescoço. Mas antes de caminhar em direção à enfermaria, o **Prof. Dr. Álvaro** o chamou.

— Lucas.

Ele se virou.

— Nunca entre em um quarto achando que está entrando apenas para encontrar uma doença.

Fez uma pausa.

— Você está entrando na vida de alguém.

Lucas assentiu. O **Prof. Dr. Francisco** acrescentou:

— Pergunte.

O **Prof. Dr. Luís** continuou:

— Questione também suas próprias hipóteses.

O **Prof. Dr. João Filho** concluiu:

— E examine.

Lucas abriu a porta da enfermaria. Naquele momento, compreendeu que havia chegado ao final de uma etapa. Até ali, descobrira o tamanho da Cardiologia. Conhecera a história daqueles que construíram a Medicina antes dele. Percebera que doença e sociedade eram inseparáveis. Compreendera que o médico poderia atuar antes que muitas doenças acontecessem. Aprendera que Saúde Pública não significava afastar-se da Clínica, mas ampliar o campo de visão. E compreendera que o SUS, com todos os desafios inerentes a um sistema de saúde de enorme complexidade, representava uma conquista fundamental da sociedade brasileira: a tentativa de fazer com que o acesso à saúde fosse compreendido como direito e não como privilégio.

Agora descobria aquilo que precisaria levar consigo para todos os casos que viriam depois. **Curiosidade para perguntar. Conhecimento para compreender. Método para investigar. Evidência para decidir. Humildade para duvidar. Ética para limitar o próprio poder. Consciência social para compreender as desigualdades. Compromisso com a Saúde Pública para pensar além do indivíduo. Respeito ao SUS e responsabilidade para contribuir com seu aperfeiçoamento. Humanidade para nunca esquecer quem estava diante dele.** E duas ferramentas que precisariam acompanhá-lo durante toda a vida: **uma anamnese bem conduzida e um exame clínico cuidadosamente realizado.**

Lucas caminhou pelo corredor. Havia muito a estudar. Precisaria aprender profundamente os principais sintomas cardiovasculares. Dor torácica. Dispneia. Palpitações. Síncope. Edema. Cianose. Fadiga. Claudicação. Precisaria aprender a examinar o sistema cardiovascular com método. Inspeção. Palpação. Pulsos. Pressão arterial. Pressão venosa jugular. Precórdio. Ictus. Bulhas. Sopros. Ruídos adicionais. Sinais periféricos. Depois viriam o eletrocardiograma. A radiografia. O ecocardiograma. A tomografia. A ressonância. Os biomarcadores. A hemodinâmica. Os estudos eletrofisiológicos. As diretrizes. Os ensaios clínicos.

E, finalmente, uma a uma, as doenças que havia colocado naquela primeira lista. Hipertensão. Doença coronariana. Insuficiência cardíaca. Arritmias. Valvopatias. Miocardiopatias. Doenças do pericárdio. Doenças da aorta. Doenças vasculares. Cardiopatias congênitas. O território permanecia imenso. Mas agora Lucas possuía uma bússola. Parou

diante do primeiro quarto. Antes de entrar, respirou profundamente. Pensou novamente em todos os médicos que o antecederam. Pensou nos professores que o orientavam. Pensou na comunidade à qual desejava retornar. Pensou no SUS que encontraria em unidades básicas, ambulatorios, hospitais, serviços de emergência e tantos outros pontos da rede. Pensou nos pacientes que ainda conheceria. E então compreendeu algo que nenhum tratado poderia ensinar por completo. O paciente não era uma oportunidade para demonstrar conhecimento. Era a razão para adquiri-lo. O conhecimento médico não existia para engrandecer o médico. Existia para reduzir sofrimento. Prevenir doença. Prolongar vidas quando possível. Aliviar quando não fosse possível curar. Explicar quando houvesse incerteza. Acompanhar quando não houvesse resposta. E preservar dignidade em todas as circunstâncias. Talvez aquela fosse a ética mais elementar da Medicina. Nunca permitir que o conhecimento afastasse o médico da pessoa para quem aquele conhecimento deveria servir.

