

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

NADINI BRANDÃO DE SOUSA TAKAKI

**A ATITUDE DE EMPATIA REVISITADA NA RELAÇÃO DE MÉDICOS
RESIDENTES COM SEUS PACIENTES: UM ESTUDO PSICOLÓGICO**

CAMPINAS

2023

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

NADINI BRANDÃO DE SOUSA TAKAKI

**A ATITUDE DE EMPATIA REVISITADA NA RELAÇÃO DE MÉDICOS
RESIDENTES COM SEUS PACIENTES: UM ESTUDO PSICOLÓGICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Engler Cury

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica elaborada por Adriane Elane Borges de Carvalho CRB 8/9313
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

157.9 T136a	<p>Takaki, Nadini Brandão de Sousa</p> <p>A atitude de empatia revisitada na relação de médicos residentes com seus pacientes: um estudo psicológico / Nadini Brandão de Sousa Takaki. - Campinas: PUC-Campinas, 2023.</p> <p>180 f.</p> <p>Orientador: Vera Engler Cury.</p> <p>Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2023.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Psicologia clinica. 2. Médico e paciente - Medicina e psicologia. 3. Psicologia fenomenológica. I. Cury, Vera Engler. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Escola de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia. III. Título.</p> <p>23. ed. CDD 157.9</p>
----------------	---

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

NADINI BRANDÃO DE SOUSA TAKAKI

**A ATITUDE DE EMPATIA REVISITADA NA RELAÇÃO DE MÉDICOS
RESIDENTES COM SEUS PACIENTES: UM ESTUDO PSICOLÓGICO**

Tese defendida e aprovada em 29 de junho de 2023 pela
Comissão Examinadora



Profa. Dra. Vera Engler Cury

Orientadora da Tese e Presidente da Comissão Examinadora
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)



Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)



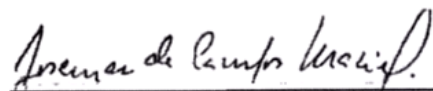
Prof. Dr. João Carlos Caselli Messias

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)



Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)



Prof. Dr. Josemar de Campos Maciel

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais,

José Carlos de Sousa e Marluci de Fátima Linhares Brandão Sousa, por me ensinarem a ser pessoa e me proporcionarem todos os recursos possíveis para que eu pudesse crescer.

Obrigada por todo amor e dedicação!

Aos meus amados avós,

Helvécia Linhares Brandão, Alfeu de Souza Brandão, Onofre Honório de Sousa e Lourdes Rufino de Sousa (*in memoriam*) que, apesar de não terem tido a oportunidade de concluir os estudos, me ensinaram o valor do trabalho e sempre me incentivaram a prosseguir estudando.

Ao meu amado marido, Fabricio Matheus Takaki,

Por todo amor e cuidado, pela parceria de vida e apoio incondicional às minhas escolhas.

Aos meus incríveis irmãos,

Talyta Brandão de Sousa e Hiuri Brandão de Sousa, por dividirem as dores alegrias dessa vida comigo.

À família Takaki, minha segunda família, por todo afeto.

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Vera Engler Cury,

Com quem aprendi, pela relação que construímos desde que eu era uma graduanda, a verdadeira expressão da consideração positiva incondicional, da autenticidade e da compreensão empática. Sua confiança em meu potencial, traduzida em uma atitude sensível e paciente diante de minhas dificuldades, me permitiram crescer e amadurecer.

À Prof^a Dr^a Tania Mara Marques Granato e Prof^a Dr^a Tania Maria Jose Aiello Vaisberg,

Pelas valiosas contribuições no exame de qualificação desta pesquisa.

Aos médicos residentes,

Por compartilharem suas experiências de forma generosa e sincera.

À equipe do hospital universitário por viabilizar e apoiar esta pesquisa.

Aos queridos colegas do grupo de pesquisa que, ao longo dos últimos 13 anos foram parceiros de caminhada. Em especial, agradeço à Patricia Regina Bueno Incerpe, à Elizabeth Brown Vallim Brisola, à Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra, Gisella Mouta Fadda e à Geni Wolf pela inspiração, amizade e trocas afetuosas ao longo da jornada acadêmica.

Aos meus amigos,

em especial à Monique Veiga do Carmo Martins, Renan de Almeida Sargiani, Marjorie Cristina Rocha da Silva, Márcia Calixto dos Santos e Moira Fiorentino Fioravanti por me enxergarem melhor do que sou e acreditarem em meu potencial.

À CAPES,

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

RESUMO

Esta pesquisa objetivou descrever e compreender psicologicamente a experiência vivida por médicos residentes no que se refere à relação médico-paciente, a partir do conceito de compreensão empática, da maneira como foi proposto pelo psicólogo norte americano Carl Rogers no contexto da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). A atitude empática por parte do médico ao relacionar-se com os pacientes, segundo estudos nacionais e internacionais, contribui para a obtenção de melhores resultados clínicos, menores índices de erro médico, maior confiança do paciente em relação ao profissional, bem como maior adesão ao tratamento. A pesquisa foi desenvolvida como um estudo empírico de natureza qualitativa e fenomenológica. Adotou-se como referencial teórico os norteadores da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida por Carl Rogers e como caminho metodológico a análise fenomenológica inspirada nas proposições do filósofo alemão Edmund Husserl, contemporaneamente desenvolvidas pela filósofa italiana Angela Ales Bello. A pesquisadora realizou encontros dialógicos individuais com 7 médicos residentes, homens e mulheres, cujos níveis de formação variaram de R1 a R3, provenientes de um programa de residência em clínica médica de um hospital universitário localizado no Estado de São Paulo. Os encontros aconteceram presencialmente no próprio contexto hospitalar e tiveram duração média de 40 minutos. Cada encontro deu origem a uma narrativa compreensiva, elaborada a partir das impressões, sentimentos e ideias que impactaram a pesquisadora ao estar com o(a) participante e que posteriormente foi discutida com os membros do Grupo de Pesquisa institucional “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: prevenção e intervenção”, vinculado ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia. Concluída a construção de todas as narrativas individuais, foi elaborada uma narrativa síntese contendo os principais elementos que estruturam a experiência de empatia dos participantes e que foram organizados interpretativamente em categorias de sentido. Os principais elementos que emergiram foram: 1) O que está em jogo não é o papel profissional, mas a constituição pessoal. Tornar-se médico é parte de um processo mais amplo de tornar-se pessoa; 2) A capacidade de compreender o outro está intimamente relacionada a um voltar-se para si; 3) A angústia que decorre do envolvimento afetivo com o paciente e com os familiares; e 4) O contexto pode constituir um obstáculo ou favorecer a atitude empática. Os elementos foram compreendidos numa perspectiva psicológica a partir da psicologia humanista e da fenomenologia, destacando-se a necessidade de integração dos aspectos vivenciais à formação dos médicos para uma relação humanizada com o paciente.

Palavras-chave: relação médico-paciente; compreensão empática; pesquisa fenomenológica; abordagem centrada na pessoa; psicologia clínica.

ABSTRACT

This research aimed to describe and psychologically understand the experience lived by medical residents regarding the doctor-patient relationship, based on the concept of empathic understanding as proposed by American psychologist Carl Rogers within the context of Person-Centered Approach (PCA). Empathic attitude on the part of the doctor in relating to patients, according to national and international studies, contributes to better clinical outcomes, lower rates of medical errors, increased patient trust in the professional, as well as greater treatment adherence. The research was conducted as an empirical study of qualitative and phenomenological nature. The theoretical framework adopted was the guidelines of the Person-Centered Approach developed by Carl Rogers, and the methodological approach was phenomenological analysis inspired by the propositions of German philosopher Edmund Husserl, contemporarily developed by Italian philosopher Angela Ales Bello. The researcher conducted individual dialogical meetings with 7 medical residents, both male and female, whose training levels ranged from R1 to R3, from a medical residency program in a university hospital located in the state of São Paulo. The meetings took place in-person within the hospital context and had an average duration of 40 minutes. Each meeting gave rise to a comprehensive narrative, developed based on the impressions, feelings, and ideas that impacted the researcher while interacting with the participant, which was subsequently discussed with members of the institutional Research Group "Clinical Psychological Care in Institutions: prevention and intervention," linked to the *Stricto Sensu* Graduate Program in Psychology. Once all individual narratives were constructed, a synthesis narrative was developed, containing the main elements that structure the participants' experience of empathy, and these elements were interpretatively organized into meaningful categories. The main elements that emerged were: 1) What is at stake is not the professional role, but personal constitution. Becoming a doctor is part of a broader process of becoming a person; 2) The ability to understand the other is intimately related to turning inward; 3) The distress that arises from emotional involvement with the patient and their family members; and 4) The context can either hinder or favor the empathic attitude. These elements were understood from a psychological perspective, drawing on humanistic psychology and phenomenology, emphasizing the need to integrate experiential aspects into medical training for a humanized relationship with the patient.

Keywords: doctor-patient relationship; empathic understanding; phenomenological research; person-centered approach; clinical psychology.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo describir y comprender psicológicamente la experiencia vivida por médicos residentes en la relación médico-paciente, a partir del concepto de comprensión empática, tal como fue propuesto por el psicólogo estadounidense Carl Rogers en el contexto del Enfoque Centrado en la Persona (ECP). La actitud empática por parte del médico al relacionarse con los pacientes, según estudios nacionales e internacionales, contribuye a obtener mejores resultados clínicos, menores tasas de error médico, mayor confianza del paciente en el profesional, así como una mayor adherencia al tratamiento. La investigación se desarrolló como un estudio empírico de naturaleza cualitativa y fenomenológica. Se adoptaron como referencias teóricas los principios del Enfoque Centrado en la Persona, desarrollado por Carl Rogers, y como enfoque metodológico se utilizó el análisis fenomenológico inspirado en las propuestas del filósofo alemán Edmund Husserl, desarrolladas contemporáneamente por la filósofa italiana Angela Ales Bello. La investigadora llevó a cabo encuentros dialógicos individuales con 7 médicos residentes, hombres y mujeres, cuyos niveles de formación variaron de R1 a R3, provenientes de un programa de residencia en medicina clínica de un hospital universitario ubicado en el estado de São Paulo. Los encuentros se realizaron de manera presencial en el propio contexto hospitalario y tuvieron una duración promedio de 40 minutos. Cada encuentro dio lugar a una narrativa comprensiva, elaborada a partir de las impresiones, sentimientos e ideas que impactaron a la investigadora al estar con el participante, y que posteriormente fue discutida con los miembros del Grupo de Investigación institucional "Atención Psicológica Clínica en Instituciones: prevención e intervención", vinculado al Programa de Posgrado Stricto Sensu en Psicología. Una vez finalizada la construcción de todas las narrativas individuales, se elaboró una narrativa de síntesis que contenía los principales elementos que estructuran la experiencia de empatía de los participantes, y que se organizaron interpretativamente en categorías de sentido. Los principales elementos que surgieron fueron: 1) No se trata solo del papel profesional, sino de la constitución personal. Convertirse en médico es parte de un proceso más amplio de convertirse en persona; 2) La capacidad de comprender al otro está estrechamente relacionada con el volver la mirada hacia uno mismo; 3) La angustia que surge del involucramiento afectivo con el paciente y sus familiares; y 4) El contexto puede constituir un obstáculo o favorecer la actitud empática. Estos elementos fueron comprendidos desde una perspectiva psicológica basada en la psicología humanista y la fenomenología, destacando la necesidad de integrar los aspectos vivenciales en la formación de los médicos para establecer una relación humanizada con el paciente.

Palabras clave: relación médico-paciente; comprensión empática; investigación fenomenológica; enfoque centrado en la persona; psicología clínica.

SUMÁRIO

Apresentação	6
Capítulo 1 – Empatia e atitude empática	10
Uma perspectiva fenomenológica sobre a Empatia	17
Aproximações possíveis entre a perspectiva humanista fenomenológica e a empatia na relação médico-paciente	23
Significados e desdobramentos da empatia na medicina	25
Capítulo 2: O estudo da empatia na medicina	32
Relação médico-paciente: uma visada histórica	32
O contexto da pesquisa: a residência médica e a especialidade de clínica médica	35
Objetivos	44
Objetivo Geral	44
Objetivos específicos	44
Capítulo 3 – O Percurso da Pesquisa	45
A adequação do método ao objeto	46
O encontro dialógico.....	51
Elaboração das narrativas compreensivas e da narrativa síntese	55
Procedimentos.....	57
Participantes.....	59
Processo de inserção no contexto da pesquisa.....	60
Capítulo 4 – Narrativas	64
Narrativa 1 – “Isso não se aprende nos livros, é da vida”.....	64
Narrativa 2 – “Tenho muito medo de me tornar essa médica insensível”	74
Narrativa 3 – “Não tenho a dor daquela pessoa, mas consigo entender o que ela talvez esteja passando”	84
Narrativa 4 - “Medicina é pelo paciente, se você não gosta, vai fazer outra coisa.”	91
Narrativa 5 – “É claro que você fica sensibilizado, é uma vida, mas quando se é cristão você entende que há um sentido para tudo isso.”	99
Narrativa 6 - “A gente sai daqui, mas isso aqui não sai da gente”	107
Narrativa 7 – “E se fosse comigo? Como eu gostaria de ser tratada?”	113
Narrativa Síntese.....	119
Capítulo 5 – Discussão dos elementos estruturais	128
Elemento 1: O que está em jogo não é o papel profissional, mas a constituição pessoal. Tornar-se médico é parte de um processo mais amplo de tornar-se pessoa.	128
Elemento 2: A capacidade de compreender o outro está intimamente relacionada a um voltar-se para si.....	136
Elemento 3: A angústia que decorre do envolvimento afetivo com o paciente e com os familiares	144

Elemento 4: O contexto pode constituir um obstáculo ou favorecer a atitude empática.....	152
Considerações finais	157
Referências	160
Anexo 1	174
Apêndice 1	179

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos Participantes.....	60
---	----

O doutor dizia: isto e mais aquilo indicam que o senhor tem no seu interior isto e mais aquilo; mas se isto não se confirmar pela pesquisa disto e de mais aquilo, teremos que supor no senhor isto e mais aquilo. E supondo-se que tenha isto e mais aquilo, então ...etc. Somente uma questão tinha importância para Ivan Illitch: a sua condição apresentava perigo? Mas o doutor não dava importância a esta questão inconveniente.

Tolstói

Apresentação

Imaginemos uma pessoa que, repentinamente, descobre-se adoecendo e necessitando de cuidados médicos. Seu organismo apresenta alterações, até certo ponto desconhecidas que despertam sentimentos como medo, raiva, ansiedade e angústia frente à ameaça. Será grave? Tem cura? Terei minha vida de volta? Por que comigo? São questionamentos que rondam os pensamentos da pessoa adoecida. Quando busca auxílio médico, o paciente espera encontrar não apenas um profissional que resolva seu problema de saúde, mas também um ser humano que o ajude em sua enfermidade sem deixar de considerá-lo como um indivíduo que sofre e necessita de apoio.

Quando um paciente enfrenta doença e não encontra compreensão e apoio no médico para lidar com a situação, pode se sentir frustrado, perdido e desamparado, o que pode levar à desconfiança na competência técnica do profissional e impactar negativamente a relação entre eles (Castelhano & Wahba, 2019).

Por outro lado, se o paciente em questão for cuidado por um médico empático, essa relação tenderá a promover um diagnóstico mais acurado, diminuir as chances de possíveis erros ou negligências médicas, fortalecer a confiança do doente no profissional e favorecer a adesão ao tratamento (Squier, 1990), aumentando também as chances de haver melhores resultados clínicos (Hojat et al., 2019, Riedl & Schübler, 2017). Estes são alguns dos benefícios apontados pela literatura médica quando a empatia está presente na relação médico-paciente.

Em função de sua relevância, a empatia na relação médico-paciente tem sido objeto de estudo ao longo das últimas décadas, principalmente no âmbito internacional. Um dos principais desafios que se coloca para os estudiosos da área é que, embora seja um dos elementos fundamentais da relação médico-paciente, a capacidade empática dos médicos tende a diminuir ao longo da formação, tanto na graduação quanto na residência médica (Bombeke et al., 2013, Hojat et al., 2004, Neumann et al., 2011, Pohontsch et al., 2018). Nesse sentido,

questionamos: como os médicos que ainda estão em formação vivenciam a empatia na relação com seus pacientes?

Conceituar a empatia não é tarefa simples. No contexto específico da relação médico-paciente encontramos na literatura uma grande quantidade de definições (Frenkel, 2017, Pedersen, 2009) oriundas de diferentes áreas do conhecimento como psicologia, filosofia e neurociência. Cabe-nos aqui contribuir para a compreensão do fenômeno da empatia na relação médico-paciente a partir da ciência psicológica, em função de ser a área do conhecimento dedicada ao estudo do comportamento humano e das relações interpessoais.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender, a partir de uma perspectiva fenomenológica, a atitude de empatia de médicos residentes de clínica médica na relação com seus pacientes. Essa população caracteriza-se pela formação recente e pouca experiência profissional.

O interesse da pesquisadora pela temática advém de sua vinculação com a área da saúde e tem sido alimentado desde a graduação a partir de suas vivências com profissionais que atuam em equipe multidisciplinar, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia. Além disso, não são incomuns os relatos de pessoas que, na condição de pacientes, tiveram experiências significativas na relação com médicos, sejam elas potencializadoras ou inibidoras de crescimento.

O referencial adotado nessa pesquisa parte de uma conceituação da empatia como eminentemente relacional, fundamentada na Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida por Carl Rogers e colaboradores.

O primeiro capítulo apresenta a empatia a partir do referencial teórico da Abordagem Centrada na Pessoa, bem como a perspectiva fenomenológica da vivência empática, diferenciando-o da noção comumente adotada na área médica.

O segundo capítulo apresenta as variações dos modelos de relação médico-paciente ao longo da história e uma contextualização sobre a residência e a área de clínica médica.

O capítulo 3 discorre sobre o delineamento metodológico da pesquisa que adotou a perspectiva fenomenológica desenvolvida por Edmund Husserl e sua discípula Edith Stein.

O capítulo 4 contempla as narrativas compreensivas individuais e a narrativa síntese elaborada a partir dos encontros dialógicos com os médicos residentes de clínica médica.

O capítulo 5 apresenta os elementos que estruturam a vivência dos médicos residentes em diálogo com a literatura, apresentando uma compreensão psicológica do fenômeno investigado.

*(...) creio que a compreensão profunda é a dádiva
mais preciosa que podemos oferecer ao outro.*

Carl Rogers

Capítulo 1 – Empatia e atitude empática

A comunicação entre psicoterapeuta e cliente foi um tema predominante ao longo da obra do psicólogo norte americano Carl Rogers. Embora não soubesse explicar o motivo, ele referiu-se a esse interesse como uma paixão e afirmou que o intrigava observar pessoas se comunicando sem necessariamente se dirigirem umas às outras (Rogers, 1977). Em “Experiências em comunicação”, Rogers (1980/2022) expressa a indignação que sentia, desde a infância, diante de situações em que presenciava a não-escuta e discorre sobre o potencial terapêutico da comunicação genuína entre as pessoas. A escuta terapêutica e a compreensão do cliente foram elementos centrais nas publicações do autor, que investigou o papel exercido pela compreensão empática na relação terapeuta-cliente para uma psicoterapia bem-sucedida na Terapia Centrada no Cliente, além de sua importância para outros tipos de relacionamento interpessoal orientados pela Abordagem Centrada na Pessoa.

Em uma cronologia acerca do conceito na Abordagem Centrada na Pessoa, Moreira e Torres (2013) afirmam que é possível identificar, desde a publicação da obra intitulada “O tratamento clínico da criança problema” em 1959, as ideias seminais de Rogers acerca da atitude empática, ainda que sem menção direta ao conceito. Ele menciona a importância de o psicoterapeuta compreender o ponto de vista do cliente sem fazer julgamento moral e sem identificar-se emocionalmente para estabelecer uma relação terapêutica. Na obra “Psicoterapia e Consulta Psicológica” publicada originalmente em 1942, Rogers (1987) chama a atenção para a criação de uma atmosfera controlada e caracterizada por um calor humano que promova uma relação mais afetiva e profunda. Já na obra “Terapia Centrada no Cliente”, publicada em 1951, ele elabora uma definição mais próxima da primeira referência à empatia, que veio a ocorrer em 1957:

Nos relacionamentos terapêuticos mais satisfatórios, o terapeuta tem como função assumir, da melhor maneira possível, uma estrutura de referência interna do cliente, para que possa perceber o mundo como o cliente o vê, deixando de lado todos os a priori, enquanto estiver naquela função, comunicando algo de sua compreensão empática ao cliente (Rogers, 1992, p. 38).

A definição inicial é encontrada em 1957 com a publicação do artigo “As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade”, no qual a empatia é assim definida como uma destas condições: “que o terapeuta experiencie uma compreensão empática do esquema de referência interno do cliente e se esforce por comunicar esta experiência ao cliente” e “que a comunicação ao cliente da compreensão empática do terapeuta e da consideração positiva incondicional seja efetivada, pelo menos num grau mínimo”. (Rogers, 1957, p. 160). Essa definição expressa a importância de a empatia não ser algo apenas experimentado pelo terapeuta, mas compartilhado com e percebido pelo cliente na dinâmica da relação terapêutica. Em 1959, Rogers afirma que

o estado de empatia ou ser empático consiste em aperceber-se com precisão do quadro de referências interno de outra pessoa, juntamente com os componentes emocionais e os significados a ele pertencentes, como se fôssemos a outra pessoa, sem perder jamais a condição de como se. Portanto, significa sentir as mágoas e alegrias do outro como ele próprio as sente e perceber suas causas como ele próprio as percebe sem, contudo, perder a noção de que é ‘como se’ estivéssemos magoados ou alegres, e assim por diante. Se perdermos esta condição de ‘como se’, teremos um estado de identificação. (Rogers, 1959, p.210-11)

Se inicialmente a empatia foi definida como uma atitude do terapeuta, ao longo do desenvolvimento da perspectiva Centrada na Pessoa, Rogers passou a descrever a empatia como um processo que se desenvolve na interação com o cliente (Rogers, 1977). Em uma meta-

análise, Bohart et al. (2002) encontraram forte correlação entre a empatia e resultados positivos na psicoterapia. Os autores afirmam, no entanto, que o conceito de empatia é mais complexo do que se pensava e do que fora definido por Rogers.

Wood (1997) destaca que, além dos significados supracitados, Rogers também considerava a empatia (a) uma condição para o sucesso da psicoterapia, conforme destacado no artigo *As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica na personalidade* (1957/2008); (b) uma atitude atenta a qual o terapeuta deve adotar para compreender o significado da experiência do cliente; (c) uma qualidade característica da relação terapêutica eficaz que diz respeito ao estado de consciência compartilhado entre cliente e terapeuta; (d) um processo, já que esse estado de consciência se modifica num fluxo contínuo; (e) uma habilidade de alguém que aprende a captar o significado da experiência de um outro e o comunica a ele; e por último, (f) a empatia também pode ser considerada uma fonte de conhecimento, uma vez que torna possível o acesso a significados da experiência de outra pessoa que antes eram desconhecidos, gerando insights e novas descobertas. Wood acrescenta ainda um último aspecto, enfatizando a função cultural da experiência de compreensão empática, que se refere à necessidade de se levar em consideração os aspectos culturais em um processo de escuta.

No que concerne à empatia como atitude, no contexto da psicoterapia, esta consiste num modo de se relacionar no qual o terapeuta procura entrar no mundo interno do cliente a fim de captar os significados por ele percebidos, expressar o que sente e verificar a precisão dessa percepção junto ao cliente, guiando-se por suas respostas (Rogers, 1977). Em um período em que se defendia a neutralidade e o distanciamento do terapeuta, Rogers defendeu a necessidade de se “penetrar no mundo perceptual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele” (p. 73). Não se trata de uma técnica, mas de uma atitude que se efetiva a partir da disponibilidade do terapeuta em compreender o cliente e perceber os significados presentes em seu campo

fenomenológico. Esta atitude exige envolvimento, uma implicação pessoal, uma disponibilidade tal que possibilita, mas não garante, que relação se constitua.

A diferenciação entre técnica e atitude se faz necessária para compreender a proposta da Abordagem Centrada na Pessoa, que é definida por seu próprio criador como “um jeito de ser” (Rogers, 1980) na relação com os outros. A atitude aqui é definida como “uma tendência constante para perceber e reagir num determinado sentido” (Rogers & Kinget, 1977, p.74) e está vinculada à personalidade de um indivíduo. Diz respeito, portanto, ao modo de estar com o outro. Isto significa, por exemplo, que uma pessoa pode ter disposição para agir de forma amável ou hostil, com confiança ou desconfiança, com tolerância ou intolerância em relação ao outro etc. Devido à sua natureza e enraizamento na personalidade, as atitudes não são passíveis de manejo e não podem ser modificadas de acordo com a vontade do indivíduo, como o são as técnicas. (Rogers & Kinget, 1977)

Embora as atitudes de uma pessoa estejam intimamente relacionadas à sua personalidade e, portanto, não seja possível ensiná-las, Rogers e Kinget (1977) defendem que é possível pelo menos despertar e apontar o sentido delas, promovendo sua aprendizagem. O indivíduo não nasce com atitudes, estas resultam de sua interação com o meio, incluindo aí outros seres humanos. Os autores acreditam que a forma mais efetiva de aprender uma atitude é por meio do contágio social, que pode ocorrer no contato com outras pessoas capazes de manifestá-la na relação com os outros, bem como por meio de exercícios de tomada de consciência e reflexões que impulsionem uma transformação interna no indivíduo.

Portanto, a compreensão empática efetiva-se por meio de uma relação da qual emerge tal atitude e não como uma habilidade técnica que o terapeuta detém e aplica na interação com o cliente; remete ao ser e não ao fazer. Ademais, para que seja terapêutica, a atitude empática

precisa estar acompanhada de uma presença autêntica e de uma atitude de consideração positiva incondicional.

Nas pesquisas realizadas por Rogers e seus colaboradores com o intuito de identificar as condições necessárias e suficientes para promover mudança no cliente (Rogers, 1957), emergiram junto à compreensão empática: a autenticidade ou congruência, que consiste na capacidade de o terapeuta se relacionar com o cliente como pessoa e não como uma fachada profissional, estando consciente de sua experiência subjetiva momento a momento na relação; e a consideração positiva incondicional, que pode ser compreendida como uma postura de respeito e apreço à pessoa do cliente e é subjacente a uma confiança na tendência positiva do organismo para o crescimento (Rogers & Kinget, 1977). Conforme será abordado posteriormente, este conjunto de atitudes também se mostra efetivo para a promoção de mudanças e aprendizagem em contextos distintos ao da psicoterapia (Rogers, 1977). Além disso, é preciso saber expressar estas atitudes, isto é, para que uma atitude seja eficiente e até mesmo verdadeira, o outro precisa percebê-las (Rogers & Kinget, 1977).

Uma das principais críticas sofridas por Rogers em relação à compreensão empática na relação terapêutica se deve justamente à distorção de sua proposta, entendida como técnica e não como atitude. Tomada como mera técnica, a atitude empática se tornou objeto de crítica devido ao uso inadequado, chegando a ser ensinada de forma simplista e equivocada, como se a tarefa do terapeuta consistisse em repetir as últimas palavras ditas pelo cliente (Rogers, 1977).

Ademais, empatia sem autenticidade ou consideração positiva incondicional pode ser utilizada para fins de manipulação e controle do outro, atitudes que contrariam os princípios humanísticos da Abordagem Centrada na Pessoa. Empatia não é sinônimo de bondade; não assegura gentileza, benevolência ou reciprocidade e pode, inclusive, servir de instrumento para a crueldade. Indivíduos sádicos, por exemplo, são empáticos, mas não simpáticos. A empatia

não é, necessariamente, acompanhada de uma intenção, mas algo que acontece pelo fato de sermos humanos. Sendo assim, pode ou não levar a uma ação (Shlien, 1997; Zahavi, 2012).

A comunicação da atitude empática não se dá de maneira direta, dizendo, por exemplo “eu te entendo”. Ocorre a partir de um conjunto de expressões, verbais e não verbais do terapeuta, que são apreendidas pelo outro e indicam que ele está sendo compreendido ou ao menos que o terapeuta está tentando compreendê-lo. A compreensão não-verbal é imediata e se dá por meio da apreensão de um conjunto de sinais físicos, às vezes sutis, tais como expressões do rosto, da voz, dos gestos, da postura do corpo. Essas expressões revelam melhor do que as palavras e às vezes as contradizem (Rogers & Kinget, 1977). No entanto, lembramos que essa apreensão não ocorre de maneira racional; é preciso considerar as expressões em seu conjunto para que seu sentido possa ser apreendido, não sendo possível, portanto, dissecá-las.

Bohart (1988) defende que a ênfase da empatia está no processo que ocorre no fluxo experiencial do cliente momento a momento, no aprendizado do cliente em ouvir a si mesmo e a esse fluxo. Sendo assim, a psicoterapia não se trata de um aprender sobre si, ou ampliar o entendimento sobre si, mas de um processo vivencial que emerge a partir de uma relação. Shlien (1997) ressalta que a empatia não é uma exclusividade da relação terapêutica; pode ser um atributo das pessoas ao se relacionarem com outras de modo geral, além de estar presente em outras atividades humanas.

Rogers definiu como relação de ajuda toda e qualquer relação em que haja duas ou mais pessoas e que o objetivo de uma das partes seja promover ou facilitar o desenvolvimento dos demais que compõem esta relação. Isso se aplicaria, portanto, não apenas à relação terapeuta-cliente, mas também à relação professor-aluno, líder-funcionário, profissional-paciente etc. O autor afirma que a relação de ajuda é um tipo de relação que promove “o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Rogers, 1961/1980, p.43). Inspirados pela ideia de Rogers, propomos uma

atualização do termo “ajuda” para cuidado. Desta forma, a interação médico paciente constitui-se como uma relação de cuidado, na qual um paciente, em estado vulnerável devido ao adoecimento e preocupações decorrentes deste, busca um profissional para lhe ajudar a restabelecer sua saúde.

A hipótese de Rogers (1980, p.53) é que a eficácia de uma relação de ajuda está intimamente relacionada à capacidade de o facilitador expressar as atitudes de autenticidade, consideração positiva incondicional e compreensão empática, mencionadas anteriormente. Além disso, existem outras características e atitudes da pessoa que cuida as quais devem ser percebidas por quem está sendo cuidado:

1. ser digno de confiança;
2. ser expressivo de modo que possa se comunicar quem se é, sem ambiguidades
3. ter uma atitude positiva, isto é, de respeito, atenção, interesse e afeição pelo outro;
4. ser independente do outro;
5. estar seguro para permitir que o outro seja independente;
6. permitir-se entrar no mundo do outro e percebê-lo como ele o percebe;
7. aceitar todas as facetas que o outro apresenta e demonstrar esta aceitação;
8. agir com sensibilidade de modo que não apresente uma ameaça ao outro;
9. libertar o outro do medo de ser julgado;
10. ver o outro como uma pessoa em processo de transformação contínua.

A relação de ajuda, segundo hipotetizou Rogers, é proporcionada por uma pessoa psicologicamente madura. Rogers e Kinget (1977) se referem à empatia como uma sensibilidade alterocêntrica. Uma capacidade que não se modifica de acordo com a vontade, isto é, não é possível se mostrar mais empático do que se é, de forma análoga à inteligência,

não se pode mostrar mais inteligente do que realmente é. A empatia está relacionada à organização pessoal, que inclui seus valores, suas convicções, necessidades e interesses.

Embora a atitude empática não seja inata, nem passível de ser ensinada, todos os seres humanos possuem a capacidade de desenvolvê-la a partir da relação intersubjetiva. A fim de elucidar esta questão, abordaremos a seguir a empatia à luz da fenomenologia clássica de Edmund Husserl e Edith Stein.

Uma perspectiva fenomenológica sobre a Empatia

Para compreendermos a vivência da empatia a partir da perspectiva fenomenológica, é necessário apresentarmos antes a constituição da pessoa segundo Husserl e Stein. A noção de pessoa contempla não apenas uma dimensão material, mas também psíquica e espiritual. Esta última é a que constitui propriamente o humano (Ales Bello, 2014, 2015).

A estrutura humana é composta de atos corpóreos, isto é, instintos advindos da sensação; psique, que contempla os impulsos, as pulsões e reações; e espírito, que diz respeito aos atos reflexivos, à capacidade de avaliar e deliberar. Desta forma, o ser humano é um ser tripartido e o espírito habita as bases psíquica e corpórea (Ales Bello, 2004). A dimensão espiritual é própria do humano e o diferencia dos demais seres vivos, uma vez que animais também possuem as dimensões corpórea e da psique, mas não são capazes de atribuir ou agir baseados em valores (Ales Bello, 2015).

Nosso contato com o mundo externo ocorre pela via dos sentidos (Ales Bello, 2014), logo tudo passa pela primeira dimensão, o corpo. Tomamos consciência de nossa existência e de nosso corpo principalmente por meio do tato, embora na maior parte do tempo seja uma percepção passiva, como por exemplo, tocarmos o chão sem nos darmos conta, e em alguns

momentos também nos tornamos cômicos do tato, ao esbarrar ou tocar nosso corpo em algo (Ales Bello, 2015).

Na dimensão da psique estão os impulsos e reflexos, as emoções, que constituem a esfera passiva. Embora a ciência psicológica frequentemente se fixe nessa dimensão, o que é próprio da pessoa humana está na esfera ativa, na dimensão do espírito, que se refere aos atos voluntários. Impulsos pertencem à esfera da psique, enquanto os atos livres pertencem à dimensão do espírito. Os atos livres acontecem com propósito e decisão, elementos que não fazem parte da psique, embora ela esteja ligada à dimensão espiritual. Também é no espírito que simbolizamos a experiência (Ales Bello, 2015).

Na constituição da pessoa humana, há também o núcleo pessoal; é ele quem traz a singularidade e diz respeito à identidade. É uma identidade dada desde o nascimento que direciona a pessoa ao longo de toda sua vida. Os seres humanos são assim considerados em função de uma estrutura comum. O eu empírico diz respeito ao sujeito singular, vivemos nossa vida em primeira pessoa, experiência a qual os outros não têm acesso, mas nossa vida singular também contém experiências universais, que correspondem ao eu puro. O eu puro, portanto, corresponde à estrutura universal do ser humano. Para chegarmos a ela, no entanto, precisamos ser capazes de realizar uma introspecção profunda, tal como sugere Ales Bello (2014), só é possível chegarmos à terceira pessoa se passarmos pela primeira.

A empatia como vivência é um ato propriamente humano que ocorre de forma imediata e se caracteriza por um reconhecimento do outro como um outro eu. Isto não é passível de treino, simplesmente acontece em um encontro intersubjetivo, sempre. É importante destacar que é um erro confundir esse conceito com a compreensão empática (Ranieri & Barreira, 2012), mencionada anteriormente.

A empatia é um fenômeno “extraordinariamente ordinário” (p. 55), intrinsecamente presente nas relações e no contato que estabelecemos com outras pessoas diariamente. A importância filosófica da empatia está exatamente em seu caráter ordinário, na experiência corriqueira de estar diante do outro (Barreira, 2014). Para compreendermos esse fenômeno, no entanto, é necessário explicitar como se dá o seu desenvolvimento no ser humano.

Husserl (1935/2017) considera o feto como um ser não vivente, ou seja, não consciente, mas que já possui uma primordialidade em formação. O recém-nascido, por sua vez, já é um eu. Embora não tenha reflexão sobre si, nem temporalidade, já produz experiência e possui um horizonte perceptivo.

O campo perceptivo se forma de modo lento e gradual por meio da relação corpórea com a mãe. Inicialmente há uma indistinção entre a criança e mãe, mas aos poucos a primeira se destaca da segunda, permitindo a formação da espacialidade, sendo que o corpo da mãe se torna um elemento de seu campo espacial. Nesse sentido, Husserl (1935/2017) afirma que “os viventes despertam os não viventes” (p. 375).

Os adultos apresentam o mundo objetivo à criança a partir de seu próprio referencial, isto é, nomeiam-se como “mamãe” e “papai”, embora não se chamem por esses nomes entre si (Husserl, 1935/2017). A criança aprende estes nomes e a chamá-los, ser ou não atendida etc; ao fazerem referência à subjetividade utilizando pronomes como “nós”, “mim”, “vocês”, os adultos se relacionam com a criança de modo que ela possa gradualmente reconhecer o outro como alguém cujo mundo interage com o dela que está em formação (Ales Bello, 2014). Além dos pronomes, a criança também é gradualmente apresentada a outros nomes que fazem referência ao que é

pessoalmente orientado, o “aqui” e o “agora”, o “próximo” e o “distante”, “direita” e “esquerda”, etc. (a partir de mim, a partir de nós, a partir de um passado, etc.), o

“presente”, o “passado”, o “futuro” – todas as palavras subjetivamente relativas como tais, em todas suas relações graduais que pertencem à subjetividade, portanto que fazem em definitivo o mundo circundante [um mundo] histórico, o mundo circundante como presente e como nosso, o mundo circundante como passado, etc, o mundo circundante como aquele dos homens estranhos, etc. (Husserl, 1935/2017, p. 236).

Ao atingir um grau mais elevado de desenvolvimento, a criança reconhece o outro como outro, um corpo vivo também dotado de um campo perceptual, de atos psíquicos semelhantes aos dela. Dessa forma, o desenvolvimento da empatia se dá de forma lenta e gradual à medida que a criança se desenvolve na relação com os outros; é um processo que leva anos e mesmo os adultos que já atingiram o nível mais alto de desenvolvimento também vivem nessa gradação (Ales Bello, 2014).

O primeiro momento do ato empático é o reconhecimento imediato do outro como outro eu, como alguém que vive e possui a mesma estrutura vivencial que eu. Num segundo momento, inclino-me a compreender quais possibilidades dessa estrutura essa pessoa ativou verdadeiramente, o que ela vive (Ales Bello, 2004). Devido à história, à singularidade, ao núcleo pessoal, cada pessoa ativará as possibilidades de modo distinto e singular. Embora a estrutura vivencial seja a mesma, a ativação dependerá da singularidade (Ales Bello, 2015).

Testemunhar este outro existindo lança o sujeito que testemunha àquilo que o outro vive, ao seu mundo presente, às coisas com que está envolvido, ao seu mostrar-se desvelador no mundo, portanto, abre o sujeito empatizante ao vivido pelo sujeito empatizado, lança-o a essa apreensão e permite-lhe vivê-la por sua própria vez. Vivê-la por sua vez é dar-se conta daquilo de que se dá conta o outro, daquilo a que se dirige o outro. Este compartilhar possibilita a intersubjetividade, uma passagem

constitutivamente dependente da empatia, mas não idêntica a esta. (Ranieri & Barreira, 2012, p.27)

A empatia é, portanto, a via de acesso a outras vivências humanas. É a experiência empática que possibilita a alteridade (Fadda & Cury, 2021). A aprendizagem também ocorre via empatia (Ales Bello, 2014; Savian-Filho, 2014) em um processo de assemelhamento (Fadda & Cury, 2021). Husserl exemplifica a questão a partir da aprendizagem de uma criança acerca do uso de uma tesoura em seu primeiro contato com o objeto. Ao observar um outro utilizando a tesoura, ela é capaz de apreender seu sentido e não precisa refazer esse percurso novamente a cada contato com o objeto. A percepção sempre se dá no presente, mas esse presente carrega em si um passado infinito (Fadda & Cury, 2021).

Filnay (2005) nos lembra que a empatia não é um saber emocional, mas uma experiência sentida, corpórea e intersubjetiva. Acompanhar a experiência do outro “não corresponde a viver de forma originária o que o outro vive, mas é realizar em seu próprio corpo o circuito de sensibilidade da experiência desse outro” (Ranieri & Barreira, 2012, p. 17). Não há como viver originariamente a vivência do outro. Originário é o “dar-se agora da coisa” (p. 22), são as vivências presentes. Não originário é dar-se conta de coisas do passado, não presentes no agora. Dessa forma, a empatia é originária, mas o conteúdo empatizado é não originário. O dado original é vivido em primeira pessoa e difere do que é empatizado, pois é não-original. Em outras palavras, a estrutura é universal, mas o conteúdo é singular e não idêntico (Ranieri & Barreira, 2012).

A empatia difere da imaginação e recordação porque embora essas duas também sejam não-originárias, o sujeito que recorda é o mesmo. Já o sujeito que empatiza é diferente do sujeito empatizado. O acesso a esse outro se dá primeiramente pela apreensão da corporeidade que se mostra diante de mim, que reconheço ao mesmo tempo como semelhante e distinta, porque não

sou eu. Tal apreensão só é possível porque o corpo próprio se destaca primeiramente, isto é, percebemos o mundo e o outro a partir de nosso próprio referencial. Nesse processo de reconhecimento de si e do outro como um outro eu, podemos ampliar a percepção do outro não apenas em sua dimensão corpórea, mas também psíquica e espiritual (Fadda & Cury, 2021).

Embora não seja possível captar a experiência alheia de forma originária, somos capazes, devido à estrutura da pessoa humana, de acessar o sentido de uma dada vivência pura e com isso compreender, por exemplo, a experiência de dor e sofrimento de um outro sujeito. Edith Stein diferencia três níveis de empatia. No mais elementar, há a percepção do surgimento da vivência; no segundo, o dar-se conta do sentido da vivência e, por último, a compreensão da vivência. Este último nível caracteriza a relação empática e nem sempre é alcançado por nós (Stein 1989; Fadda & Cury 2021).

Quando estou diante de alguém, sou capturado pela sua presença - eis o primeiro nível da empatia: dou-me conta de que estou diante de um outro eu e não de um objeto qualquer. Stein (1989) ilustra a questão a partir de uma situação hipotética em que encontro um amigo e percebo que há algo nele que me chama atenção. Este nível diz respeito à dimensão sensorial, ao corpo vivo. Em seguida, colho o seu sentido. Este segundo nível refere-se à dimensão emocional, à psique. No terceiro nível, a vivência deste outro se torna um objeto para mim. Trata-se do mais elevado grau da empatia, o qual nem sempre alcançamos, que nos fornece a compreensão da vivência. Sou capaz de compreender o significado valorativo do que vive o outro. Este terceiro nível se refere ao âmbito do significado, do aspecto valorativo da experiência alheia, portanto diz respeito à dimensão do espírito.

No primeiro nível, dar-se conta de que estou diante de um outro é algo que simplesmente acontece, não demanda esforço. Quando estou diante de outro ser humano, simplesmente sei que se trata de um outro semelhante a mim, um ser vivente dotado de uma estrutura pessoal. É

o aspecto ordinário da empatia, base para todas as interações e relações humanas que, devido ao seu caráter implícito, não chega a ser problematizado, segundo Barreira (2014). Contudo, é esse aspecto mais elementar da empatia que permite a apreensão do sentido da experiência alheia, sem ele não é possível falarmos de uma relação empática.

Para haver de fato uma relação empática, é necessário que estejam presentes os três níveis supracitados. Do contrário, podemos falar em empatia unilateral, mas não em relação empática (Barreira, 2014).

Por trás da descrição steiniana, pulsa um sentido que procura fundamentar a empatia como ato realmente intersubjetivo pelo qual o sujeito que empatiza percebe o objeto da vivência alheia, sem que essa vivência seja a mesma do outro e sem que se pretenda vivenciar a vivência do outro, território sagrado ao qual somente o outro tem acesso em primeira pessoa (Savian-Filho, 2014, p. 46).

Aproximações possíveis entre a perspectiva humanista fenomenológica e a empatia na relação médico-paciente

A empatia está presente em todo encontro humano; é uma experiência tão natural em nossa vida cotidiana que, de modo geral, não nos colocamos a refletir sobre ela. No entanto, em determinadas situações, essa experiência ganha relevo (Barreira, 2014), como no exercício de algumas profissões, especialmente aquelas que se caracterizam como uma relação de cuidado, como é o caso da medicina. Em outras palavras, por ser “extraordinariamente ordinária”, não se tematiza a empatia, mas em alguns contextos ela ganha destaque, como nas relações de ajuda, e merece um exame mais minucioso a fim de que se possa compreender seus elementos.

Rogers (1977) também chamou atenção para a negligência desse elemento das relações interpessoais que se apresenta como um dos mais importantes para a promoção de mudanças

no comportamento. A partir da perspectiva Centrada na Pessoa, proposta por Carl Rogers e colaboradores, entendemos que a empatia é uma das atitudes que compõem a relação de cuidado, devendo ser acompanhada de uma postura autêntica e aceitadora por parte do facilitador.

O conceito de empatia terapêutica de Rogers foi especificamente desenvolvido para ajudar a entender a relação entre um psicoterapeuta e seu cliente. Fernandez e Zahavi (2021) alertam que este tipo de relação difere em aspectos importantes da relação que uma enfermeira necessita desenvolver com seu paciente, por exemplo, bem como difere da relação entre médico e paciente. Os autores problematizam a transposição de um conceito criado para um contexto específico da psicoterapia para outras áreas, uma vez que o tipo de relação estabelecida e os objetivos da relação profissional de saúde-paciente diferem daqueles da psicoterapia. Nesse sentido, afirmam que investigações fenomenológicas voltadas à compreensão da empatia em diferentes contextos mostram-se profícuas.

Ressalta-se, no entanto, que a despeito de suas origens remeterem ao contexto da relação psicoterapeuta-cliente, os pressupostos da Abordagem Centrada na Pessoa, bem como o jeito de ser que dela deriva, podem ser ampliados para relações de cuidado e relações interpessoais de modo geral. Isto porque, como já mencionado anteriormente, o que sustenta esta abordagem não são técnicas, mas atitudes.

Embora Rogers não fosse filósofo, nem tenha fundamentado sua proposta na fenomenologia, é possível encontrar aspectos fenomenológicos em sua forma de pensar a psicoterapia e as relações humanas, como a participação do terapeuta no mundo vivido do cliente e a busca pelos significados de sua experiência (Amatuzzi & Carpes, 2010), isto é, uma atitude empática.