Mas agora Lucas compreendia algo mais. A ética médica não terminava na relação entre duas pessoas dentro de um consultório. Existia também uma responsabilidade coletiva. A saúde de uma população dependia de profissionais competentes, mas dependia igualmente de vacinação, vigilância, prevenção, educação, saneamento, políticas públicas, organização dos serviços, acesso aos medicamentos, assistência de urgência, atenção especializada, reabilitação e continuidade do cuidado. Dependia de um sistema. No Brasil, compreender essa dimensão significava compreender o SUS. Não como uma abstração administrativa. Não como uma sigla impressa em documentos. Mas como uma construção social destinada a transformar um princípio constitucional em realidade concreta: **a saúde como direito.**

Lucas sabia que entre o princípio e a realidade existiam distâncias. Filas. Carências. Desigualdades. Recursos insuficientes em determinadas situações. Falhas de gestão. Diferenças regionais. Inúmeros desafios. Mas percebeu que essas dificuldades não diminuíam a importância do princípio. Tornavam ainda maior a responsabilidade de aperfeiçoá-lo. Talvez sua geração de médicos também tivesse esse dever. Não apenas utilizar o sistema. Mas compreendê-lo. Estudá-lo. Defendê-lo quando necessário. Criticá-lo quando necessário. Produzir evidências para melhorá-lo. Trabalhar de maneira responsável dentro dele. E jamais esquecer que, do outro lado de cada decisão administrativa, de cada fila, de cada protocolo e de cada indicador epidemiológico, havia pessoas.

Lucas colocou a mão na maçaneta. Ainda era estudante. Erraria. Teria dúvidas. Precisaria procurar respostas. Pediria ajuda. Mudaria de opinião. Encontraria doenças que não reconheceria imediatamente. Ouviria sopros que não saberia caracterizar. Interpretaria eletrocardiogramas que o confundiriam. Talvez formulasse hipóteses erradas. E aprenderia. Porque a competência médica não nascia pronta. Era construída. Paciente por paciente. Pergunta por pergunta. Erro por erro. Evidência por evidência. E, talvez, comunidade por comunidade. Desde que a curiosidade jamais se transformasse em arrogância. Desde que o conhecimento jamais se separasse da ética. Desde que a eficiência jamais fosse utilizada como justificativa para esquecer a equidade. Desde que as estatísticas jamais fizessem desaparecer as pessoas. E desde que o paciente jamais se tornasse apenas um caso.

Lucas abriu a porta. Antes de perguntar sobre a dor, sobre a falta de ar, sobre as palpitações ou sobre qualquer outro sintoma, apresentou-se. Depois pediu permissão para conversar. Sentou-se. Olhou para o paciente. E fez silêncio. Agora sabia por onde começar. Primeiro, ouvir. Depois, compreender. Depois, examinar. Então, raciocinar. E somente depois decidir. Era pouco diante de tudo o que ainda precisaria aprender. Mas talvez fosse exatamente o fundamento de tudo. Lucas abriu o caderno. Na primeira página dessa nova etapa escreveu:

Antes de aprender todas as doenças do coração, preciso aprender a encontrar o ser humano que existe diante delas. Abaixo, depois de pensar alguns segundos, acrescentou: **E antes de tocar um paciente, preciso compreender a responsabilidade de ser autorizado a fazê-lo.** Hesitou. Ainda faltava alguma coisa. Lembrou-se da conversa sobre sua comunidade. Dos centros comunitários. Da prevenção. Das pessoas que dependiam da assistência pública. Da Saúde Pública. Do SUS. Escreveu uma terceira frase: **E antes de pensar apenas no indivíduo que consegui alcançar, preciso lembrar daqueles que ainda não conseguiram chegar até mim.** Ficou olhando para as três frases. O **Prof. Dr. Álvaro** provavelmente gostaria delas. O **Prof. Dr. Francisco** talvez acrescentasse alguma coisa sobre a comunidade. O **Prof. Dr. Luís** pediria evidências. E o **Prof. Dr. João Filho** certamente perguntaria se, depois de tantas reflexões, Lucas finalmente sabia examinar um coração.

Sorriu sozinho. Fechou a caneta. O paciente começou a falar. Lucas ouviu. E foi assim, não diante de um grande aparelho, de uma cirurgia extraordinária ou de um exame sofisticado, mas diante de uma história contada por outro ser humano, que sua verdadeira formação cardiovascular começou. Porque antes de ser cardiologista, precisaria aprender a ser médico. Antes de dominar doenças, precisaria dominar o método. Antes de utilizar tecnologia, precisaria aprender a observar. Antes de decidir, precisaria aprender a duvidar. Antes de ensinar, precisaria aprender a ouvir. Antes de exercer autoridade, precisaria compreender seus limites. Antes de pensar apenas no tratamento, precisaria conhecer a prevenção. Antes de enxergar somente o paciente, precisaria compreender também a comunidade. Antes de exercer Medicina no Brasil, precisaria conhecer o sistema de saúde de seu país e entender o significado histórico, social e ético do Sistema Único de Saúde. E antes de cuidar do coração, precisaria jamais esquecer da pessoa que o carregava. **Era o fim daquela primeira parte da jornada. E o verdadeiro começo da Medicina.**

FIM