Além disso, a *epoché* - uma das etapas do método fenomenológico - possibilita a compreensão empática, uma vez que o terapeuta necessita suspender todos os seus julgamentos para apreender os significados da experiência subjetiva do outro (Amatuzzi & Carpes, 2010; Moreira & Torres, 2013) e acessar seu núcleo pessoal (Fadda & Cury, 2021). A saída da postura objetivante para uma postura compreensiva implica também um risco, tal como sinalizou Rogers (1980), pois a partir da escuta ocorrem mudanças na subjetividade de ambos, tanto de quem é ouvido quanto de quem ouve.

A despeito das aproximações possíveis entre a proposta de Rogers e a fenomenologia, é necessário lembrar que a primeira foi desenvolvida como uma psicologia aplicada, enquanto a segunda nasce na filosofia e se propõe a ser uma ciência das essências (Husserl, 1913/2006), em contraposição à ciência dos fatos, conforme será explicado mais adiante no capítulo referente ao método adotado nesta pesquisa.

Significados e desdobramentos da empatia na medicina

A partir de uma revisão de literatura sobre a empatia na relação médico-paciente, observa-se que este tema tem se tornado objeto de interesse dos pesquisadores da área médica na contemporaneidade devido à sua relevância para um tratamento bem-sucedido, além da constatação das dificuldades relacionais enfrentadas pelos estudantes. As pesquisas têm associado a presença da empatia na relação médico-paciente a importantes benefícios como maior confiança do paciente no profissional e consequente adesão ao tratamento, menor incidência de acusações de negligência médica e melhores resultados clínicos (Riedl & Schübler, 2017, Hojat et al., 2019).

A literatura também aponta que, embora seja um dos elementos fundamentais da relação médico-paciente, a capacidade empática dos médicos tende a diminuir ao longo da formação,

tanto na graduação quanto na residência médica. Um estudo longitudinal desenvolvido por Hojat e colaboradores (2009) apontou o terceiro ano como um marco no qual há um declínio expressivo na capacidade empática dos estudantes, momento em que eles passam a vivenciar a atuação clínica, a sofrer privação de sono e a ter contato direto com os doentes. Neste sentido, tais condições contribuiriam para a diminuição da capacidade empática dos estudantes (Eikeland et al., 2014). Outros estudos corroboram o declínio da empatia ao longo da formação médica (por exemplo, Bombeke et al., 2013, Hojat et al., 2004, Neumann et al., 2011, Pohontsch et al., 2018). Na tentativa de compreender esse fenômeno, algumas hipóteses foram levantadas, como a sobrecarga de trabalho e estudos, contato com cadáveres no início do curso e a influência do currículo oculto, que consiste nos aprendizados adquiridos pelos estudantes ao longo da formação por meio das relações interpessoais e não estão previstos no currículo formal (Silveira et. al, 2019).

Diante desse contexto, algumas observações são necessárias. Em primeiro lugar, devemos considerar que a empatia é um conceito polissêmico e não oriundo da medicina, de modo que os pesquisadores que investigam a temática acabam por emprestar as definições da psicologia e neurociência, compreendendo a empatia como uma habilidade técnica passível de treinamento, logo bastante distinta da noção apresentada aqui.

Pedersen (2009) observou que a maior parte dos estudos que investigam o papel da empatia na prática médica definem o conceito de forma inadequada e muitas vezes o confundem com outros fenômenos tais como o contágio emocional ou a simpatia, por exemplo. O autor também aponta a subutilização de métodos qualitativos que poderiam colaborar para um melhor entendimento conceitual, da perspectiva concreta do médico e do paciente sobre a empatia no contexto clínico. Nesse sentido, estudos que investigam os diferentes significados atribuídos à empatia pelos profissionais podem auxiliar na compreensão do fenômeno (Fernandez & Zahavi, 2021).

Em segundo lugar, em função da observação do declínio da empatia ao longo da formação médica e da importância desse elemento para os resultados clínicos e satisfação do profissional e do paciente, iniciativas focadas na inserção de disciplinas formais ao longo da graduação em medicina têm sido desenvolvidas. Alguns programas que visam a aquisição de comportamentos empáticos por meio de treinamentos têm sido implementados no campo da formação médica (Bas-Sarmiento et al., 2020), como por exemplo, treinamento para residentes de medicina com enfoque em comunicação e habilidades empáticas (Noordman et al., 2019) e treinamentos comportamentais baseados em componentes da empatia (Riess et. al, 2012). O delineamento metodológico dos estudos supracitados contempla, em sua maioria, a aplicação de escalas para mensurar os níveis de empatia dos participantes pré e pós-intervenção, de modo que ao final possam afirmar quais práticas se mostram eficazes para a promoção do comportamento empático nos estudantes e profissionais de medicina.

Riess et al. (2012), por exemplo, descrevem os resultados de um programa de treinamento em empatia voltado a médicos residentes de diferentes especialidades (cirurgia, anestesiologia, psiquiatria, oftalmologia e ortopedia). O programa consiste em treinar aspectos básicos comportamentais, como fazer contato visual, por exemplo, e os resultados apontaram maiores índices de empatia conforme avaliação dos pacientes em comparação aos residentes que não receberam o treinamento.

Silva et al. (2017) avaliaram o impacto de uma disciplina voltada à relação médico-paciente nas atitudes dos estudantes de uma universidade federal brasileira. O estudo contou com uma amostra de 279 participantes, dos quais 128 haviam cursado a disciplina enquanto os outros 151 não cursaram. A disciplina contou com um grupo multiprofissional composto por clínicos, psicólogos, psicanalistas e médicos especialistas em medicina preventiva e social e a base teórica da disciplina foi a de Michael Balint. A metodologia incluía discussões coletivas, além de filmes, vídeos, livros e artigos. Os resultados apontaram altos índices de “cuidado” em

todos os estudantes, independentemente de estarem ou não matriculados na disciplina. Estudantes do sexo feminino e dos primeiros anos apresentaram índices mais altos de atitudes centrada no paciente (Silva et al., 2017).

Em terceiro lugar, é preciso considerar que o interesse pela empatia e seus desdobramentos não está associado exclusiva ou necessariamente a uma preocupação com a qualidade da relação e o bem-estar do paciente, mas também à utilidade desse atributo para o diagnóstico médico e ao ônus provocado por relações ruins entre médico e paciente. Em alguns contextos como o norte-americano, por exemplo, há um forte movimento da medicina defensiva que visa proteger o médico e as seguradoras de saúde de possíveis processos judiciais.

Rud (2003) distingue a empatia como um processo de cura da empatia como mero instrumento diagnóstico. Embora a empatia, por si só, não garanta uma boa prática ou uma prática ética (Smajdor, Stöckl & Salter, 2011), entendemos que o estabelecimento de uma relação empática com o paciente não é um meio para um fim, mas um elemento constituinte da própria relação que possibilita a aproximação entre médico e paciente.

Por último, destacamos que os estudos citados até aqui possuem um elemento comum: a noção de empatia como atributo individual, como uma habilidade que independe do paciente, ou melhor, da própria relação intersubjetiva. De modo geral, as pesquisas sobre empatia na área da Psicologia, e que servem de base para a medicina, costumam diferenciar dois tipos: empatia cognitiva e empatia afetiva. A empatia cognitiva consiste na capacidade de entender o ponto de vista do paciente sem, no entanto, sentir as emoções que ele sente. Já a empatia afetiva implica o envolvimento emocional do médico com as emoções do paciente. O primeiro tipo se refere à capacidade de compreender o que o outro sente, enquanto o segundo envolve uma ressonância emocional, isto é, sentir o que o outro sente (Hojat et al. 2002).

Existe uma discussão entre os pesquisadores da área médica a respeito do tipo de empatia adequada ao contexto clínico. Enquanto alguns defendem que a empatia cognitiva é a mais favorável e a afetiva seria desnecessária nesse contexto e até mesmo prejudicial para o profissional, outros defendem que a empatia afetiva também precisa ocupar seu espaço na relação médico-paciente (Shwan, 2018).

Aqueles que defendem a empatia cognitiva e rechaçam a empatia afetiva argumentam que o médico necessita compreender a perspectiva do paciente com objetividade, de modo que não se deixe impactar por emoções que possam levar à sobrecarga e *burnout*. Eles acreditam que é possível dar atenção aos aspectos emocionais do paciente sem, no entanto, fazer ressonância emocional (Schwan, 2018).

Neste sentido, a presença da empatia no contexto clínico não significa concordância absoluta entre médico e paciente ou ausência de conflitos. Halpern (2007) sugere que a empatia pode ajudar o médico a lidar com situações de conflito que surgem na relação com paciente. Logo, exercer empatia no contexto clínico significa perceber, entender e cuidar do outro. A satisfação do paciente consiste mais na percepção de que o profissional se importa com ele e está empenhado em proporcionar-lhe maior bem-estar do que na garantia de resultados bem-sucedidos (Decety & Fotopoulou, 2015; Svenaeus, 2014).

Por outro lado, há pesquisadores que argumentam que a ressonância afetiva está associada a maior confiança do paciente no profissional e adesão ao tratamento proposto. A defesa pelo aspecto afetivo da empatia, no entanto, não se dá de modo irrestrito. Recomenda-se que os médicos não suprimam as emoções, mas utilizem-na a seu favor e com parcimônia a fim de evitar o *burnout*, por exemplo.

Os filósofos Fernandez e Zahavi (2020) criticam a oposição entre os termos e afirmam que anterior à dicotomia entre empatia cognitiva e afetiva, há a empatia básica, discutida por

autores da fenomenologia como Husserl, Stein e Scheler. A empatia básica não envolve a experiência de contágio emocional, que é uma preocupação dos médicos, e consiste na familiarização da experiência alheia por meio da abertura à relação com um outro.

É a empatia básica que nos familiariza com a experiência do outro. É estar experiencialmente familiarizado com uma experiência que não é minha. Está relacionada à capacidade de perceber outros corpos vivos, bem como à capacidade de perceber o que o outro está sentindo. Os autores explicam que é apenas quando temos dúvida nessa percepção imediata que precisamos fazer uso de técnicas de empatia cognitiva ou emocional.

De acordo com Fernandez e Zahavi (2020), a empatia básica é um fenômeno que nos coloca em contato com a vida experiencial de outra pessoa, de forma direta e imediata. Consiste em uma familiaridade com a experiência do outro, de alguém que não sou eu. Há dois sentidos relacionados para o conceito de empatia básica: 1) capacidade de perceber outros seres humanos como pessoas e não objetos e 2) capacidade de perceber a experiência subjetiva do outro. A empatia básica, portanto, não exige raciocínio, acontece como uma percepção imediata do que o outro está experimentando em sua subjetividade e não depende de um compartilhamento desse sentimento.

Um exemplo disso seria uma situação de um cachorro que corre em direção a um amigo que reage tensionando músculos e se afastando do animal. Imediatamente percebe-se que o amigo está com medo e que, para ele, o animal é sentido como uma ameaça. Para se dar conta disso, não é necessário fazer uma análise cognitiva, nem sentir medo do cachorro, assim como o amigo sente. Percebemos os gestos e os movimentos corporais como expressão de desejos, intenções, emoções e atitudes. Somente quando percebemos o significado de algum comportamento expressivo de forma ambígua ou quando duvidamos de nossa compreensão imediata é que precisamos lançar mão de recursos (técnicas) cognitivas ou emocionais para dar sentido ao que o outro está experienciando (Fernandez & Zahavi, 2021).

Nesse sentido, Fernandez e Zahavi (2020) defendem que os programas de treinamento não devem se basear no ensino de habilidades empáticas, mas na remoção de obstáculos que obstruem a empatia básica, já que ela simplesmente acontece. Se a empatia consiste na apreensão da experiência do outro como outro ser humano e não como um objeto, a obstrução da empatia básica pode ocorrer, por exemplo, quando os profissionais de saúde objetificam os pacientes.

Além disso, os autores sugerem a utilização de recursos que facilitem a abertura ao paciente. A teorização e a tomada de perspectiva imaginativa, recursos comumente adotados pelos médicos, podem encobrir a experiência do paciente, de modo que se faz necessário adotar uma postura de abertura e disponibilidade para que o paciente possa se expressar de maneira mais acurada e, dessa forma, o profissional possa compreendê-lo de modo mais efetivo (Fernandez & Zahavi, 2021).

Entendemos que a empatia é um fenômeno eminentemente relacional que só se manifesta, portanto, na presença de um outro. Não se pode falar em empatia sem considerar que o paciente está envolvido nessa relação. A empatia não é uma técnica ou recurso do qual o profissional se utiliza como parte do trabalho, mas um atributo da própria relação que se estabelece com o paciente. Focalizar a empatia, neste sentido, consiste em investigar como os médicos residentes são afetados pela relação com seus pacientes, considerando o contexto em que estão inseridos. Dessa forma, no capítulo a seguir abordaremos a relação médico-paciente, bem como a residência e a área de clínica médica.

Capítulo 2: O estudo da empatia na medicina

Relação médico-paciente: uma visada histórica

A relação médico-paciente consiste em um tipo peculiar e complexo de relação social em que dois desconhecidos passam a interagir de modo que se sintam à vontade para se relacionar com certa intimidade (Dario, 2019). É uma relação que envolve vulnerabilidade e confiança, duas experiências humanas significativas, e apresenta desafios importantes porque a despeito de sua significância, nem sempre ocorre de maneira satisfatória para os que dela participam (Chipidza et al., 2015).

As mudanças culturais e históricas relativas à organização da sociedade e ao modelo de saúde-doença influenciam o modo como a relação profissional-paciente se estabelece e se caracteriza. Deste modo, para compreender o fenômeno da relação médico-paciente é necessário considerar o contexto social e o clima científico-intelectual de uma dada época (Dario, 2019; Kaba & Sooriakumaran, 2007).

As alterações sofridas ao longo da história podem ser compreendidas a partir de grandes modelos que contemplam características comuns. Em um estudo clássico, Szasz e Hollender (1956) apresentam uma proposta de classificação dividida em três modelos: o primeiro consiste no modelo atividade-passividade; o segundo, de orientação-cooperação e o terceiro consiste em um modelo de participação mútua.

O modelo atividade-passividade é o mais antigo e consiste na atuação do médico sobre o paciente. É característico do período entre 4.000 a 1.000 a.C. no Antigo Egito, em que a relação médico-doente e a perspectiva de cura era baseada no misticismo. Esse modelo, marcado pela perspectiva do paciente como objeto, ainda está presente na contemporaneidade e pode ser útil em contextos emergenciais nos quais a vida do paciente está em risco (Dario, 2019; Chipidza et al., 2015).

Na Grécia Antiga (aproximadamente 600 a 100 a.C.), a medicina passou a ter uma base empírico racional. O modelo de sociedade mais igualitário também refletiu na relação médico paciente. Nessa época, o modelo predominante era o da orientação-cooperação e participação mútua em menor grau. Foi o período no qual o Juramento de Hipócrates foi instituído, estabelecendo um código de ética médica e um conjunto de direitos do paciente (Dario, 2019).

O modelo orientação-cooperação se caracteriza pelo poder que o médico detém sobre o doente em função de seu conhecimento, algo que falta ao paciente. Nesse modelo, espera-se que o médico tome a melhor decisão baseado no interesse do paciente e que este coopere com o profissional. Dessa forma, o poder é dividido e as duas partes são interdependentes (Chipidza et al., 2015).

Na Europa medieval, as crenças religiosas marcaram o retorno do misticismo na relação médico-paciente. O médico ocupava um lugar de superioridade, enquanto o paciente era considerado como uma criatura indefesa, caracterizando o retorno do modelo atividade-passividade. No final do século XVIII, com o Renascimento, a Reforma Protestante e a Revolução Francesa, os valores vigentes refletiram em um igualitarismo parcial na relação médico paciente, provocando nova mudança para o modelo de orientação-cooperação (Dario, 2019).

Por último, temos o modelo participação mútua, que é baseado na participação igualitária do médico e do paciente. Neste modelo, o paciente é visto como aquele que mais sabe sobre sua própria vida e objetivos, por isso envolvê-lo nas tomadas de decisão para o tratamento é fundamental. (Chipidza et al., 2015).

Segundo Dario (2019), de todas as mudanças supracitadas, a maior alteração na relação médico-paciente ocorreu no período entre o século XVIII e a contemporaneidade. O surgimento

das teorias psicanalíticas no século XIX permitiu a mudança de perspectiva em relação ao doente, que passou a ser visto como pessoa. Noções como a importância de ouvir o doente e o estabelecimento de uma relação genuína e comunicativa instituíram o modelo de participação mútua e posteriormente medicina centrada no paciente.

Sir William Osler, médico canadense considerado o pai da medicina moderna, expressou um aforismo que se tornou bastante conhecido: “Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença”. Diante de uma medicina que considerava apenas os determinantes biológicos e se estruturava a partir de uma concepção cartesiana, Osler ressaltou a necessidade de integrar as dimensões coletiva e social na compreensão da saúde. O médico defendia que os estudantes precisavam aprender por meio da observação e escuta do paciente (Towle, 2016).

Na contemporaneidade, uma das perspectivas mais difundidas é a da Medicina Centrada no Paciente, relação caracterizada por um papel ativo do paciente, que tem acesso à informação científica ou não. As decisões não são tomadas pelo médico de forma unilateral, como no modelo paternalista, mas sim em conjunto, avaliando as especificidades do paciente e respeitando sua autonomia. Apesar da nomenclatura semelhante, tal movimento não foi inspirado na proposta rogeriana da Terapia Centrada no Cliente ou na Abordagem Centrada na Pessoa, portanto não possui relação com a perspectiva apresentada aqui.

Segundo Chipidza et al. (2015) a relação médico paciente é composta por 4 elementos, sendo eles, confiança, conhecimento, estima e lealdade. Além disso, é afetada por aspectos relativos ao próprio paciente, ao sistema de saúde ou pela incompatibilidade entre médico e paciente. Perestrello (1996) afirma que quando o médico se coloca diante do paciente de modo a dirigir-lhe um interrogatório e não o ouve, está adotando uma atitude de rejeição, ainda que

de forma não intencional. Nessas ocasiões, o paciente se sente rejeitado e a interação não se constitui como um verdadeiro encontro, ao contrário, gera hostilidade na totalidade relacional.

De acordo com Perestrello (1996) todo encontro entre médico e paciente é significativo, porém seus efeitos podem ser positivos ou negativos, dependendo da qualidade dessa interação. Mesmo que do ponto de vista técnico tudo ocorra bem, é possível que existam malefícios, caso a interação não ocorra em harmonia.

O contexto da pesquisa: a residência médica e a especialidade de clínica médica

A residência médica é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* que concede ao médico o título de especialista em uma determinada área da Medicina. O curso possibilita ao médico aprofundar seus conhecimentos em uma especialidade por meio de treinamento teórico-prático, configurando-se como uma etapa importante do aperfeiçoamento profissional. É na residência médica que o profissional apura seu olhar clínico e desenvolve competências de comunicação (Velho et al., 2012).

O sistema formal de treinamento surgiu em 1889 com a criação do *John's Hopkins Hospital* e foi implementado pelo influente cirurgião norte-americano Stewart Halsted. Ele introduziu um sistema inédito para treinar jovens cirurgiões, que até então se auto treinavam ou aprendiam na prática, de forma não sistematizada, em um período de no máximo 2 anos. O programa era patrocinado pela universidade e recebia médicos graduados que, ao longo de vários anos, eram treinados gradualmente em anatomia, patologia e fisiologia até adquirirem a autonomia desejada (Cameron, 1997). A residência em Clínica Médica foi implementada no ano seguinte na mesma instituição por Willian Osler. Em 1933, a residência médica se tornou obrigatória para o exercício da medicina nos Estados Unidos (Marcial, 2013). O modelo bem-sucedido se espalhou posteriormente pelos Estados Unidos, colocando o país na vanguarda da ciência cirúrgica mundial (Cameron, 1997) e se tornou a base para a criação de programas semelhantes em outros países.

No Brasil, os primeiros programas inspirados no modelo norte-americano surgiram na década de 1940 no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, a partir da iniciativa de médicos brasileiros que haviam sido treinados nos Estados Unidos (Marcial, 2013).

A regulamentação desse tipo de pós-graduação no Brasil ocorreu em 1977 por meio do Decreto nº 80.281 que instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Os programas de residência caracterizam-se por um treinamento-em-serviço, devem ter duração mínima de um ano, ocorrendo em regime de dedicação exclusiva, preferencialmente nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia; e Medicina Preventiva ou Social. Atualmente são reconhecidas 55 especialidades no país (CFM, 2018).

A regulamentação da residência médica prevê que o médico em treinamento deve cumprir carga horária semanal de 60 horas com no máximo 24 delas de plantão, dispor de um dia de descanso semanal e 30 dias consecutivos de férias (Brasil, 1981). O descanso pós-plantão noturno deve ser de no mínimo 6 horas (Brasil 2011) e os médicos não podem realizar plantão de sobreaviso (Brasil, 2010). Tais medidas são necessárias para garantir os direitos dos médicos residentes, bem como uma formação de qualidade.

Dentre as diversas especialidades médicas, “a prática clínica se refere às atividades de médicos que interagem com ou tomam decisões sobre pacientes atuais. Inclui diagnóstico clínico, gerenciamento e terapêutica.” (Saraga et al., 2019, p. 42). O objetivo geral do programa de residência em Clínica Médica, segundo a matriz de competências destes programas no Brasil, consiste em:

Capacitar o médico residente em Medicina Interna para executar o atendimento clínico, nos âmbitos individual e coletivo, com geração de vínculo na relação interpessoal e de identidade enquanto membro do sistema de saúde, realizar o plano diagnóstico e de

tratamento para as doenças na sua área de ação, nos cenários de prática ambulatorial e hospitalar, nos diferentes níveis de atenção à saúde, com intervenções de promoção, prevenção e recuperação e de desenvolver o pensamento crítico e reflexivo ao conhecimento científico pertinente e a sua prática profissional, tornando-o progressivamente autônomo, capaz de praticar a comunicação verbal e não verbal com empatia, comprometido com o seu paciente, capaz de dar seguimento a sua educação permanente, buscando manter a sua competência diante do desenvolvimento do conhecimento com profissionalismo, compreensão dos determinantes sociais do processo de saúde e de doença e de exercer a liderança horizontal na equipe interdisciplinar e multiprofissional de saúde. (Brasil, 2019)

Nota-se que a capacidade de comunicação empática está presente nos objetivos da formação na referida especialidade. Contudo, diversos estudos apontam que existe uma tendência de declínio da empatia ao longo da formação médica. O declínio da capacidade empática observado na literatura – também conhecido como erosão empática - se inicia ainda na graduação e continua a ocorrer durante os anos de residência. Tal como observado por Paiva, Andrade, Rocha e Peixoto (2019) em um estudo com residentes de clínica médica e cirurgia, os residentes dos últimos anos apresentaram escores mais baixos de empatia em comparação aos residentes do primeiro ano. Neste sentido, o decréscimo da empatia não deve ser objeto de atenção apenas durante a graduação, mas ao longo de toda a formação médica.

Bombeke, et al. (2013) conduziram entrevistas semiestruturadas com 15 médicos estudantes que já haviam demonstrado um pequeno declínio em atitudes centradas no paciente durante o período de estágio, avaliada por meio de escalas de autorrelato. A pesquisa investigou a experiência do desenvolvimento de atitudes centradas no paciente e discutiram os escores da escala. Resultados apontaram distorções de resposta. O estudo sugere que as diferenças nas pontuações das escalas de autorrelato podem estar relacionadas a mudanças de entendimento

dos participantes sobre a centralização no paciente à medida que eles se tornam mais experientes clinicamente.

O declínio da empatia também tem sido relacionado a elementos presentes no contexto da formação médica tais como privação de sono, pressão pelo desempenho e grande volume de conteúdo a ser estudado, falta de tempo e questões de saúde mental. A residência constitui um período sensível de transição do papel de estudante para o de médico. Embora já seja graduado, o médico residente ainda se encontra em processo de formação e aprendizagem. Apesar da singularidade e do modo como cada um vivencia esse período da formação médica, a residência possui elementos que tendem a gerar sofrimento psíquico, como a carga horária e rotina exaustiva, além da responsabilidade que assumem no cotidiano profissional (Knabeen et al., 2021).

Velho et al. (2012) investigaram a visão de 90 residentes acerca de um programa de residência médica. De modo geral, os participantes, embora satisfeitos com a qualidade da formação, destacaram a excessiva jornada de trabalho e qualificaram-na como estressante. Contudo, na avaliação por especialidade, os residentes de Clínica Médica consideraram em sua totalidade a jornada de trabalho adequada, mas consideraram o trabalho estressante.

Outra característica geradora de ansiedade nos médicos residentes é o duplo papel exercido na residência: profissional e aluno. Se por um lado já são profissionais e lhes é exigido que assumam as responsabilidades do exercício profissional, por outro seguem uma hierarquia e dependem de profissionais mais experientes que lhes fornecem instruções (Velho et al., 2012).

O ofício da residência por si só inclui o contato com diversos estressores tais como falta de controle, alta carga de atendimentos, imprevisibilidade, situações de trabalho estressantes, baixa remuneração e conflitos entre vida pessoal e profissional (Mian et al., 2018). A pandemia

da covid-19 potencializou os efeitos de estressores já existentes, colocou os residentes em situações novas, exigindo mudanças e os expôs a estressores sem precedentes (Gregory, 2020).

Alguns dos estressores relacionados à pandemia da Covid 19 são: aumento da carga de trabalho; suspensão de férias; remanejamento para equipe de emergência; condições inadequadas de trabalho em função da falta de equipamentos adequados; interrupções de treinamento; atraso nos processos de certificação; e demandas de saúde mental em evolução (Gregory, 2020). A autora afirma que serão necessárias ações que priorizem a saúde mental dos médicos residentes, uma vez que as demandas persistem mesmo após o fim da pandemia.

Ey, Soller e Moffit (2020) descrevem um programa de bem-estar de residentes implementado nos Estados Unidos 16 anos antes da irrupção da pandemia da COVID-19. O programa intensificou o suporte emocional durante o período pandêmico, recebendo aumento de demanda por pares que buscavam treinamento para oferecer suporte aos residentes, bem como aumento da procura por atendimento psicológico e psiquiátrico. Nos primeiros meses da pandemia, em 2020, houve diminuição na procura, o que pode ter ocorrido em função da alta carga de trabalho e necessidade de adaptação frente à situação.

Neumann et al. (2011), em uma revisão sistemática, analisaram 18 estudos, sendo 11 com estudantes de medicina e 7 com residentes. A empatia foi autoavaliada em todos os estudos. Os 5 estudos longitudinais apontaram decréscimo da empatia durante o período de residência. Os autores apontam a necessidade de estudos teoricamente embasados que investiguem os fatores que contribuem para o declínio da empatia. O sofrimento do *trainee* é determinante para o declínio da empatia, considerado como um recurso de enfrentamento diante de várias situações de estresse.

A residência é um período intenso na vida do médico que vive imerso em ambientes permeados de tensão e pressão, contexto que favorece o adoecimento mental, em especial o

burnout. Existem diversos estudos que investigam o *burnout* em médicos e residentes, que se manifesta geralmente por meio da exaustão, despersonalização e baixa realização (Rosenbluth et al., 2017).

Além dos riscos para a classe médica e para a saúde mental dos médicos residentes, as consequências do *burnout* atingem diretamente o paciente, uma vez que o médico em esgotamento fica mais propenso a cometer erros médicos e abusar de substâncias psicoativas (Rosenbluth et al., 2017).

Outro estudo se propôs a investigar como os residentes de prática geral associam a empatia ao *burnout*. O estudo qualitativo contou com 24 participantes que responderam a uma entrevista semiestruturada. A análise temática apontou que os residentes percebem que a empatia e o *burnout* estão relacionados de diferentes formas. Picard et al. (2016) mencionam que a empatia é útil para a prática médica e necessária para a satisfação profissional; acreditam que a empatia pode prevenir o *burnout*, pois está relacionada à gratidão, a ajudar o paciente e sentir-se feliz; e que o esgotamento afeta a capacidade empática em função da despersonalização. Percebem a perda de interesse no paciente, distanciamento dos outros além de um funcionamento autocentrado.

Enquanto a disposição individual para níveis de empatia negativa está associada a índices mais altos de *burnout* e mais baixos de satisfação profissional, a empatia positiva está associada à diminuição de *burnout* e maior satisfação (Andreychik, 2019). Embora estimule um comportamento pró-social, empatizar com sentimentos e emoções negativas pode ser uma experiência negativa em função das emoções desencadeadas no profissional. Ao mesmo tempo, é a aproximação com as emoções alheias que os ajuda a reduzir as emoções negativas. Esse paradoxo intriga os pesquisadores. Neste sentido, Andreychik (2019) dedicou-se a investigar o papel da empatia positiva no contexto das profissões da saúde.

Um estudo realizado por Moller e Brogger (2019) investigou a narrativa de residentes de diferentes especialidades sobre como entendem os desafios que emergem na interação entre médico e paciente. Os pesquisadores analisaram 259 narrativas de 138 residentes sobre conversas que tiveram com pacientes nas quais sentiram-se desafiados. Não foi fornecida uma definição do que era uma situação desafiadora na comunicação, ao contrário, os participantes tiveram liberdade de narrar situações que eles próprios consideravam desafiadoras a partir de sua perspectiva subjetiva. A partir dos relatos dos participantes, identificou-se uma narrativa ideal acerca do encontro clínico entre médico e paciente, no qual o médico é o protagonista que ajuda o paciente a resolver seu problema de saúde, enquanto o paciente e seus familiares, seu conhecimento e colegas o auxiliam a alcançar o objetivo; neste ideal o problema de saúde é narrado como o inimigo. Essa narrativa aponta a expectativa dos residentes sobre como deve transcorrer o diálogo com o paciente e o desafio surge como uma quebra desta narrativa ideal.

Ainda de acordo com o estudo supracitado, os encontros clínicos envolvem uma busca singular pelo tipo de ajuda necessária em cada caso: negociações precisam ser feitas e desentendimentos a respeito das causas e do próprio adoecimento dificultam a comunicação. Discordâncias também foram citadas como desafiadoras pelos residentes no que se refere a pedidos específicos de exames ou aumento de dosagem de medicamentos por parte dos pacientes, resistências diante de recomendações médicas; também mencionaram o desafio de se comunicar com pacientes que não reconhecem a gravidade de seu estado de saúde.

Tais discordâncias podem desencadear batalhas, de modo que médico e paciente possam vir a se tornarem oponentes e, ao final, apenas um sai vencedor. Em algumas situações, pacientes desafiam a autoridade do médico de forma direta ou indireta. Os próprios colegas também podem se tornar oponentes. O estudo aponta os elementos que tornam a comunicação com os pacientes desafiadora na fase de transição de estudante para médico, a despeito de terem

recebido treinamento em habilidades de comunicação durante a graduação (Moller & Brogger, 2019).

A partir de um estudo fenomenológico, pesquisadores investigaram a experiência de médicos clínicos em relação à prática profissional. Os resultados apontaram que o ofício clínico é definido como engajamento, com a emergência de 5 aspectos: 1) trabalho honesto; 2) transpor limites; 3) criar uma bolha mágica; 4) responsabilidade pessoal e 5) prontidão. Esse engajamento consiste num envolvimento total e não parcial. Não se caracteriza como um aspecto do trabalho clínico, mas é o próprio ofício (Saraga et al., 2019).

Um estudo com residentes entre o terceiro e o quinto ano de residência de especialidades clínicas e cirúrgicas utilizou o Inventário de Empatia e a Escala de Satisfação com a Vida, a fim de avaliar essas dimensões em ambas as especialidades. Tanto clínicos quanto cirurgiões tiveram pontuações próximas na escala de empatia, apresentando diferença significativa apenas em relação ao altruísmo. Os clínicos mostraram-se mais altruístas e a hipótese dos autores é que a especialidade clínica demanda exercício de habilidades sociais, enquanto os cirurgiões são mais estimulados e demandados tecnicamente (Suartz et al., 2013).

Castelhano e Wahba (2020) investigaram as implicações das emoções do médico na prática clínica no contexto brasileiro. Em um estudo de método misto, as autoras encontraram a presença de dois modos distintos de lidar com as emoções no contexto da interação médico-paciente: o primeiro pertence aos médicos que acreditam que as emoções impactam sua prática e servem de instrumento para aprimorar seu trabalho; já o segundo grupo é composto por médicos que percebem as emoções como um aspecto negativo que pode prejudicar o trabalho clínico. Neste sentido, o primeiro grupo tende a prestar atenção às próprias emoções a fim de integrá-las à sua prática e aprimorar seu trabalho; enquanto o segundo grupo adota estratégias

de controle das emoções, de modo a reprimi-las ou negá-las, a fim de assegurar uma suposta neutralidade na relação.

A partir de uma revisão sistemática de literatura, (Zulman et al., 2020) pesquisadores encontraram cinco práticas que têm potencial de melhorar a presença e o contato significativo com pacientes nos encontros clínicos: (1) preparar-se com intenção; (2) ouvir de forma intencional e atenta; (3) acordar o que mais importa ao paciente; (4) conectar-se à história do paciente, conhecer seu contexto de vida, seus recursos e conquistas; e (5) levar aspectos emocionais do paciente em consideração.

Schwartz & Wiggins (1985) criticam o distanciamento da medicina das humanidades. Os autores não defendem um humanismo puro, mas uma união entre a ciência e o humanismo. A medicina, como ciência aplicada, necessita das evidências e das abstrações para ser bem-sucedida em seu propósito de auxiliar o doente na busca pela cura de seus males. A compreensão do paciente deve fazer parte dessas evidências, do contrário, a medicina se torna falha. Diante disso, torna-se necessário investigar aspectos relacionais da prática clínica médica.

Objetivos

Objetivo Geral

Descrever e compreender a vivência de médicos residentes da área de clínica médica no que se refere à atitude de empatia na relação com seus pacientes.

Objetivos específicos

- a. Delimitar o conceito de empatia de acordo com o referencial teórico adotado, isto é, a perspectiva humanista e fenomenológica
- b. Aprender os elementos estruturais da experiência dos participantes.

Capítulo 3 – O Percurso da Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido a partir de um caminho metodológico qualitativo, fundamentado nas proposições da fenomenologia clássica, desenvolvida pelo filósofo alemão Edmund Husserl.

Conforme destacado no capítulo anterior, o tema da empatia na relação médico paciente tem sido amplamente investigado nas últimas décadas, mas o enfoque metodológico das pesquisas concentra-se em propostas quantitativas que visam mensurar os níveis de empatia presentes nos médicos no início e ao longo da formação profissional. Tais pesquisas adotam uma definição de empatia como atributo individual, como já mencionado anteriormente, passível de mensuração por meio de escalas e instrumentos psicométricos. Por conseguinte, as propostas que visam estimular o desenvolvimento da empatia concentram-se na criação de treinamentos pedagógicos para médicos e estudantes de medicina. Ao reduzir a empatia a algo mensurável em si, a partir de uma perspectiva positivista, perde-se o caráter eminentemente relacional desse atributo humano.

Diante da necessidade de compreender as vivências de médicos acerca da empatia na relação médico paciente, a metodologia qualitativa mostra-se adequada para este fim. A pesquisa qualitativa é utilizada para explorar um determinado problema ou questão e, de acordo com Creswell (2015), tem como características: ocorrer em contexto natural; envolvimento do pesquisador; raciocínio indutivo; exigência de habilidades de raciocínio complexo durante todo o processo de pesquisa e atenção aos significados atribuídos pelos participantes ao problema.

O processo da pesquisa qualitativa envolve um conjunto de atividades interconectadas que ocorrem simultaneamente durante o estudo. Os critérios de qualidade de um estudo deste tipo envolvem procedimentos rigorosos para coleta de dados; estruturação do projeto de acordo com os pressupostos da abordagem qualitativa; utilização de uma abordagem reconhecida, tal como a fenomenológica; compreensão de um único conceito ou ideia; utilização de métodos

detalhados e procedimentos de validação; utilização de diversos níveis de abstração; verossimilhança na escrita; e ética (Creswell, 2014).

A compreensão dos significados atribuídos pelas pessoas no contexto da saúde, sejam profissionais ou pacientes, permitem a compreensão de um dado fenômeno e contribuem para, entre outras coisas, entender os sentimentos e comportamentos de pacientes, familiares e profissionais, bem como melhorar a qualidade das relações interpessoais no contexto da saúde (Turato, 2005). Deste modo, a pesquisa qualitativa torna-se adequada à compreensão de fenômenos pouco explorados ou conhecidos pela comunidade científica, como é o caso da empatia na relação entre médico e paciente.

Diversos desenhos metodológicos qualitativos podem ser adotados para investigar uma dada experiência, mas a especificidade da fenomenologia consiste em sua busca pela apreensão dos significados eidéticos originários de um fenômeno (van Manen, 2017). Esta pesquisa se propôs a analisar fenomenologicamente os elementos que compõem a experiência vivida pelos participantes no que concerne à relação médico-paciente, mais especificamente à manifestação da empatia neste tipo de relacionamento. Visando, portanto, produzir conhecimento acerca de um fenômeno, a partir de uma perspectiva compreensiva e interpretativa.

Neste capítulo serão apresentados os fundamentos metodológicos que compõem o delineamento deste projeto: a Fenomenologia clássica de Husserl e Edith Stein. Em seguida, será descrito o desenho metodológico com informações pertinentes aos cuidados éticos para a realização da pesquisa e os procedimentos adotados.

A adequação do método ao objeto

Uma das críticas do Movimento Humanista da década de 1960 à ciência psicológica vigente nos Estados Unidos residia na adaptação de seu objeto de estudo ao método experimental. A dificuldade de acesso aos fenômenos subjetivos e psicológicos, bem como à dimensão valorativa do ser humano deveria estimular a busca por métodos adequados a tais

objetos e não a adaptação ou redução de tais fenômenos ao modelo matemático explicativo (Castañon, 2006). É nesse sentido que a utilização de métodos qualitativos serve ao estudo de fenômenos subjetivos, tal como a experiência vivida.

Psicólogos humanistas reivindicavam que o objeto de estudo da psicologia não poderia ser reduzido aos fenômenos fisiológicos e comportamentais, passíveis de observação direta e mensuração. Afirmavam a necessidade da criação de métodos capazes de investigar o objeto próprio da vertente humanista da psicologia: a consciência, bem como as questões de sentido (Amatuzzi, 2010). Antes do surgimento do Movimento Humanista em Psicologia nos Estados Unidos na década de 1960, por exemplo, a ciência psicológica demonstrava avanços quanto ao treinamento de soldados para a guerra com a Psicologia Comportamental, bem como em relação ao tratamento dos veteranos traumatizados pela guerra. Contudo, como aponta Amatuzzi (2010), a Psicologia não era capaz de responder qual era o sentido de guerrear.

Em um contexto mais abrangente e anterior ao surgimento do Movimento Humanista nos Estados Unidos, durante a década de 1930 na Europa, Edmund Husserl, matemático e filósofo alemão apresentou críticas à matematização da ciência e da vida, difundidas na obra “A crise das ciências europeias”.

A crise consiste, pois, no fato de a redução objetivista do saber ter desvinculado a atividade científica do mundo concreto do homem. A ciência assim formalizada nada tem a dizer ao homem sobre suas necessidades vitais, perdendo o sujeito como suporte de experiências pessoais e das intencionalidades que motivam os atos humanos. (Zilles, 2002, p. 37).

Husserl dedicou-se à questão do conhecimento do ponto de vista filosófico, tendo como ponto de partida a subjetividade humana. A fenomenologia apresenta-se como o estudo dos fenômenos, ou, em outras palavras, uma reflexão daquilo que se mostra à consciência (Ales Bello, 2006).

Para efetivar o estudo dos fenômenos, Husserl propõe um método rigoroso. Husserl era filósofo e não psicólogo; sua preocupação centrava-se na questão do conhecimento e no modo como a consciência está implicada nesse processo. Sua empreitada não estava no campo da Psicologia ou da ciência aplicada, era um projeto puramente teórico, mas que tocava a Psicologia ao abordar a relação do homem com o mundo no ato de conhecer (Amatuzzi & Carpes, 2010)

Se por um lado as ciências da natureza concebem o mundo como dado e constroem o conhecimento a partir dessa constatação, Husserl clama pela necessidade de voltar às coisas mesmas. Para isso, deve voltar-se à consciência transcendental. “Só na volta ‘às coisas mesmas’ o filósofo encontrará a realidade de maneira plenamente originária e com evidência plena.” (Zilles, 2002, p. 13). Esse retorno às coisas mesmas é tido como caminho para o verdadeiro conhecimento. “Por isso não convém que a impulsão filosófica parta das filosofias feitas, das opiniões de grandes pensadores, mas das coisas e dos problemas, tendo um ponto de partida imediato.” (Zilles, 2002, p.14).

A fenomenologia não se ocupa do objeto em si, nem de sua representação, mas da forma como este se apresenta à consciência, isto é, o fenômeno. “A fenomenologia pretende ser ciência das essências e não dos fatos. É ciência de experiência, que descreve os universais que a consciência intui quando se lhe apresentam os fenômenos.” (Zilles, 2002, p. 14). Ou seja, o objetivo da fenomenologia não é buscar a existência dos fatos, mas compreender o sentido dos objetos. Isso porque Husserl interessava pela questão do conhecimento e concebeu que os objetos só podem ser conhecidos a partir de uma consciência que os intenciona. Significa que os objetos só podem ser apreendidos por uma consciência, e que a consciência só existe em relação a um objeto; a essa característica dá-se o nome de intencionalidade. Isto não significa afirmar que os objetos externos não existem, significa, na verdade, que um objeto necessita de

uma consciência que lhe doe sentido. Os objetos são dotados de características próprias (essência) que podem ser apreendidas por uma consciência.

O pesquisador volta-se para o objeto imanente, isto é, o objeto apreendido em sua consciência e não ao transcendente. Perceber, pensar, gostar, recordar, lembrar, imaginar etc. são atos imanentes, estão no sujeito (*noesis*); já o objeto percebido está fora do sujeito, é transcendente (*noema*) (Amatuzzi & Carpes, 2010), e embora não seja parte da consciência, está presente nela (Zilles, 2002). A essa relação entre os atos e os objetos tais como percebidos pelo sujeito, Husserl deu o nome de estrutura noético-noemática e indica a inseparabilidade entre sujeito e objeto (Fadda & Cury, 2021).

Antes de mais nada, a fenomenologia husserliana consiste em uma atitude ou postura filosófica específica. Em segundo lugar, trata-se de um movimento de ideias com seu método próprio e rigoroso do conhecimento (Zilles, 2002). Para isto, é necessário suspender os juízos e conhecimentos prévios acerca do mundo, abandonando a atitude natural, ingênua e dogmática para adotar a atitude fenomenológica e assim apreender as essências dos fenômenos.

Embora o projeto de Husserl não estivesse voltado à ciência psicológica ou aplicada, os pressupostos filosóficos são transpostos para o campo da pesquisa de modo que a fenomenologia é reconhecidamente uma abordagem metodológica de pesquisa qualitativa. Contudo, Fadda (2020) aponta os cuidados necessários que psicólogos devem ter ao utilizar o referencial fenomenológico husserliano em suas pesquisas, uma vez que a obra de Husserl é complexa e ainda em processo de descoberta em função de alguns de seus manuscritos estarem aguardando tradução. A autora também salienta que, a despeito das variações, alguns atributos básicos devem estar presentes em pesquisas fenomenológicas, os quais serão descritos a seguir.

A primeira condição para se fazer fenomenologia é sair da atitude natural e adotar a atitude fenomenológica para que seja possível descrever o objeto tal como se apresenta à consciência. A suspensão de juízos é denominada *epoché*. A *epoché* não consiste na dúvida em

relação à existência do mundo, mas num processo de colocá-lo entre parênteses. Tal como numa operação matemática, aquilo que está entre parênteses existe entre parênteses, não é excluído da operação (Ales Bello, 2006).

Para conhecê-lo em sua pureza, é necessário suspender o juízo acerca da existência do mundo transcendente, para que se possa apreender a essência. O método fenomenológico é, portanto, o método da evidenciação dos fenômenos (Zilles, 2002) e, para atingir esse objetivo, o caminho proposto por Husserl é composto por duas grandes etapas: a redução eidética e a redução transcendental. O método permite a análise das estruturas das vivências e o caminho para realizar essa análise é a redução. Ou seja, a redução eidética (ao sentido) e a redução transcendental (ao sujeito) (Fadda, 2020).

Chega-se à essência por meio do processo de *redução eidética*. A palavra eidos significa ideia, sentido. A essência refere-se aos elementos constituintes de um dado fenômeno, é aquilo sem o qual o fenômeno se descaracteriza, deixa de existir (Cury & Fadda, 2021). Ao investigar a experiência da empatia de médicos residentes no relacionamento com seus pacientes, estaremos em busca da estrutura da experiência vivida. Esta estrutura é aquilo que permanece mesmo diante de variações. Reduzir à essência significa retirar tudo aquilo que não é essencial.

Nessa primeira operação retira-se o elemento factual para que seja possível evidenciar a essência. Redução à essência significa retirar o factual para que permaneça apenas o essencial de um dado objeto. Não se trata aqui de negar a existência das coisas, mas de não se restringir ao factual. Somente buscando a redução eidética é que o pesquisador adotará uma atitude efetivamente fenomenológica, antinatural e se desvinculará das ciências naturais (Feijoo & Goto, 2016).

Já a redução transcendental configura a segunda etapa do percurso fenomenológico e consiste na redução ao sujeito. Isto é, coloca-se entre parênteses o eu empírico, o humano específico para acessar o universal (Giovanetti, 2018). O eu empírico na fenomenologia é o

sujeito particular. O sujeito transcendental é o sujeito universal, dotado de uma estrutura comum. Essa estrutura comum diz respeito às vivências e às dimensões do corpo vivo, psique e espírito.

O transcendental é o ponto fundamentalmente novo da fenomenologia, diz respeito à estrutura das vivências (Tourinho, 2009). A análise das estruturas das vivências é fundamental para chegar ao sentido não relativista. Por meio da análise das vivências, a fenomenologia nos permite chegar aos elementos estruturais de um dado fenômeno (Ales Bello, 2015).

O encontro dialógico

O encontro entre pesquisador e participante será estabelecido a partir de elementos norteadores advindos da proposta dialógica de Martin Buber e orientado pela proposta de Carl Rogers no que se refere à constituição de um clima favorável para que o outro possa acessar e explorar livremente sua experiência subjetiva. Isso porque o contexto de uma relação intersubjetiva favorece o processo da pessoa (Amatuzzi, 2010).

O que poderia ser então a pesquisa da subjetividade? Uma pesquisa que envolve o sujeito ou os sujeitos, incluindo aí o próprio pesquisador, e os mobiliza. É uma pesquisa que tende a modificar a consciência das pessoas envolvidas, incluindo aí os seus leitores, e pelo fato mesmo tende a alterar o modo de ação dessas pessoas. Quando se exerce no contexto direto da atenção psicológica ou da atuação comunitária, essa pesquisa faz tudo isso simplesmente sendo, existindo. Quando, além disso, e porque visa um público mais amplo, é escrita, deve então adotar um estilo suficientemente comunicativo (e em duas mãos, isto é, suscitando posicionamentos do leitor), para que possa recriar a presença viva da realidade questionadora de onde partiu. Tal pesquisa-intervenção não exclui uma certa objetividade: a que decorre da intersubjetividade e da capacidade de ver claro os pressupostos. (Amatuzzi, 2006, p.96).

A proposta metodológica adotada pelo Grupo de Pesquisa institucional Atenção Psicológica Clínica em Instituições: prevenção e intervenção, é fenomenológica por princípio, de modo que não se restringe apenas ao momento de análise dos resultados. Entendemos que uma pesquisa fenomenológica em essência deve adotar seus princípios desde as etapas iniciais de delineamento do projeto até a conclusão do estudo. Isso significa que o pesquisador se aproxima de forma intencional do objeto a ser investigado, de modo que este faça parte de seu mundo vivido. Em outras palavras, o pesquisador não pode ser alheio ou ingênuo ao objeto que visa investigar. Ele deve ter familiaridade, estar envolvido e mobilizado pelo objeto. Da mesma forma, o pesquisador precisa encontrar outras pessoas para as quais o objeto também seja importante e mobilize o fluxo do vivido.

Diante do exposto, compreende-se que a intencionalidade do pesquisador e do participante são elementos cruciais para uma boa investigação fenomenológica. A fim de encontrar participantes qualificados para sua pesquisa, muitas vezes é necessário inserir-se em contextos institucionais, mas essa etapa também deve ser fenomenológica por princípio. Defendemos que esse processo de inserção precisa ser acompanhado de uma *epoché*. Isto significa que o pesquisador não se aproximará do campo de maneira objetiva e neutra, a fim de coletar dados e retirar-se de maneira mais isenta possível. Ao contrário, o pesquisador, ao adentrar em um contexto de pesquisa, afeta e é afetado por esse contexto, aproxima-se de forma intencional das pessoas e relações que ali se constituem, de modo que também o contexto da pesquisa adquira um sentido próprio para o pesquisador.

A ida ao campo visa desvelar os elementos estruturais da experiência humana. Essa aproximação não possui uma estratégia previamente estabelecida, mas uma postura de abertura. A aproximação com o contexto da pesquisa, portanto, já constitui a *epoché*. O modo de o pesquisador estar com os participantes é constituído na própria relação, sustentada numa

postura de disponibilidade e abertura em relação ao outro, além de empática, aceitadora e autêntica.

Esse processo de abertura continua ao iniciar o contato com os participantes e na realização dos encontros dialógicos com cada um deles, que se configura de forma singular de acordo com as especificidades da relação intersubjetiva que se constitui num dado tempo e espaço. O encontro entre pesquisador e participante mobiliza o segundo a revisitar sua experiência subjetiva a convite do primeiro. Nesse encontro, o participante é convidado a intencional suas vivências acerca do fenômeno investigado, revelando os significados que atribui à sua experiência ao pesquisador. Por meio do contato do pesquisador com participantes, possibilita-se a compreensão do fenômeno investigado. Tal compreensão, por sua vez, “não é um pensamento, mas um contato intuitivo direto com o centro da pessoa, com a origem de sua comunicação precisamente naquele momento” (Amatuzzi, 2010, p. 65)

O encontro intersubjetivo é viabilizado pela vivência da empatia. A partir do contato com o participante, o pesquisador deixa-se impressionar pela experiência subjetiva do participante, de modo que a elaboração das narrativas compreensivas se constitui pela reflexão e aproximação constante do pesquisador ao sentido do encontro com cada participante. O impacto do encontro intersubjetivo no pesquisador mobiliza-o a aproximar-se sucessivamente do fenômeno. A empatia acontece juntamente com a *epoché*, uma vez que o pesquisador suspende seus conhecimentos prévios acerca do mundo para acessar a experiência vivida do participante (Finlay, 2005).

A empatia é, portanto, a via pela qual o pesquisador compreende a experiência dos participantes (Finlay, 2005). Isso implica na capacidade de o pesquisador estar atento à própria corporeidade – especialmente quando está em relação com o participante - e à corporeidade do participante. *Leib* é o corpo vivente, que se diferencia do *Körper*, um corpo sem vida, como de um cadáver. Somos capazes, por empatia, de perceber um corpo vivente diante de nós. Também

somos capazes de perceber se esse corpo vivente é de um ser humano ou de um animal. (Ales Bello, 2004). O corpo vivente chega até nós por meio dos sentidos, da percepção. Nesse sentido, Finlay (2005) descreve o processo por ela denominado *reflexive embodied empathy*, que contempla o envolvimento com o corpo vivido do participante, a corporeidade do próprio pesquisador, bem como o relacionamento intersubjetivo corporificado do pesquisador com o participante. Fadda (2020) também sustenta a importância da corporeidade na pesquisa fenomenológica.

Ao colher a experiência alheia pela via da empatia, sentimos simpatia ou antipatia, uma reação emocional e afetiva. Esse ato de colher a experiência alheia possibilita a compreensão do outro (Ales Bello, 2004). O pesquisador utiliza-se de sua experiência subjetiva para captar em si os sentidos da experiência do participante. Portanto, é por meio do vivido no encontro intersubjetivo que o pesquisador acessará o sentido da experiência do participante.

Ales Bello (2006) afirma que esse é um fazer ético, uma vez que não há neutralidade na pesquisa e que ao assumir uma empreitada científica o pesquisador orientado pelo método fenomenológico necessita suspender juízos prévios e permitir que o fenômeno se manifeste. Essa suspensão tem a ver com a integridade do pesquisador.

É necessário que o pesquisador esteja aberto e disponível a se relacionar com o participante como um outro ao invés de meramente a ouvir sua história. Num primeiro momento, o pesquisador fica atento à descrição do participante, mas abre-se cada vez mais ao que está sendo expresso por ele na relação com o pesquisador (Finlay, 2005).

Ales Bello (2015) nos lembra que somos constituídos por um fluxo de consciência. No presente está contido o passado e o que está conservado no presente indica que algo está por vir. O fluxo de vivências é contínuo e tem fases. Consciência é o dar-se conta que não se restringe à autoconsciência, mas nos acompanha em cada vivência. Finlay (2005) ressalta que a empatia é um processo relacional, que necessita uma presença humana segura e estável.

Diante do exposto, ressalta-se que o encontro entre pesquisador e participante é único e seu caráter inédito justifica a não realização de um segundo encontro. Também não há verificação ou checagem com o participante posteriormente à escrita da narrativa, pois esse movimento indicaria uma preocupação com o conteúdo do relato; o que se propõe aqui é um olhar para o sentido da experiência que se atualiza no encontro intersubjetivo.

Como a intencionalidade do pesquisador e dos participantes é um elemento fundamental para a realização da pesquisa, participaram do estudo apenas aqueles indivíduos que demonstraram interesse na temática e se disponibilizaram a compartilhar suas vivências a respeito do tema com a pesquisadora em um encontro dialógico.

Desenvolver um projeto de pesquisa fenomenológica implica pensar o delineamento da pesquisa como um todo a partir dessa abordagem, isto é, não adotando o referencial fenomenológico apenas na análise dos resultados, mas desde o processo de inserção no contexto, a aproximação com o fenômeno nos encontros dialógicos e na elaboração das narrativas.

Elaboração das narrativas compreensivas e da narrativa síntese

Uma das variações metodológicas da pesquisa fenomenológica consiste na construção de narrativas compreensivas pelo pesquisador a fim de compreender o fenômeno investigado em sua relação intencional (Brisola, Cury & Davidson, 2017). A escrita das narrativas ocorre num processo contínuo, não linear, de aproximações sucessivas com o vivido, a fim de apreender os significados da experiência vivida de cada participante a partir dos sentidos que emergiram em cada encontro.

A etapa que sucede a realização dos encontros consiste em um registro inicial contendo a descrição do encontro. Num primeiro momento, faz-se um registro descritivo acerca do encontro. Em um movimento constante de reflexão e aproximações sucessivas sobre o vivido

no encontro dialógico, o texto é atualizado a fim de expressar de modo mais acurado o sentido daquele encontro. O processo de escrita da narrativa é o processo de redução à essência.

A narrativa descreve temporalmente o encontro entre pesquisador e participante, por isso é importante que ela preserve o processo ocorrido no encontro. A metodologia das narrativas compreensivas preserva a riqueza e a profundidade do encontro intersubjetivo entre pesquisador e participante. Diferentemente de outras modalidades de pesquisa fenomenológica que se propõem a utilizar métodos próximos das ciências positivistas como gravação e transcrição da fala dos participantes e, portanto, limitam a compreensão do vivido, as narrativas se apresentam como um método profícuo de aproximação sucessiva com o vivido entre pesquisador e participante, apreendendo seus significados. As narrativas permitem o registro do encontro intersubjetivo do pesquisador com o participante de modo que a vitalidade processual desse acontecer seja mantida (Fadda & Cury, 2020).

O processo de escrita de versões de cada narrativa ocorre até que o pesquisador conclua não terem surgido novos significados (Brisola, Cury & Davidson, 2017). Durante esse processo, recorre-se ao procedimento de ler as narrativas ao grupo de pesquisadores que compõem o Grupo de Pesquisa institucional de forma a possibilitar uma interlocução criativa que ajudará a pesquisadora a compor a versão final de cada narrativa, por meio do exercício da redução fenomenológica e apreensão do vivido.

Após a elaboração das narrativas compreensivas individuais, o pesquisador redige uma Narrativa Síntese que contempla os elementos estruturais do fenômeno investigados em relação às vivências comunicadas pelo conjunto de participantes. Esta Narrativa Síntese possibilita a elaboração de categorias de significado que completam o processo de análise fenomenológica dos dados da pesquisa.

Procedimentos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas e obteve sua aprovação por meio do parecer nº 54170721.0.0000.5481 (Anexo 1).

Os participantes foram contatados a partir da instituição onde atuavam como residentes - um Hospital Universitário localizado no interior do estado de São Paulo conveniado ao SUS. A partir da autorização da instituição e subsequente contato com a gerência da residência em clínica médica, os médicos residentes foram informados sobre a pesquisa e convidados pela pesquisadora a participarem do estudo. Os participantes foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa e convidados a agendarem um encontro individual presencial com a pesquisadora, que teve duração média de 45 minutos. No início de cada encontro o participante foi informado novamente sobre os objetivos da pesquisa e, após seu consentimento documentado via TCLE (Apêndice 1), foi solicitado a compartilhar sua experiência no que se refere ao relacionamento com seus pacientes.

Foram realizados 7 encontros dialógicos presenciais com médicos residentes que se dispuserem a compartilhar sua experiência com a pesquisadora. Os encontros foram norteados por uma questão inicial de caráter geral: “Você pode me contar sobre sua experiência no que se refere ao relacionamento com seus pacientes?”. Os encontros não foram gravados e a pesquisadora não fez anotações durante o tempo em que esteve com os participantes, de modo a permanecer inteiramente presente na relação intersubjetiva e que sua intencionalidade estivesse voltada às vivências dos participantes, deixando-se impressionar por elas no sentido fenomenológico.

Durante o encontro, a pesquisadora buscou aprofundar o diálogo por meio de uma escuta pautada no referencial da Abordagem Centrada na Pessoa, cujas atitudes centrais são a autenticidade ou genuinidade, consideração positiva incondicional e compreensão empática

(Rogers, 1957). Ou seja, os participantes eram livres para expressar quaisquer pensamentos e sentimentos relacionados à sua experiência acerca da relação médico-paciente e a pesquisadora, a partir de uma relação intersubjetiva, buscou compreender os significados dessa experiência sem qualquer julgamento.

Após cada encontro, a pesquisadora fez registros escritos, sob a forma de narrativas compreensivas, acerca do vivido com o participante, contemplando as etapas de descrição e compreensão fenomenológicas. Cada narrativa foi reescrita pela pesquisadora, quantas vezes julgou-se necessário, até que se chegasse a uma versão final que incluiu os elementos estruturais da experiência do participante. Ressalta-se que a narrativa não é meramente descritiva referente ao que foi relatado pelo participante – que se configuraria como uma entrevista ou depoimento e neste caso uma transcrição seria mais adequada para servir ao propósito. A narrativa é um relato do encontro vivido.

Imediatamente após o término de cada encontro, a pesquisadora redigiu um relato detalhado sobre o vivido. Após esse primeiro registro, em um processo de sucessiva aproximação com o fenômeno, a pesquisadora redigiu novas versões dessa narrativa individual a fim de depurar os significados da experiência vivida. Tal procedimento consiste em um processo de atualização do vivido, de modo que a versão final da narrativa compreensiva contemple os elementos significativos da experiência de cada participante tal como apreendida pela pesquisadora a partir do encontro dialógico (Brisola, Cury & Davidson, 2017). O processo de construção das narrativas visa preservar o caráter vivo e processual do encontro intersubjetivo (Fadda & Cury, 2020).

Num estudo acerca dos critérios de qualidade dos artigos de pesquisa qualitativa, Patias e Hohendorff (2019) mencionam (1) a utilidade de um diário de campo onde o pesquisador possa anotar suas impressões; (2) a necessidade de explicitar na publicação o seu envolvimento com o tema de pesquisa, (3) bem como o compartilhamento dos dados com o grupo de pesquisa

a fim de diminuir eventuais vieses e (4) o critério da representatividade, que significa que os resultados devem representar a realidade do participante e não a do pesquisador.

Neste sentido, a pesquisadora utilizou como recurso auxiliar um caderno pessoal para registrar observações pertinentes durante suas visitas ao Hospital Universitário e Ambulatório, constituindo seu diário de campo. Estas anotações visam o registro de elementos significativos que compõem o contexto da pesquisa e, portanto, constituintes do fenômeno investigado.

Durante a etapa de elaboração das narrativas, a pesquisadora manteve uma interlocução com os membros do grupo de pesquisa, atendendo ao proposto por Patias e Hohendorff (2019), a fim de depurar os significados apreendidos e garantir o rigor científico.

Após a elaboração das narrativas individuais, procedeu-se à escrita da narrativa síntese, que consiste em um texto que visa apreender os elementos estruturantes da experiência investigada.

Participantes

Para a realização do estudo, foram convidados a participar da pesquisa médicos residentes que tinham interesse em discorrer sobre sua experiência vivida no que se refere ao relacionamento com seus pacientes. O estudo contou com a participação de sete médicos residentes, incluindo uma médica R1, cinco médicos R2 e um médico R3, de um Programa de Residência em Clínica Médica de um hospital universitário conveniado ao Sistema Único de Saúde, localizado no interior do Estado de São Paulo. No ano de realização da pesquisa, havia 10 residentes R1, 10 residentes R2 e um residente R3. Na Tabela 1 são apresentados os participantes, para os quais foram atribuídos nomes fictícios, com as respectivas datas e tempo de duração dos encontros, além de sexo, idade e ano de formação.

Tabela 1

Caracterização dos participantes

Ordem	Data do encontro	Nome fictício	Sexo	Idade	Ano de formação	Duração do encontro
1	21/03/2022	Clarissa	F	25	R2	40 min
2	28/03/2022	Estela	F	24	R2	60 min
3	19/04/2022	Miguel	M	27	R3	30 min
4	24/05/2022	Liz	F	27	R1	45 min
5	30/05/2022	Matheus	M	28	R2	50 min
6	06/06/2022	Ísis	F	27	R2	15 min
7	20/06/2022	Alice	F	29	R2	40 min

Processo de inserção no contexto da pesquisa

O processo de inserção da pesquisadora no campo da pesquisa ocorreu de maneira peculiar devido à irrupção da pandemia de Covid-19 em março de 2020. À época, a pesquisadora havia iniciado o contato com os responsáveis pela instituição e estava se inteirando sobre o funcionamento da rotina dos residentes a fim de, junto aos médicos responsáveis por eles, encontrar a maneira mais favorável de se aproximar dos potenciais participantes e convidá-los a colaborar da pesquisa. Contudo, as atividades tiveram de ser suspensas devido aos riscos de contaminação pelo vírus que dizimou milhares de vidas no mundo todo. Dessa forma, optamos por retomar o processo após a vacinação e a liberação dos órgãos sanitários.

Devido ao tempo decorrido entre os primeiros contatos com a instituição e o retorno ao campo, a pesquisadora precisou retomar o processo de inserção. Dessa vez, já com a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, a pesquisadora passou a ter contato direto com os médicos residentes.

Diante do funcionamento do Programa de Residência da instituição, foi sugerido à pesquisadora que se apresentasse aos residentes durante as reuniões semanais de estudo de caso clínico, as quais ocorrem nas dependências do Hospital Universitário. Dessa forma, a pesquisadora participou de três reuniões, a fim de (a) se apresentar à equipe de residentes de clínica médica, (b) observar a dinâmica que se estabelece no local e (c) convidar os residentes a participarem do estudo explicitando os objetivos da pesquisa.

Durante os encontros clínicos, a pesquisadora observou que a cada semana um residente era responsável por apresentar o caso, as hipóteses diagnósticas e os dados da literatura para elucidar as questões. A reunião tinha duração máxima de 1h e fornecia espaço para o debate, esclarecimento de dúvidas, levantamento de outras hipóteses e sugestões de conduta.

Ao final das reuniões em que esteve presente, a pesquisadora se apresentou aos residentes e explicou-lhes brevemente sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos, convidando-os a agendar um encontro, caso se interessassem pela temática.

Os residentes demonstraram interesse em participar do estudo e forneceram seus contatos à pesquisadora. Contudo, diante da rotina que vivenciam na residência, percebeu-se que as tardes no ambulatório de clínica médica seriam propícias para facilitar o encontro dos residentes com a pesquisadora, não sendo necessário agendamento prévio dos encontros, tal como havia sido previsto. Na situação natural da pesquisa, a busca espontânea dos participantes pela pesquisadora quando ambos se encontram disponíveis para a realização do encontro dialógico, mostrou-se mais adequada ao contexto dos participantes.

Os residentes se organizavam numa espécie de rodízio. Pela manhã permaneciam na enfermaria realizando visitas aos leitos das 7h até 12h; às 13h dirigiam-se ao ambulatório para iniciar as consultas agendadas e à noite realizavam atendimento no Pronto Socorro até às 21h, quando se encerra o expediente. Durante o período em que estavam no Ambulatório, após realizarem a consulta de um paciente, ficavam aguardando para discutir sobre o caso com um

preceptor. Esse tempo de espera foi visto como oportuno para a realização dos encontros com a pesquisadora, uma vez que os residentes se mostraram disponíveis e sem pressa para findar o encontro.

A pesquisadora frequentou o ambulatório semanalmente no período de março a julho de 2022 e permaneceu à disposição para realizar os encontros com os residentes interessados. Os encontros aconteciam espontaneamente, quando um residente se sentia motivado a participar da pesquisa e, dispondo de tempo, procurava a pesquisadora, que permanecia em um dos consultórios com a porta aberta à espera de participantes. Devido ao fluxo e volume de atendimentos, nem sempre eles estavam disponíveis para dedicar parte de seu tempo para colaborar com a pesquisa, de modo que nem todas as visitas culminaram em encontros dialógicos. Dois R1 manifestaram interesse e forneceram um contato telefônico para agendar um encontro porque não tinham disponibilidade imediata para realizar o encontro dialógico, mas não retornaram quando contactados. Desse modo, a pesquisadora encerrou o período de coleta de dados com sete participantes.

A seguir, serão apresentadas as narrativas compreensivas dos encontros dialógicos realizados pela pesquisadora com os participantes da pesquisa, seguida da narrativa síntese.

“O senhor mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra montão”

Guimarães Rosa

Capítulo 4 – Narrativas

Narrativa 1 – “Isso não se aprende nos livros, é da vida”

Meu encontro com Clarissa foi o primeiro de todos e aconteceu na tarde do dia 21 de Março de 2022. Com um familiar hospitalizado naquele dia, sentia-me dividida entre as expectativas por notícias a respeito de seu estado de saúde e o início dos encontros com os residentes. Antes de chegar ao ambulatório, questionava-me como seria encontrá-los, se algum participante estaria de fato disponível para se encontrar comigo em meio à rotina dos atendimentos.

Pouco antes de chegar ao ambulatório, recebi boas notícias acerca do estado de saúde de meu familiar, o que me tranquilizou e permitiu que minhas atenções estivessem inteiramente voltadas ao que havia me proposto a fazer naquela tarde.

Entrei pela porta onde estava escrito “acesso restrito” e que levava aos consultórios de atendimento e, sem saber exatamente onde encontraria os residentes, observei o local à procura deles. À minha direita, havia uma sala com uma funcionária do hospital, de onde saiu uma jovem trajando jaleco e com um prontuário em mãos. Abordei-a, apresentei-me e perguntei se ela era residente, ao que me respondeu afirmativamente, mas não da área de Clínica Médica; disse que estava ali apenas para acessar alguns prontuários e que os residentes que eu procurava estariam ali pelo corredor. Agradei e logo avistei duas residentes as quais já havia encontrado na última discussão de caso clínico duas semanas antes.

Clarissa estava sentada à frente do computador enquanto sua colega estava de pé ao seu lado. Cumprimentamo-nos e expliquei a elas que permaneceria ali no ambulatório à disposição para realizar os encontros dialógicos com elas assim que estivessem disponíveis. Ambas reagiram com interesse e simpatia; quando perguntei qual seria o melhor local para que eu

pudesse aguardá-las, a colega de Clarissa prontamente me indicou uma sala: “Pode ficar ali no Consultório 1, assim a gente já sabe onde te encontrar.”

Acomodei-me no Consultório 1, uma sala confortável com mesa, cadeiras, computador, impressora, maca, pia, janelas e ar-condicionado. Sobre a mesa, além do computador, havia um bloco com fichas de solicitação de exames médicos. Deixei a porta aberta e me sentei atrás da mesa, abrindo meu caderno de anotações de pesquisa e pus-me a escrever como estava me sentindo naquele local. Ventava bastante do lado de fora e após alguns minutos a porta bateu fortemente. Então me levantei e coloquei uma cadeira para a escorar; assim saberiam que eu estava à disposição para receber alguém.

Enquanto aguardava, observava a movimentação pelo corredor. Médicos iam até a recepção chamando os pacientes pelo nome, recebendo-os de forma amistosa e iniciando um diálogo enquanto caminhavam em direção aos consultórios. Ao fundo, ouvia-se uma voz feminina que anunciava números sequenciais; as senhas eram chamadas por ela em alto volume, algo que me desconcentrou a princípio.

Após meia hora no Consultório 1, Clarissa se aproximou dizendo que conversaria comigo naquele momento e adentrou a sala, fechando a porta. Perguntei-lhe como estava seu tempo, e ela me respondeu que estava tranquila, pois teria de atender outros pacientes apenas mais tarde. Informei que nosso encontro poderia durar em torno de 40 minutos, ao que ela assentiu sem qualquer sinal de hesitação. Pude notar o semblante calmo de Clarissa mesmo que parte de seu rosto estivesse encoberto pela máscara. Seus olhos transmitiam acessibilidade e serenidade.

Para iniciarmos, apresentei novamente os objetivos da pesquisa e Clarissa mostrou-se interessada e animada. Perguntei-lhe como era sua experiência de relacionar-se com seus pacientes e Clarissa me contou que a relação médico-paciente é um assunto ao qual costuma

dedicar seus pensamentos. Ela afirma que decidiu cursar Medicina justamente devido ao interesse em trabalhar com pessoas; sabia que como médica teria contato com pessoas e se relacionaria com elas. Mencionou então que acredita que atualmente o contato com os pacientes é mais pontual, uma vez que os atendimentos que realiza no hospital universitário e no ambulatório caracterizam-se pela rotatividade dos pacientes e dos próprios residentes.

Nos minutos iniciais de nosso encontro, notei que a fala de Clarissa estava voltada para o futuro, vislumbrando quando teria seus próprios pacientes os quais acompanharia ao longo dos anos vindouros. Compreendi que havia grande expectativa de sua parte em poder acompanhar seus futuros pacientes e, a fim de aproximá-la do enfoque da pesquisa, pedi que descrevesse como era esse contato atualmente.

Em linhas gerais, Clarissa enfatizou a necessidade de conquistar a confiança do paciente. Ela sente que é muito importante para seu trabalho construir uma boa relação com o paciente, repetindo diversas vezes que a confiança é um elemento fundamental desta relação e que, se o doente não entende o que está se passando, não seguirá as orientações fornecidas pelo profissional.

“Ninguém fica doente porque quer. Ninguém é feliz no PS ou visitando um médico. O paciente está ali, angustiado, sofrendo, com dor, sem saber o que está acontecendo. Me esforço para explicar na linguagem dele o que está acontecendo. Às vezes desenho, e vejo que algo se ilumina quando faço isso. Precisa desenhar mesmo, falar a linguagem da pessoa. Nós já temos que aprender um monte de termos técnicos, já é difícil para a gente que passa 6 anos estudando as disciplinas, imagina para eles?! Alguns não são escolarizados. Então preciso adequar isso para ele entender. Vejo que algo se ilumina quando a pessoa entende o que está se passando com ela. E fica muito mais fácil de ela confiar em você e seguir o tratamento”, explicou-me Clarissa.

Em seguida, lamentou o fato de que nem sempre isso é possível, principalmente quando o atendimento se dá no Pronto Socorro, devido à falta de tempo e à necessidade de realizar um atendimento mais breve e pontual. Ao mesmo tempo, enfatizou que sabe que em outros contextos é possível atender de forma mais atenciosa.

No Pronto Socorro, percebe que precisa atuar de forma mais técnica e que não há muito tempo disponível para trabalhar a relação. “O paciente precisa de uma ação rápida. Se ele for encaminhado para a internação, aí sim construímos um vínculo, no ambulatório nem sempre conseguimos, pois às vezes o paciente vem uma ou duas vezes”.

Clarissa gosta da possibilidade de construir vínculos de longo prazo e acompanhar o paciente ao longo dos anos. Ela me contou que se especializará em Cardiologia (que exige a formação inicial de 2 anos em Clínica Médica) justamente por saber que terá essa possibilidade. “Na Cardiologia, o médico acaba virando o médico *daquela* pessoa, acompanha e acaba tratando de outras questões, como diabetes e outras doenças comuns.”, explica. Agradá-lhe que na área de Cardiologia, como especialidade clínica, há espaço para atuar de forma contextual, diferentemente de outras especialidades, citando como exemplo Nefrologia e Cardiovascular. Embora estas também sejam especialidades clínicas, entende que são focadas no diagnóstico mais específico. “Se você vai a um vascular com um problema na perna, ele vai olhar sua perna e pronto, não vai olhar outras questões. Existem médicos dessa área que não são assim, claro, mas em geral são mais técnicos mesmo”.

Clarissa seguiu me explicando que o trabalho do clínico o aproxima do paciente, pois faz parte de seu trabalho investigar não apenas a doença, mas a história do paciente, de ouvir sobre seu contexto: “Não tem como, isso aproxima da pessoa”, diz. Compreendi então que existe um movimento duplo: de um lado há um interesse pelo paciente que parte dela, mas ao mesmo tempo a exigência própria do trabalho clínico a leva a se aproximar ainda mais do paciente.

Essa proximidade nem sempre acontece, pois há pacientes que não lhe dão abertura e, para Clarissa, estes são os mais difíceis de lidar. “Alguns são arrogantes, questionam a orientação e duvidam. Eu tento compreender e explicar, mas nem sempre consigo. Isso me chateava muito antes, hoje tenho aprendido a lidar. Eu também nem sempre estou num dia bom. Às vezes ouço com paciência para tentar entender e explicar, mas às vezes digo apenas ‘ok, então tá bom’”, disse fazendo sinal de positivo com as mãos em tom de resignação e seguiu: “Tem alguns que são mesmo muito difíceis, e meus chefes – aliás, eles são maravilhosos – dizem que é justamente nesses que a gente deve insistir. E eles têm razão, mas é difícil! Alguns a gente até consegue, mas nem todos”.

Nesse momento, compreendi a frustração de Clarissa por não conseguir oferecer o atendimento que julga ser ideal de forma equânime a todos os pacientes todos os dias. “Também tem isso, nem sempre estamos num dia bom, né?!”.

“Eu me esforço muito. Antes eu ficava chateada quando alguém não seguia a prescrição, hoje eu entendo melhor, mas durante a faculdade sofri muito. Idealizei muito a relação”. Clarissa então explica que a frustração não se deu porque hoje acredita ser impossível nutrir uma boa relação, mas sim porque esta precisa ser construída. Ela se sente satisfeita ao perceber que a qualidade da relação que sempre idealizou tem se tornado real em sua prática, “Mas o caminho para chegar nisso é muito difícil”, desabafa. E seguiu dizendo que atualmente sabe que essa não é uma tarefa fácil e que reconhece suas limitações, enxerga-se como outro ser humano, com uma visão mais amadurecida se comparada à perspectiva que tinha durante a Graduação.

“Na faculdade, levava muito sofrimento para casa; sofria junto com o paciente”. Hoje se sente mais hábil em lidar com os sentimentos despertados na relação com seus pacientes, ressaltando que é um processo de amadurecimento pessoal. Ela me contou que durante a graduação ouvia dos professores dois conselhos que considera extremos opostos e pareciam lhe

deixar confusa à época. “Tinha professor que dizia: ‘o dia que você deixar de se importar, largue a Medicina’, ao mesmo tempo, outros diziam que ‘se você deixar se envolver, adoecerá’”. Diante disso, Clarissa busca atualmente o que chama de “caminho do meio”: envolve-se, mas não se responsabiliza para além do que lhe cabe. “Se um paciente fumou por 40 anos e acontece algo com ele, infelizmente não poderei fazer muito, não posso me culpar por isso”. Sinto que ela gostaria de poder resolver tudo, mas sabe que não é possível.

“Não é que eu tenha me tornado mais fria, eu aprendi que tenho limites”. Não sinto frieza em Clarissa. Percebo-a como alguém que entrou em contato com suas limitações e impotência diante de certas situações. A percepção de suas limitações não se restringe ao sucesso do tratamento, mas abarca também sua capacidade de se relacionar com os pacientes. “Nem sempre consigo ser compreensiva com todos os pacientes da forma como gostaria todos os dias”, diz ela.

Um dos elementos que mais contribui para a dificuldade de estar com cada paciente da forma que gostaria é a sobrecarga e falta de tempo devido à rotina da Residência. Clarissa qualifica a rotina dos residentes como “puxada” e em outro momento define a Residência como “caótica”; confessa que se sente sobrecarregada em certos momentos, sem, no entanto, expressar descontentamento ou revolta. Ela percebe que, quando está em um bom dia, sente que fica mais paciente para lidar com os questionamentos do paciente e suas resistências; ouve mais e se esforça para compreendê-lo a fim de conseguir explicar o que for necessário e se aproximar dele.

Quando lida com pacientes irritadiços, tenta compreender e se comunicar com eles de alguma forma, mas nem sempre consegue. Há algum tempo esse tipo de situação chateava Clarissa, de modo que se sentia culpada por acreditar que poderia ter agido de modo diferente. Hoje ela reconhece seus limites enquanto ser humano.

“A gente também aprende muito observando, conversando com os colegas. Tem colega que é mais frio, ou fala as coisas mais na lata; penso que pode até funcionar para algumas pessoas, mas não faz sentido para mim, com quem sou”. Quando percebe que o paciente está irritado e não consegue acessá-lo, tenta se lembrar de seus limites pessoais, ao mesmo tempo faz um exercício de pensar em sua própria mãe vivendo um dia ruim ou sentindo dor e se comportando de maneira ríspida com o médico. “Eu ia querer que ela encontrasse alguém mais compreensivo, mas é isso, também sou humana”.

Novamente menciona que nem sempre consegue ser paciente e compreensiva como gostaria, pois nem todos os dias são bons. Disse-lhe então que percebia que isso a deixava frustrada, com o que Clarissa concordou, completando que, diante de uma atitude que não lhe agrada com um paciente ou familiar, repensa e analisa sua própria postura, mas sabe que é humana e falha.

Outro aspecto que lhe gera incômodo é a desconfiança do paciente em relação à prescrição realizada por ela, bem como questionamentos e comentários acerca de sua pouca idade. Ela sabe que questionamentos dessa ordem são comuns no contexto da relação médico-paciente, mas se sente frustrada porque a desconfiança é uma barreira para o sucesso do tratamento.

Nesse sentido, o autoaperfeiçoamento constante na arte de relacionar-se é algo muito caro à Clarissa. Percebo que ela aprende constantemente com a própria experiência e com seus colegas. “Costumo observar e reparar naquilo que fiz e ajudou, naquilo que já não ajudou...vou criando jogo de cintura”. Ao ser indagada sobre como é este “jogo de cintura” ao qual se referia, Clarissa citou o exemplo de uma situação bastante comum no Pronto Socorro, referente ao pedido de exames por parte dos pacientes. “Às vezes o paciente chega pedindo uma ressonância e eu sei que não tem necessidade alguma, mas ele não entende, né?! Além disso, ressonância é um exame caro, estamos no SUS e não temos muitos recursos.” Como médica ela sabe que o

paciente não precisa de um exame de ressonância, mesmo assim solicita uma radiografia como alternativa para acalmá-lo. “Na verdade eu nem preciso do raio-x, mas eu peço para ele ir em paz”, expressando seu “jogo de cintura” com a serenidade de quem está fazendo uma escolha pela tranquilidade do paciente e não pela necessidade de agradá-lo: “Aprendi que ir por fora é um jeito de lidar com essa situação e ele sai em paz”.

Aprendizados como o exemplo mencionado acima têm sido adquiridos por Clarissa ao longo de sua própria experiência e pelas trocas com os colegas residentes, bem como com seus superiores. Ela me conta que costuma conversar sobre as situações difíceis com seus colegas. “A gente praticamente mora aqui, né? Então convive muito. Nas reuniões também aprendo muito. Hoje mesmo estávamos numa discussão de caso e o paciente precisava de 3 medicamentos. Mas nossa chefe orientou a passar um de cada vez porque, se um deles der errado ou tiver efeito colateral, o paciente vai desacreditar de todos” - senti que um ar de surpresa acompanhava a fala de Clarissa, que completou com brilho nos olhos: “Isso é maravilhoso, não se aprende nos livros, é da vida!”.

Sinto entusiasmo e interesse genuíno de Clarissa ao falar sobre o assunto durante todo nosso encontro. Questões mais delicadas também foram abordadas por ela, ainda que sem aprofundar muito em suas experiências.

Em determinado momento de nosso encontro, quando reafirmava o interesse pela área de Cardiologia, Clarissa fez uma nova comparação, dessa vez com a área de Oncologia, afirmando que não gostaria de trabalhar na especialidade devido às características próprias do cotidiano de um oncologista. “Por mais que trate, você vê a pessoa adoecendo cada vez mais”, expressando sua dificuldade no que se refere à morte e finitude. Ela sabe que na Cardiologia terá pacientes paliativos, mas que isso não será o comum de sua prática.

Ao tocar nesse assunto, Clarissa cita sua dificuldade no trato com pacientes graves, com a família e a comunicação de más notícias. Ela sente necessidade de explicar o que se passa de forma verdadeira, mas ao mesmo tempo afirma que precisa ser cautelosa para não deprimir ou tirar a esperança do paciente e de sua família, pois sabe que a crença na melhora é parte importante do tratamento. Nesse momento, Clarissa menciona que acredita que “a cabeça é responsável por 80%” do processo.

O aprendizado no manejo de situações difíceis advém da busca de Clarissa pelo aperfeiçoamento pessoal e profissional. Ela menciona que, em sua prática, busca primeiramente ouvir para entender, deixando para falar somente num segundo momento - algo que aprendeu em cursos de comunicação de más notícias. Clarissa entende que cada paciente apresenta uma necessidade, explicando-me que existem aqueles que desejam saber de tudo que se passa em seu processo de adoecimento, prognóstico, etc., enquanto outros não preferem não saber nada a respeito.

Clarissa também costuma ler sobre a temática da finitude e sente que à medida que se aproxima do tema se torna mais hábil em lidar com essa questão, sentindo-se fortalecida para lidar com situações futuras com as quais inevitavelmente se deparará em sua prática profissional. Além disso, a perda de um familiar jovem com câncer, ocorrida há aproximadamente 2 anos, foi uma experiência pessoal que lhe rendeu aprendizados e reflexões sobre como é “estar do outro lado”, referindo-se às vivências dos familiares.

Também disse que aprende muito com seus superiores e, a despeito das situações difíceis presentes no cotidiano da profissão, percebe que eles gostam muito do que fazem e isso a estimula a continuar.

Passados 40 minutos desde que havia entrado no Consultório 1, Clarissa finalizou dizendo que gosta muito do tema da relação médico-paciente e me perguntou se terá acesso às

narrativas, ao que lhe assegurei que sim, uma vez que apresentarei devolutiva da pesquisa à instituição. Aproveitei para deixar aberto o espaço para que ela me contatasse, caso sentisse necessidade de compartilhar algo mais a respeito de sua vivência. Ela me agradeceu e finalizamos nosso encontro.

Após o encontro com Clarissa, senti-me impactada pela sua sensibilidade com os pacientes, a qual se traduz em atitudes concretas visando o bem-estar daqueles que se encontram vulneráveis e aflitos. Além disso, ficou evidente seu encantamento e fascinação por aspectos da relação médico-paciente.

Narrativa 2 – “Tenho muito medo de me tornar essa médica insensível”

Na tarde do dia 28 de março, encontrei-me com Estela, uma R2 que me procurou no Consultório 1, às 13h30min. Ao adentrar a sala, a jovem me disse que estava disponível naquele momento para participar da pesquisa. Ela disse que estava presente na reunião em que me apresentei e se lembrava de mim, embora eu não me lembrasse dela.

Ao assinar o TCLE, Estela explicitou seu interesse pela temática da pesquisa e mencionou que já fez pesquisa qualitativa, referindo-se a esta modalidade como uma metodologia “trabalhosa”. Em seguida, comentou sobre o fato de que eu não gravaria os encontros, dizendo que isto lhe parecia interessante, pois acredita que o participante se sente mais desinibido e confortável para falar o que vem à mente quando não está sendo gravado. Estela não se referia à questão em primeira pessoa, mas sim em terceira, como se estivesse realizando uma análise objetiva sobre a metodologia. Contudo, eu sabia que, de alguma forma, aquilo dizia também sobre ela e, no decorrer do encontro, notei que Estela sentiu-se extremamente à vontade para falar de si.

Ao ser questionada sobre como tem sido sua experiência de se relacionar com seus pacientes, Estela iniciou fazendo uma comparação com sua experiência a esse respeito enquanto estudante e como se vê atualmente, como R2.

Ela conta que, na Graduação, idealizava demasiadamente o tipo de médica que gostaria de ser. Ao longo do curso, no entanto, percebeu-se caminhando na direção oposta a esse ideal, perdendo pouco a pouco sua sensibilidade. Nesse aspecto, o período mais marcante foi o internato; ela associa isto ao cansaço sentido diante da sobrecarga de atividades e atendimentos. “Acho que no internato isso vem forte. E depois, quando virei R1, senti que piorou ainda mais. Não dá para ser aquela médica que eu achava que seria...”, desabafa.

Estela prosseguiu sua fala investigando a origem da perda da sensibilidade e seus desdobramentos. “Percebo que, quanto mais cansada estou, mais impaciente fico. Quando estou assim, percebo que entro num automatismo e naturalizo coisas que não deveria. Mas é isso, vejo que vou naturalizando, perdendo um pouco a sensibilidade e não quero ser assim. Mas vira algo corriqueiro, até mesmo no trato com o paciente...vira ‘o da meningite’, um número, e desumaniza. Para nós vira só mais um, mas o paciente que está ali, o familiar, é uma situação pontual na vida deles.”

A questão evocou em Estela a vivência de uma situação relativamente recente: uma internação em UTI devido a um quadro de pneumonia. Estela passou a me contar como foi estar do outro lado, na condição de paciente, num leito de hospital, sem poder sequer levantar-se para ir ao banheiro. Esta limitação, em especial, foi marcante para ela como um sinal de total perda de autonomia. Estela expressou o desconforto sentido a despeito de ter recebido “tratamento VIP”, devido ao fato de ser médica, e adjetivou a experiência como “horrrível”.

Ter vivido a experiência de internação possibilitou um processo de reflexão em relação às suas atitudes como médica, além de questionamentos acerca de procedimentos comumente adotados pela equipe que podem ter impactos negativos para o paciente. Estela se refere a algumas situações como “coisas bobas”, mas que em sua experiência foram muito significativas, tais como poder manter a higiene pessoal, por exemplo.

Enquanto esteve internada, Estela precisou de oxigênio e, devido a isso, ficou impossibilitada de ir ao banheiro e necessitou utilizar fraldas, algo que lhe incomodou muito. Hoje, sempre que tem oportunidade, questiona seus chefes de Residência sobre a possibilidade de permitir que um paciente vá até o banheiro ao invés de utilizar fraldas. Tal questionamento advém da percepção de que alguns procedimentos são dispensáveis para determinados pacientes. É também o caso de alguns pacientes que precisam ser amarrados à cama em

momentos de agitação, a fim de garantir sua própria segurança; depois não há necessidade de mantê-los amarrados, mas, ainda assim, alguns permanecem.

Estela entende que algumas práticas acabam sendo incorporadas como parte da rotina dos médicos, de modo que se transformam em algo corriqueiro e automático, desprovido de reflexão. “Quando alguém questiona, a resposta é: ‘porque é assim, é melhor, vai que acontece alguma coisa, né?!’, mas não tem necessidade!”, expressa em tom de indignação. E volta a frisar que sua preocupação pode parecer bobagem, mas para ela esses detalhes no cuidado fizeram muita diferença em sua experiência de internação.

Estela menciona que sua maior dificuldade está na relação com os familiares dos pacientes, uma vez que são encontros muito rápidos e pontuais, carregados de diversos sentimentos e anseios. “Com o paciente eu sinto que tenho mais tempo, mas com o familiar o contato é muito pontual e nem sempre consigo fazer da forma como eu gostaria.” Com o paciente que está na Enfermaria, Estela sabe que terá outras chances, mas, com o familiar, muitas vezes o tempo que dispõe para conversar é de apenas 5 minutos. Quando se põe a pensar na questão, Estela ruma o modo como tratou o familiar e se culpa por ter agido de forma impaciente ou até mesmo grosseira, mas tenta se confortar, dizendo a si mesma que estava cansada, que foi só aquela vez, que o ambiente não ajudou. Busca se convencer de que não errou tanto assim. Por vezes, tenta não pensar na questão para não adoecer.

Estela prosseguiu relatando como costuma ser seu contato com os familiares no Pronto Socorro: “Quando estamos ali, o familiar te pega pelo braço, te puxa para pedir informações”. Perguntei se isto lhe incomodava e Estela prontamente respondeu “sim, bastante!” e completou: “mas quando paro pra pensar, eu entendo que pra ele não importa muito quem seja [se é médico, enfermeiro ou qualquer outro profissional], ele está ali esperando por notícias há muito tempo, ficou o dia todo ali na expectativa de ter alguma notícia e não sabe que você está cansado. E pra eles é muito diferente. Pra mim, é corriqueiro ter alguém fazendo isso, pra eles é uma

situação única. É o pior dia da vida dela, é um momento pontual da vida dele. Mas pra mim é rotina. Eles não fazem ideia do nosso cansaço, de quantos pacientes temos, etc.” Estela reflete que o mesmo caso ocorre em situações mais delicadas, como a comunicação de diagnósticos, prognósticos ou de óbitos. “Às vezes, é o meu 4º do dia, mas o do paciente vai marcar pro resto da vida. Ele vai [se] lembrar daquilo”.

Naquele momento, disse à Estela que eu tinha a impressão de que cada paciente ou conversa de 5 minutos com um familiar era apenas um pontinho pequeno em seu dia tão atarefado. Ao mesmo tempo, esse pontinho é a vida do paciente naquele momento, representa não uma parte, mas quase a totalidade. “É exatamente isso”, respondeu Estela. “Eu sei que para ele é a oportunidade, são 5 minutos esperados durante muitas horas, o dia todo”.

Essa angústia em relação aos sentimentos dos familiares também foi atravessada pela vivência da internação: “Quando fiquei internada, ouvi de meus familiares sobre a angústia da espera por notícias minhas.”, disse reflexiva.

“Na época da Covid foi bem pesado. Eu precisava ligar para todos os familiares e tinha dia que não dava tempo. Aí eu ia dormir e ficava pensando ‘o familiar do fulano vai dormir sem notícias dele’”, comenta bastante reflexiva.

Esse contato, tão aguardado por familiares e carregado de angústias, nem sempre ocorre da forma que Estela considera ideal. Devido ao cansaço e à sobrecarga, acaba sendo ríspida ou impaciente com as pessoas, algo que lhe desagrada muito.

Ao se dar conta de que agiu de forma contrária ao que gostaria, Estela procura reparar a situação com um pedido de desculpas direcionado ao alvo de sua impaciência, seja este um paciente ou seus próprios colegas. Ainda que a tomada de consciência aconteça horas após o ocorrido, sente necessidade de se desculpar por ter agido de maneira ríspida. O ato de se desculpar acaba sendo possível, na maioria das vezes, com os colegas, afinal convive com eles

diariamente. Com o paciente, no entanto, nem sempre tem essa chance de “consertar” a situação, principalmente quando se trata do Pronto Socorro. Tais situações levam Estela a conversar consigo mesma e recriminar a própria conduta, afirmando para si que não precisava ter agido de maneira grosseira.

Do ponto de vista cultural, a jovem sabe que pedir desculpas não é o ideal ou esperado de um médico, pois ele precisa manter uma “posição de respeito” com seu paciente. Mas, ainda assim, sente necessidade de se desculpar com aqueles que sente que tratou injustamente. “Eu chego e peço desculpas, digo que fui impaciente, que tratei de forma ríspida e que estava cansada”. Curiosamente, ela percebe que, quando expressa sua vulnerabilidade, o paciente abre espaço para o diálogo e assume que também errou.

Estela consegue discernir que sua paciência ou a ausência dela estão relacionadas ao ritmo de sua semana e à qualidade de seu descanso. “Sei que, se eu estou num dia bom, se eu descansei, se estou numa semana boa, terei muito mais paciência. Mas, se não estou legal, sou ríspida, impaciente, depois fico me culpando e repensando sobre como agi, que não devia ter feito aquilo.”

Estela menciona que alguns pacientes e familiares percebem que está cansada, ou reconhecem seu trabalho, e isso lhe faz muita diferença. A demonstração vem por meio de comentários acolhedores como “Nossa, você ainda está aqui?!” ou um “Obrigada” de um familiar. Lamenta, por outro lado, que alguns sequer lhe agradecem pelos cuidados prestados. “É importante pra mim, mas nem todos fazem, nem todos reconhecem...”.

Além da falta de reconhecimento, Estela me conta que “tem paciente que é grosseiro mesmo, que é ríspido”. Relatou já ter tido situações bem desagradáveis e mutuamente desrespeitosas, mas não entrou em detalhes. Disse apenas que nunca foi agredida fisicamente, mas muitas vezes se percebe “entrando na situação”, respondendo ao paciente de forma

alterada. Parece não saber como não se envolver ou como não se desorganizar diante de um ambiente caótico.

“No PS é muito difícil. Agora estou na Enfermagem, é mais tranquilo. Percebo a diferença dos ambientes. As condições externas influenciam muito. No próprio ambulatório mesmo, uma coisa é você ter 15 pacientes, outra coisa é ter 8. Eu percebo que consigo dar mais atenção”. Naquele momento, Estela me conta do familiar de um paciente que tem surdez. Devido à dificuldade de comunicação e ao ambiente, de repente viu-se gritando no corredor barulhento e não tinha uma sala para onde levá-los; sentiu-se irritada e impaciente. Forneceu as informações, mas, assim que saiu da situação, sentiu-se culpada. Pensa também no exemplo que está transmitindo aos R1. Nessa situação em específico, estava acompanhada de um R1 e, imediatamente após o ocorrido, disse ao colega que estava irritada, mas que não se deve agir assim, etc. Sabe que seu exemplo, no entanto, tem muita força.

Estela percebe a naturalização de tais atitudes no ambiente como um todo. Observa outros colegas e chefes agindo dessa forma. Ela entende que o ambiente, o fato de estar no SUS, a quantidade de residentes que lhe parece insuficiente para a quantidade de pacientes, a sobrecarga, entre outros, contribuem para sua falta de disponibilidade. “Sei que não é culpa minha. Sei que não dá pra ser perfeita. Tento dar o meu melhor”, diz Estela, oscilando entre se convencer e acolher suas vulnerabilidades.

“Por um lado, precisamos mesmo dessensibilizar algumas coisas, senão adoecemos. Não dá pra se impressionar toda vez, mas também não quero me tornar insensível”. Disse-lhe que tenho a sensação de que ela via sua sensibilidade escorrendo pelas mãos, com medo de perdê-la de vez. Estela então refletiu: “Se eu, que mal comecei minha carreira, com 3 anos já estou assim, imagina com 50?! Tenho muito medo disso!”.

“É um dilema; se você se envolve muito, acaba sofrendo e adoecendo. Tem alguns médicos que eu acredito que nascem com um dom. Não é possível, já nasce com a pessoa! Você o vê sendo assim o tempo todo, não perde a paciência com ninguém. Ao mesmo tempo, sabe separar, não se envolve a ponto de levar para casa e sofrer. Acho que você também deve sentir isso - diz se referindo à minha atuação profissional como psicóloga - nós da área da saúde lidamos com esse dilema. Esses médicos são especiais até nisso, conseguem manter uma distância segura”.

Disse que, dos médicos que conhece, “99% têm duas personalidades”, referindo-se às mudanças de comportamento no trato com os pacientes. “Eu noto a diferença de um chefe, tem dia que ele trata um paciente de um jeito, em outro dia já trata outro paciente de maneira totalmente diferente. Parece outra pessoa, mas é isso”, diz em tom de estranheza. Enquanto isso, existem aqueles poucos que são unanimidade, bem quistos por todos os pacientes e admirados por seus colegas.

Estela se vê no grupo dos 99% que têm “dupla personalidade” e explica: “Um paciente pode dar sorte de me pegar num dia bom, ter uma boa experiência, um bom tratamento, mas pode me pegar num dia ruim e sair com uma péssima impressão sobre mim. E ele estará certo”. Disse-lhe: “As duas são você, certo?”. Ela concorda, mas se ressent, dizendo que não é justo que alguns tenham um bom tratamento e outros não. Ela gostaria de poder oferecer isso a todos, embora a realidade se mostre bem diferente deste ideal. Então tenta pensar nisso como um combustível para relações futuras, consertar aquilo que não saiu da forma como gostaria com um determinado paciente, ainda que seja com outra pessoa. “Aquele ali não teve a oportunidade, mas pelo menos o próximo eu vou ficar mais atenta, tentar fazer diferente”.

Utilizando novamente a metáfora do pontinho, disse-lhe que compreendia que essa atitude ou aquele paciente eram apenas um pontinho em seu dia ou em sua vida, mas que há vários outros pacientes (pontinhos) que compõem sua vida.

Estela disse que, imediatamente após a vivência de internação, voltou às atividades muito atenta em relação às suas próprias atitudes, mais sensível aos pacientes e familiares, devido à experiência de ter sido internada. Sabe o que é estar diante de outras pessoas discutindo seu estado de saúde como se ela não estivesse ouvindo a conversa, e quão horrível é não conseguir respirar direito. Acredita que a empatia vem muito do que sente na pele: ter vivenciado a internação, receber notícia de um óbito, etc. Não saberá nunca como é a dor de ter infartado, por mais que se esforce para compreender. No entanto, sente que, passados alguns meses, já está novamente voltando ao funcionamento automático. “Então eu fiquei mais atenta. Quando vejo um paciente amarrado, eu pergunto e às vezes ele está há 5 dias assim, porque ninguém parou para questionar”. Percebo que está submersa numa realidade que favorece o automatismo e ela concorda. “Até que alguém questione o que está sendo feito, acabam agindo por meio de protocolos, ‘porque é mais seguro, porque é melhor’, mas às vezes não faz sentido”.

Também ficou mais atenta a pequenos detalhes e advoga em relação à preservação de alguns pequenos “direitos” do paciente. “Vejo se podemos deixar ele ir ao banheiro, se podemos mexer no horário da medicação, etc. Pra nós não faz nenhuma diferença, mas sei que pra pessoa é muito importante”. Eu lhe respondi que sentia que era algo que não lhe fazia diferença em termos de atividade profissional, mas, em relação ao cuidado que oferece e à satisfação/bem-estar do paciente, fazia-lhe muita diferença também. Estela concordou prontamente, acolhendo o sentimento de bem-estar e conforto quando sabe que conseguiu, com um pequeno esforço, proporcionar uma experiência melhor para o paciente.

“Claro que ninguém fica feliz ou diz que teve uma experiência boa numa internação, mas pelo menos sei que fiz algo para amenizar o desconforto. O paciente nem precisa saber, mas, se eu puder colocar as medicações juntas para não ter de acordá-lo várias vezes à noite, sei que isso lhe trouxe um conforto”.

Estela relembra que seu professor de ética da Graduação ficava “muito bravo” quando prescreviam dieta hipossódica para o paciente sem que houvesse necessidade, e ela concorda: “Às vezes nem vai fazer diferença. E, realmente, a comida fica com gosto de papel, é horrível!”. Ela conta que teve aula de humanização e comunicação de más notícias e sente que isso lhe ajudou muito, mas ao mesmo tempo a experiência da vida real é muito diferente do que aprendeu em sala de aula.

“Tenho muito medo de me tornar essa médica insensível. Não tenho mais a visão romântica, sei que não vou ser perfeita”. Ao final, chega a elaborar que é justamente esse incômodo que mantém acesa a esperança de que ela não se tornará uma médica fria e insensível.

“Parece que de tempos em tempos preciso sair desse automatismo e parar para pensar. Acho que é isso que me faz não mergulhar nessa insensibilidade. Tive a experiência da internação, agora estou aqui falando com você sobre isso e é algo que está me ajudando a refletir. Várias coisas que te falei aqui, que me vieram, me fizeram pensar no modo como estou agindo. Acho que preciso, de tempos em tempos, ter espaços desse tipo, que me tirem do automatismo”.

Contudo, Estela lamenta a falta de espaço para trocar experiências que extrapolem o campo da técnica com os colegas. Acredita que a ênfase na técnica acaba por desconsiderar a importância do modo de tratar e cuidar do paciente.

No final do encontro, Estela disse que tenta trocar experiências, mas nem todos têm uma experiência peculiar para dividir e percebe que as conversas ficam mais no âmbito técnico.

A sinceridade no relato de Estela me impressionou. Ouvi-a com admiração e interesse, e senti sua angústia em ver-se dividida entre um ideal e um real que não lhe representa ou não lhe satisfaz. Sua transparência em revelar suas dificuldades e sua impaciência não me transmitiram a sensação de que é uma médica insensível. Ao contrário, tudo parece estar à flor

da pele, de tal modo que a anestesia se torna um recurso possível para lidar com as dores de ser alguém de carne e osso.

Narrativa 3 – “Não tenho a dor daquela pessoa, mas consigo entender o que ela talvez esteja passando”

Na tarde do dia 19 de Abril de 2022, ao chegar no Ambulatório de Clínica Médica, deparei-me com Miguel, sentado à frente do computador. Ele havia sido o primeiro residente a se prontificar a participar da pesquisa quando fiz o convite em uma das reuniões clínicas no mês de Março, mas, devido à rotina da Residência, não havíamos conseguido nos encontrar até então. Naquele dia, afirmou que estava disponível para conversar comigo, levantou-se e dirigiu-se respeitosamente ao chefe de Residência, informando-lhe que se ausentaria por um momento para participar da pesquisa. Após o consentimento do chefe em tom amistoso, procuramos um consultório vazio para que pudéssemos nos acomodar.

Ao entrarmos no Consultório 8, entreguei-lhe as vias do TCLE, expliquei os objetivos da pesquisa e iniciamos um diálogo espontâneo enquanto nos acomodávamos na sala. Miguel me perguntou se eu havia me graduado naquela instituição, eu respondi e em seguida fiz a mesma pergunta a ele. Respondeu-me que é natural de uma cidade do interior do estado de São Paulo, fez Graduação em uma outra universidade particular na capital e ingressou na instituição atual para cursar a Residência, onde já é R3.

Perguntei se a Clínica Médica fora sua escolha desde o início e ele disse que sim, que decidiu não fazer uma subespecialidade. Explicou-me que, diferente do que muitos pensam, um graduado em Medicina não é um clínico geral, mas sim um generalista. Como clínico geral, seu trabalho é anterior ao do especialista, pois o primeiro é quem faz o diagnóstico e encaminha o paciente ao segundo. Explanou isso de forma didática e com tranquilidade, a fim de garantir que eu compreendesse seu contexto de atuação.

Em seguida, apresentei-lhe a questão norteadora da pesquisa e imediatamente Miguel começou a falar sobre sua experiência. Iniciou dizendo que sua escolha pela Clínica Médica está intimamente relacionada à possibilidade de contato mais próximo com os pacientes.

Comparando-se aos colegas, percebe que tem facilidade para “atingir” o paciente e sabe que isso é extremamente importante para o diagnóstico e adesão ao tratamento por parte do paciente. Entender o que está se passando é crucial para o seu trabalho. A palavra “atingir”, utilizada por Miguel, me intrigou, mas preferi não o interromper e guardei o questionamento acerca de seu significado para mais tarde. Antes disso, parecia que ele ainda tinha muito a dizer.

Miguel segue dizendo que seus colegas costumam acioná-lo quando se deparam com um paciente difícil; arreado, combativo, ou que chora muito. Ele afirma que os chamados acontecem em função de sua capacidade para lidar com esses pacientes, enquanto seus colegas apresentam dificuldades nesse quesito; é como se ele conseguisse algo que os colegas não conseguem, o que credita à impaciência deles. Disse que, quando é chamado, naturalmente tem facilidade de estar com a pessoa e “atingi-la”; sabe “ler” o paciente e verificar se está irritado, triste ou combativo. Afirma que, a depender do estado do paciente, cada um exigirá dele um tipo de atitude diferente.

Perguntei-lhe o que havia de diferente em sua atitude em comparação aos outros colegas e, pensativo, disse: “Não sei...eles até reparam, mas não diferenciam”, dando a entender que eram capazes de perceber que há algo a ser feito, mas não discriminam o que exatamente. Questionei: “Eles veem, mas não enxergam?” e Miguel assentiu.

Embora consciente de sua capacidade, não sabe precisar de onde ela vem. “Não tenho problemas de saúde, não tenho a dor daquela pessoa, mas consigo entender o que ela talvez esteja passando”. Mencionou que talvez algumas vivências de sua infância tenham contribuído para isto, sem aprofundar na questão, no entanto. E seguiu me dizendo como lê um paciente...

Miguel explicou que é algo imediato; entra no quarto e, ao cumprimentar o paciente, já consegue percebê-lo. Nesse momento, reproduz a cena de um paciente levantando a mão para cumprimentá-lo enquanto está cabisbaixo e em seguida simula um outro paciente

cumprimentando de forma mais animada. Sabe que nem sempre acerta em sua leitura, mas, na maioria das vezes, sim.

Durante alguns momentos de nosso encontro, Miguel parecia buscar as raízes de sua habilidade interpessoal, bem como em que momento se deu conta dela. Acredita que não houve um “estalo” (*insight*), mas um perceber-se pouco a pouco durante a Graduação, dando-se conta de que ele era bom em se relacionar com os pacientes. Lembra que, desde aquela época, já percebia em si uma facilidade que os colegas não tinham. Miguel fez questão de frisar que isto não era falta de modéstia, demonstrando um certo receio de que eu pudesse julgá-lo por reconhecer sua capacidade de se relacionar. Disse-lhe que não me parecia que ele se sentia melhor que seus colegas, apenas reconhecia que ele tinha certa habilidade de se relacionar com o paciente que os outros não têm. Ele assentiu, sentindo-se compreendido, e complementou dizendo que já constatou que a dificuldade de relacionamento com o paciente é algo generalizado na profissão, pois observara isso tanto na faculdade quanto em outros contextos, com outros grupos de médicos que não foram seus colegas de Graduação ou Residência.

Como havia tangenciado uma relação com situações vividas na infância, pontuei o que ele havia mencionado anteriormente, a fim de entender melhor de que modo ele associava essa fase da vida à sua capacidade de relacionar-se com seus pacientes. Sem entrar em muitos detalhes, Miguel mencionou que se lembra vagamente de situações de adoecimento e discussões familiares que lhe marcaram de alguma forma. Lembrou-se de uma cena em que ele, ainda criança, estava sentado à mesa e seus familiares conversavam sobre “assuntos sérios”. “Eu estava ali no meio, mas era criança, não tinha voz, então eu só observava”. Embora não tenha entrado em detalhes, senti que a situação era angustiante e compreendi a associação que Miguel fazia: desde pequeno aprendeu a observar as pessoas.

Ainda num esforço de compreender a origem dessa capacidade, Miguel diz que talvez isso tenha se iniciado naturalmente, mas hoje treina conscientemente esta habilidade, pois

reconhece sua importância para o seu trabalho. “Com paciente combativo não adianta eu entrar em combate, mas tem *o que* eu vou falar e *como* vou falar. Com alguns tenho que ser mais incisivo, falar num tom de voz mais firme, com outros você não pode falar assim, senão desmonta...”. Depois citou que não é apenas a palavra que utiliza. “Se fosse só isso seria fácil, mas tem todo um conjunto de coisas”. Perguntei se era como se ele dosasse sua atitude na própria relação e ele exclamou: “É exatamente isso!”.

Citou um caso ocorrido na semana anterior com um senhor octogenário, o qual percebi que havia lhe marcado, embora não tenha dito isso explicitamente. Miguel introduziu alguns detalhes técnicos sobre seu estado de saúde e afirmou que não havia mais nada a ser feito, clinicamente falando. O paciente em questão era cardiopata, apresentava uma outra patologia que carecia de cirurgia, mas não podia ser operado devido à idade avançada e às comorbidades. Resumi dizendo que era um paciente terminal e que muito provavelmente viria a óbito nas próximas semanas. Ao ser comunicado sobre seu estado de saúde por um outro colega, o paciente chorou bastante. Miguel foi acionado para conversar com ele e disse que conseguiu atingi-lo. Ficou ali com ele durante algum tempo, fazendo-lhe companhia e expressou que sabia que ele estava sofrendo, mas não podia dizer quanto tempo teria de vida. “Ele chorou e percebi que consegui atingi-lo. Sei que não aliviei o sofrimento dele, mas sinto que fiz algo por ele”. Perguntei se ele acreditava que sua atitude ajudou o paciente a ressignificar a situação e ele disse que sim.

Como Miguel havia utilizado diversas vezes o termo “atingir” indaguei o que ele queria dizer com isso. Explicou-me que o paciente, de acordo com sua percepção, chega “blindado” e não deixa que o médico o atinja. “Você pode falar várias coisas e não adianta. Vejo que meus colegas têm dificuldade de ultrapassar essa barreira, e eu não. Cada paciente precisa de uma coisa diferente. Se está bravo, deixo brigar, esbravejar, xingar, depois que esvazia e sai tudo, aí eu falo. Eu ouço muito e procuro não interromper, deixo a pessoa falar”. Questionei como ele

se sentia ao perceber que “atingiu” o paciente, e ele me respondeu que se sente satisfeito, sem aprofundar sua resposta.

Miguel disse que sempre procura entender o paciente, mas fez questão de explicar que não é um entendimento no nível físico ou médico, apenas. É mais amplo. Parecia lhe faltarem palavras para me explicar, mas disse-lhe que entendia perfeitamente, que ele buscava entender quem era aquela pessoa. Ele assentiu e frisou que não se trata de um entendimento objetivo.

A essa altura, Miguel me olhou como se já tivesse dito tudo o que gostaria, como se esperasse que eu lhe fizesse alguma pergunta ou encerrasse nosso encontro. Perguntei-lhe, então, se havia algo mais que considerava importante me dizer. Com o dedo indicador apontando para cima, anunciou: “Acho importante dizer também que há o ônus de tudo isso. Não é só a parte boa de facilitar o trabalho”. O ônus a que ele se refere é a “contaminação” que sente ao se abrir à relação e ao contato com o sofrimento dos pacientes. Percebe que, para estar com o paciente, precisa despertar determinados sentimentos que não estavam ali presentes antes desse contato. Então é como se tivesse que se sentir triste para acessar a tristeza do outro, mas entende que aquilo não lhe pertence. Ao sair de uma consulta ou visita e encontrar outro paciente, sente que ainda está carregando a carga do contato anterior. Disse que é como se não tivesse “saído do personagem” ou “trocado a roupa” que está suja, contaminada. E sabe que isso afeta o contato com o próximo paciente. Sente que precisa estar disponível para estar com o outro. “Vai acumulando, é como uma esponjinha. Comecei a prestar atenção nisso. Reparei que ficava angustiado, ansioso... aí eu venho tentando treinar isso também, trabalhar nisso. Separar o que é meu e o que é do meu ambiente” e qualificou a profissão como insalubre, indicando aspas. Disse a ele que compreendia que há um risco inerente à profissão, que é de se impactar; não há como “atingir” o paciente sem também ser impactado por ele, não há como sair ileso. Miguel concordou.

Sabe que esse risco faz parte da profissão e, estando mais atento aos impactos emocionais, tem buscado formas de lidar com isso, isto é, “esvaziar sua esponja”, principalmente por meio de atividades que o distraiam. Também procura lembrar a si mesmo que não é a sua vida, sua doença ou sua família. Tenta separar as coisas.

Ele percebe, por exemplo, que, dependendo de como foi sua semana, sente-se mais ansioso. Aprendeu a fazer esse tipo de leitura sobre si e sabe que, quando tem uma semana mais pesada e intensa, sente-se mais ansioso. Pontuei que ele se observa bastante, autopercebe-se, e ele concordou. Em função da clareza que demonstrou em relação a si mesmo, perguntei se faz psicoterapia e ele disse que atualmente não, mas que fez no final da Graduação por conta de um episódio de depressão e ansiedade, e foi muito importante, gostaria de retomar. Mencionou que a pandemia dificultou muito nesse aspecto, porque não se adaptou ao atendimento online. Miguel sente que precisa do contato presencial, e enfatizou que a retomada da psicoterapia está nos planos para este ano.

Antes de finalizar nosso encontro, Miguel me perguntou se havia algo mais que eu gostaria de saber, então pedi que me explicasse melhor o que ele chamava de “treinar” conscientemente a habilidade empática, algo que ele havia mencionado anteriormente e me gerou curiosidade. Ele então me explicou que antes essa habilidade era algo que se manifestava naturalmente. Hoje que tem consciência, treina intencionalmente. Esse “treinar” é repassar consigo mesmo suas atitudes e falas cotidianas, avaliando como pode melhorar. “É como se fosse moldando, pegando várias pecinhas”, disse, exemplificando com a comunicação de um óbito, dizendo que avalia antes e depois as palavras utilizadas, a ordem das ações (entra e vai até o paciente ou o paciente vai até ele) e assim vai lapidando sua conduta. Miguel finaliza dizendo que essa lapidação o torna cada vez melhor, ele se aprimora. Sente que desde a Graduação melhorou muito e acredita que a cada ano melhorará ainda mais.

Sem mais a acrescentar, agradei a Miguel por ter compartilhado sua experiência comigo. Ele me respondeu de forma simpática, dizendo que esperava ter contribuído para a pesquisa e nos despedimos.

Outra participante com quem conversei antes de Miguel havia mencionado que ele é um colega que a inspira quando se trata de ter empatia com o paciente. Ao ouvi-lo durante o encontro dialógico, compreendi que estava diante de um médico sensível, realmente interessado em seus pacientes.

Narrativa 4 - “Medicina é pelo paciente, se você não gosta, vai fazer outra coisa.”

Liz, uma moça de fala doce e serena, que havia ingressado na Residência há apenas 2 meses, mostrou-se interessada em participar da pesquisa desde que lhe fiz o convite durante uma de minhas visitas ao ambulatório de Clínica Médica. Na ocasião, ela estava ocupada e precisava se dirigir a outro setor do ambulatório em seguida, de modo que não poderia participar do encontro naquele dia. Desse modo, combinamos que agendaríamos um momento mais favorável e, de todos os encontros, este foi o único agendado previamente. Liz também foi a única R1 a participar da pesquisa.

Na data e horário combinados, cheguei ao ambulatório e me acomodei no Consultório 1 para aguardar a participante. Após algum tempo, Liz veio ao meu encontro e, muito solícita, pediu desculpas por me deixar esperando. Disse-lhe que não havia problema e compreendia a dinâmica do ambulatório.

Após assinar o TCLE, comecei perguntando como é para ela se relacionar com seus pacientes e Liz reagiu pensativa: “nossa, que pergunta complexa!”.

Depois de refletir brevemente, disse: “Acho que a palavra que melhor define é ‘desafiador’”. Iniciou então um resgate histórico de como se deu sua escolha profissional, dizendo que optou pela Medicina devido a uma situação familiar, a qual não especificou. Fez dois anos de cursinho e, durante esse tempo, pôde pensar em sua escolha e amadurecer sua decisão, mas, segundo ela, não tinha noção do que estava por vir. Foi no 3º ano, quando começou a atender, que parece ter se dado conta do que, de fato, é exercer a Medicina e sentiu o impacto disto. À época, percebeu que “levava muito sofrimento para casa”, e disse ter consciência de que isto é característico de sua personalidade. Durante o internato, percebeu que o sofrimento se intensificou, uma vez que o contato com os pacientes se tornou mais intenso e frequente.

Liz segue a retrospectiva contando que, logo após a graduação, foi atuar como médica plantonista em um hospital, antes de cursar Residência. Durante o tempo em que atuou como plantonista, deparou-se com muitas situações que lhe surpreenderam negativamente no que se refere à postura de seus colegas; Liz incomodava-se ao perceber que muitos deles exerciam a função muito mais motivados pela remuneração que o plantão proporciona do que pela experiência em si. “Plantão é um dinheiro fácil. Muita gente pega várias horas para fazer dinheiro, mas não sei como dão conta. Tive colega que fez 60h emendando um plantão no outro”. Liz me contava sobre isso com um misto de indignação e incredulidade, reiterando que a carga de trabalho da Residência provoca um cansaço físico considerável.

Quando iniciou sua atuação como médica plantonista, observou com estranhamento que seus pacientes expressavam gratidão a ela pelo serviço prestado. “Você faz o basal e eles se sentem muito gratos”, diz Liz, explicando que não entendia muito bem o que os levava a se comportarem daquela maneira, já que acreditava estar fazendo o que lhe era esperado; era como se não houvesse motivo para expressar tamanha gratidão diante de alguém que está apenas fazendo seu papel. Ela me explicou que, ao iniciar um atendimento, costuma se apresentar ao paciente, dizer que é a médica responsável por acompanhá-lo, dentre outras coisas. Para Liz, isto é o mínimo esperado de uma relação de cuidado, mas aos poucos foi percebendo que sua atitude era praticamente uma exceção, já que seus colegas não agiam da mesma maneira, o que levou a jovem médica a compreender o motivo do reconhecimento que lhe era prestado.

Para Liz, ser médica é algo gratificante e não se vê fazendo outra coisa. Embora pense que somos levados a escolher a profissão muito precocemente, diz que não tem dúvida alguma de sua escolha. Necessita do contato humano e não se vê em outra especialidade mais técnica por conta disso. “Se deixar, eu fico horas com um paciente, eu pergunto, me interessa. Quero entender o que está acontecendo”. Algo que lhe toca é perceber a necessidade das pessoas de serem cuidadas: “As pessoas precisam muito de cuidado”, enfatiza.

Liz confessa que sua maior dificuldade, no que se refere à relação interpessoal, consiste em lidar com o sofrimento da família diante de situações delicadas, pois se identifica com eles. Ela acredita que “muitas vezes o paciente está melhor que a família”, já que está assistido pela equipe de saúde. Liz discorre sobre os pacientes em estado terminal e como a terminalidade é vivida pelo próprio paciente e pelos familiares. Ela percebe que “chega um momento em que o paciente está cansado; sabemos que fizemos de tudo, mas a família tem envolvimento emocional, então sofrem, sentem saudade”. Estar ali no dia a dia e ver a evolução do quadro parece lhe ajudar a compreender a vivência do paciente. Entende que, para ele, a morte é o alívio de um sofrimento e que está exaurido. Diante de situações como esta, procura se lembrar de seus limites, entende que fez o possível e explica isto à família. “Sou assim, gosto de resolver problemas. As situações mais difíceis pra mim são aquelas em que me deparo com coisas que eu sei que não vou resolver”, desabafa.

Em determinado momento de nosso encontro, Liz suspende as pernas e cruza uma sobre a outra, enquanto me pede licença, sorrindo. Era sinal de que estava à vontade em minha presença.

O contexto do Pronto Socorro foi lembrado por Liz como um ambiente difícil devido às demandas e às relações interpessoais com a equipe. Quando está lá, sente muita dificuldade de lidar com os colegas da Enfermagem, pois se sente pressionada por eles a prestar atendimento à família, enquanto precisa dar conta de outras demandas. “Nunca é do jeito que falam, às vezes pressionam dizendo que a família está ‘causando’, mas sempre é algo muito menor. Você chega lá, conversa e não é nada daquilo. Eu explico e tal, digo que estou ocupada, tenho minhas obrigações a cumprir, não posso parar para atender a família a todo momento”.

Liz tem sentido o início da Residência como algo pesado, principalmente pela carga horária; sente-se física e mentalmente cansada, devido ao fato de não “desligar”. Disse que chega em casa e quer “fazer nada”, mas se percebe pensando no que fez ao longo do dia: “Como

será que está o senhor José?”, “Será que esqueci de administrar alguma medicação?”, são exemplos de questionamentos que tomam conta de Liz após sair do hospital. Geralmente, diante de alguma dúvida persistente, ela aciona algum colega para se certificar de que está tudo ok. Mas tem consciência que isto lhe cansa e é contraproducente, não resolve; “já passou, já foi”, diz. Diante da angústia de não conseguir se desvencilhar dos pensamentos ligados ao trabalho, tem sentido necessidade de ocupar seu tempo fora do hospital com coisas que gosta, tais como fazer as unhas, fazer psicoterapia, sair com sua mãe, etc.

“Sei que é cansativo, fisicamente exige mesmo”. Liz confessa de forma bem-humorada que a tentativa de se ocupar com outras atividades é algo bastante recente, mais especificamente implementada na última semana, embora já tivesse consciência dessa necessidade há mais tempo. Sua dedicação intensa ao trabalho parece dificultar o equilíbrio com a vida pessoal.

Liz menciona que sentiu o peso do início da Residência, porque havia atuado em plantão e tinha autonomia para organizar seus horários, conseguiu conciliar o trabalho com os estudos preparatórios para a prova de Residência e se sentia “plena”; agora, na Residência, percebe que a autocobrança voltou.

Como seu namorado e sua tia também são médicos, Liz consegue trocar experiências e se sente compreendida por eles no que concerne aos desafios que enfrenta. Ela me diz que tem rede de apoio e mora com seus pais. Aliás, sua família parece ter importância crucial em sua vida. Ela me contou que quis cursar universidade pública porque era uma forma de compensar o investimento dos pais em seus estudos.

Para alguém que tem consciência da responsabilidade que carrega com seu trabalho e do impacto de suas ações na vida de seus pacientes, é difícil compreender que nem todo médico enxerga a realidade desta forma. A esta altura, Liz retoma o assunto do início do encontro e expressa sua decepção ao se deparar com colegas que colocavam interesses pessoais acima do

paciente, durante o período em que atuou como médica plantonista. “Alguns estavam ali no plantão porque queriam pagar um carro à vista, outros diziam que “a vida ensina””.

Ela me explicou que só assumia plantões nos quais ficava responsável por atendimento de baixa gravidade, mas os colegas a incentivavam a assumir plantão em sala vermelha, mesmo sabendo que Liz não se sentia preparada para isto. “Eles diziam que era tranquilo, que nunca aparecia paciente”, mas Liz não se convenciu diante deste argumento, pois sabia da seriedade da situação e de sua responsabilidade como médica. “Nunca entubei ninguém na faculdade, como ia fazer isso no plantão? Ok, pode não ser comum, mas, e se aparece? Não é assim!”. Ainda assim, ela relata que ouvia comentários despreocupados de seus colegas, como “a vida ensina”, no sentido de que é preciso se arriscar para aprender. “Ok, preciso saber que nem sempre vou estar preparada, mas não é assim, ‘se morrer morreu’; é minha responsabilidade!”, conclui convicta.

Ela também mencionou brevemente sobre a experiência de ter iniciado sua carreira em período de pandemia: “Covid foi uma zona de guerra, muitas mortes, não tinha leito, nem oxigênio, tinha máscara quebrada...Eu era recém-formada, insegura”. Disse-lhe que me parecia uma situação extremamente angustiante e difícil, e Liz concordou, sem se aprofundar na questão.

Liz mencionou ainda outras situações que observara durante os tempos de médica plantonista. “Tinha colegas que não levavam nem esteto! Como vão auscultar?”, revela, indignada. “Várias vezes chegava paciente no meu plantão que tinha sido atendido 2 dias antes e não estava grave, mas o quadro piorou porque não tomou a medicação”, explicando que o médico plantonista precisa se atentar ao grau de instrução do paciente e sua capacidade de compreender a prescrição para que o quadro não evolua para uma piora. “O paciente não sabe ler, não vai tomar medicação mesmo. Em alguns casos, eu até prefiro internar. Sei que não entra no critério, mas a pessoa precisa desse cuidado”.

Disse-lhe que as dificuldades mencionadas por ela até o momento se referiam às diferenças com os próprios colegas e ao peso da responsabilidade que carregava ao exercer a Medicina. Na sequência, a respeito do relacionamento direto com os pacientes, Liz relatou duas situações em que foi tratada com agressividade, ambas no trabalho anterior. A primeira foi com uma paciente mulher que apresentava sintomas de Covid havia apenas um dia e a indicação do exame PCR era a partir do 3º dia de sintomas. Ela relata que examinou a paciente, medicou e fez o seu trabalho da forma como deveria. No entanto, ao terminar a consulta, o filho da paciente reagiu com agressividade, exigindo que ela solicitasse o PCR. A segunda situação ocorreu com um policial que também questionou sua conduta. Ambos os episódios foram considerados inesperados por ela e envolveram homens que lhe intimidaram de alguma forma. Liz conta que nas duas vezes sentiu-se paralisada, e foi defendida pelos seguranças do hospital. Ela tem consciência de que a paralisia é sua forma de reagir diante de situações que lhe geram insegurança, tal como quando recebe algum *feedback* do chefe de Residência.

Hoje, Liz está aprendendo a perceber os indícios de insatisfação do paciente e isto lhe possibilita prevenir situações como as descritas acima. Quando percebe que o paciente está ficando nervoso, por exemplo, procura ouvir, conversar e entender o que está angustiando ou gerando insatisfação. Isto evita que o paciente fique agressivo e o clima tende a melhorar. No entanto, esse esforço tem um preço: “Eu pareço calma, as pessoas dizem que sou muito calma, e às vezes eu sou mesmo, mas não sempre. Sei que se eu entrar no nervosismo do paciente só piora. Mas às vezes por dentro estou borbulhando, só não transpareço; por fora fico plena”.

Na sequência, Liz se recordou de uma situação em que uma senhora se queixou da demora para ser atendida e ela prontamente respondeu: “Sinto muito, mas eu sou médica e não tocadora de ficha”. Ao longo da consulta, disse que a paciente percebeu que era melhor receber um atendimento de qualidade, sem pressa, e se acalmou. “No final ela me abraçou, chorou e me pediu desculpas”, relembra.

Liz expressa que “Medicina é muito complexa” e, durante os primeiros anos de graduação, chegou a se questionar sobre sua escolha profissional por não conseguir enxergar a Medicina nas disciplinas que cursava. No terceiro ano, com a disciplina de semiologia, no entanto, conseguiu se encontrar e sentiu alívio. Atualmente, o local em que mais gosta de atuar é a Enfermaria: “o paciente chega grave e a gente acompanha a melhora até a alta. É muito bom a gente mostrar que a pessoa conseguiu”, conta, com brilho nos olhos.

Ela mencionou a psicoterapia pessoal diversas vezes ao longo de nosso encontro como um espaço importante para refletir sobre suas angústias profissionais, além de suas potencialidades; Liz demonstrou clareza de que tem certos aspectos de sua personalidade que favorecem determinadas atitudes que considera positivas para o exercício da Medicina. Em determinado momento, retomou a questão da gratidão de seus pacientes, refletindo que não acredita fazer apenas o mínimo esperado em seu ofício, “acho que faço mais”.

Muito segura, afirmou que é empática e se sente muito satisfeita com a forma como se relaciona com seus pacientes. Tem medo de perder isso e se tornar um daqueles seus colegas com quem conviveu em seu primeiro trabalho. Mas Liz está muito distante disto. Perguntei o que ela acha que faz esses colegas serem frios, ou “tocadores de fichas”, e ela credita isso ao ambiente de pronto atendimento. Também menciona a personalidade. “Medicina é pelo paciente, se você não gosta, vai fazer outra coisa”.

Perguntei a Liz se ela gostaria de compartilhar mais alguma coisa e ela respondeu que não. Em seguida, agradeceu-me pelo encontro e disse que foi um desabafo. Expressou contentamento com sua jornada até aqui, e sente que está caminhando, dando um passo por vez. Por último, mencionou que no próximo mês estará no Pronto Socorro e pareceu tensa em relação a isso.

Ao final do encontro, compreendi melhor o que Liz dizia a respeito da necessidade de “desligar”, de aprender a separar mais a vida pessoal e profissional, tarefa que lhe parece tão árdua. Seu medo é se tornar fria e perder a empatia pelos pacientes. Ao longo do encontro, repetiu diversas vezes sobre a gratidão do paciente; é algo que lhe chama atenção e tem muita importância para ela.

Narrativa 5 – “É claro que você fica sensibilizado, é uma vida, mas quando se é cristão você entende que há um sentido para tudo isso.”

Em uma tarde de outono, caminhando tranquilamente pelas ruas do campus universitário em direção ao ambulatório de Clínica Médica, meu olhar foi atraído pelas folhas coloridas que enfeitavam a calçada. Apreciei a beleza daquele mar de folhas em tons roxo-avermelhados e, ao olhar para o alto, admirei também a grandeza da árvore da qual se desprendiam. Naquele exato momento, uma folha se soltou do galho e dançou com o vento até tocar o chão. Em seguida, lembrei-me de um dito popular que afirma que nenhuma folha cai de uma árvore sem a permissão divina. Em meio a tal devaneio, segui caminhando em direção ao meu destino, atravessei a rua e entrei no prédio em que fica localizado o ambulatório.

Dois residentes, Alice (participante nº 7) e Matheus, estavam sentados no corredor junto a uma das preceptoras. Aproximei-me deles perguntando se gostariam de participar da pesquisa, e Matheus prontamente se disponibilizou a conversar comigo. Antes, no entanto, pediu que eu resgatasse o tema da pesquisa para que ele se recordasse da proposta. Assim que comecei a lhe responder, Matheus assentiu e nos dirigimos ao Consultório 1.

Chegando à sala, Matheus gentilmente perguntou onde eu gostaria de me sentar e me acomodei atrás da mesa, no lugar destinado ao médico. Expliquei de forma mais detalhada sobre os procedimentos da pesquisa e pedi que ele assinasse o TCLE. Em seguida, Matheus me pediu que repetisse a questão inicial e assim o fiz, frisando que ele poderia me dizer o que lhe viesse à mente sobre o assunto, sem receios ou reservas. Após ouvir a questão norteadora da pesquisa, Matheus começou a compartilhar sua experiência comigo. Sua fala era mansa e um tanto quanto contida; seu modo de se expressar transmitia calma e tranquilidade, tom que permaneceu ao longo de todo o nosso encontro.

Matheus considera que se relacionar com os pacientes é um desafio devido às singularidades da pessoa. Ele compreende que os pacientes são diferentes entre si, apresentam demandas diferentes, mas, em geral, procura tratá-los da melhor maneira possível, tendo como referência o modo como gostaria que um familiar, um amigo, ou como ele mesmo gostaria de ser tratado. Ele percebe que este modo de pensar lhe ajuda a construir uma boa relação com o paciente. Matheus entende a necessidade de adequar sua linguagem de modo que o paciente o compreenda, e confessou que sente mais dificuldade em lidar com os familiares do que com os próprios pacientes.

Sua fala inicial era um pouco truncada; Matheus falava, na maior parte do tempo, em terceira pessoa. Não se aprofundou muito em sua experiência no início do encontro e, passados aproximadamente 15 minutos, disse “acho que é isso”, como se não houvesse mais nada a ser dito. Senti certa dificuldade em estabelecer uma comunicação mais fluida com Matheus, mas continuei tentando aprofundar o diálogo, pois não me parecia que ele havia esgotado o assunto, nem que estava desinteressado. Dessa forma, procurei resgatar pontos específicos de sua fala para tentar aprofundar o diálogo e incentivá-lo a trazer sua experiência à tona.

Matheus me contou que emendou a Graduação com a Residência, atuando como médico plantonista apenas por 3 ou 4 vezes durante os meses que antecederam o início da Residência. Portanto, considera que sua experiência profissional mais significativa tem sido a própria Residência; foi nela que se deparou com a responsabilidade de evoluir e fazer outras atividades, dentre elas comunicar óbito aos familiares, por exemplo. Antes da Residência, nunca havia vivenciado esta experiência, e confessa que sentia medo de enfrentar esse tipo de situação, pois se sentia despreparado. Em sua fantasia, Matheus pensava que os familiares fariam questionamentos que ele não saberia responder, mas, depois de vivenciar esse tipo de situação, percebeu que isso nunca acontece. Em geral, sente que esta é uma situação difícil, mas, diferentemente do que imaginava, sabe lidar com ela.

Ainda no que se refere ao óbito de seus pacientes, Matheus diferenciou as mortes mais previsíveis, como a de pacientes paliativos, por exemplo, das mortes inesperadas e repentinas, as quais considera mais difíceis de lidar. Ele menciona em especial uma experiência que lhe marcou: a perda de um paciente de 60 anos que, a despeito de ser atleta, sem problemas de saúde, infartou. Após ter sido levado ao pronto socorro pelo SAMU, Matheus disse que permaneceram durante 40 minutos tentando reanimá-lo, sem sucesso. Não obstante, na sequência, Matheus foi o responsável por comunicar o óbito à esposa do paciente. Sem adentrar muito em detalhes, Matheus disse que foi uma das situações que mais lhe marcou, dadas as circunstâncias do óbito e o desespero da viúva ante a notícia recebida. Disse rapidamente que seus olhos lacrimejaram, e que, apesar de ter sido uma situação difícil, lidou bem com a questão.

Matheus entende que faz parte de seu trabalho lidar com questões desse tipo, embora outras pessoas se impressionem e imaginem que seja uma tarefa árdua. Sabe que isso é algo inerente à profissão, principalmente na área de clínica médica. Também menciona que a espiritualidade o ajuda a olhar para a questão da finitude.

Procurei compreender o que Matheus queria dizer com “lidar bem” com situações difíceis e ele verbalizou que isto significa não se envolver demasiadamente. Percebe que alguns de seus colegas apresentam dificuldade neste aspecto e não conseguem separar trabalho e vida pessoal. Matheus, por sua vez, não sente essa dificuldade e disse que não costuma pensar muito nas questões do trabalho; percebe que se sensibiliza, mas não se envolve muito emocionalmente. Encontrar o equilíbrio entre ambos lhe parece uma tarefa desafiadora: sabe que não pode mergulhar na dor do outro, pois precisa manter uma postura profissional, por outro lado, não pode perder a sensibilidade.

Matheus menciona que não costuma ficar ruminando pensamentos. Tem por hábito se questionar sobre os procedimentos técnicos que adotou, mas o ato não vem acompanhado de

arrependimento. Para ele, o exercício consiste em uma espécie de revisão analítica que lhe serve de aprendizado a ser aplicado em situações futuras, permitindo-lhe aperfeiçoar sua prática. Contudo, acredita que a rotina atarefada não lhe permite ficar ruminando muito tais questões: “vida que segue”, diz ele.

Em um dado momento, Matheus afirma que o ambiente exerce grande influência na relação com o paciente e reconhece: “nem sempre a gente está nos melhores dias”. Perguntei como era isso e ele me respondeu: “ah, faço o mínimo de tratar com respeito, com educação, isso é básico, jamais destratar”. Em relação aos elementos que atravessam a relação com o paciente, Matheus se refere ao Pronto Socorro como um “ambiente caótico” e menciona o cansaço provocado pela Residência. Ele me conta que sua carga horária é de 60h semanais; sua jornada de trabalho inicia às 7h e deveria terminar às 19h, mas na maioria das vezes ultrapassa o horário pré-estabelecido, pois há uma cultura de nunca deixar trabalho para o colega que assumirá as atividades na sequência. Com certo embaraço, Matheus me contou que certo dia entrou às 7h e foi embora às 23h.

A mudança do Internato para a Residência foi sentida com intensidade por Matheus no que se refere às atividades e ao que lhe é exigido. Quando pensa no Internato, ele se percebe como alguém que ficava mais no papel de observador. Atualmente a única atividade que permanece semelhante ao que já fazia no Internato são os atendimentos de Clínica Médica; o restante é muito diferente, e ele sente o peso da responsabilidade de sua prática traduzido em tarefas como evoluir, carimbar, etc.

Enquanto falava sobre a quantidade de coisas que tem para fazer, principalmente no Pronto Socorro, Matheus reconheceu que isso faz com que ele coloque a comunicação com os familiares dos pacientes em segundo plano. Contou-me que muitas vezes está realizando outras tarefas e os familiares pedem para falar com ele, ficando à sua espera. Geralmente, Matheus é avisado por algum funcionário e isso lhe deixa um pouco impaciente, dizendo que “já vai”; no

entanto, em muitos casos, o familiar acaba cansando de esperar e vai embora. Quando isto ocorre, Matheus se ressentia ao se dar conta de que a pessoa foi embora sem qualquer notícia. Refletir sobre a importância desta comunicação com os familiares e a angústia que sentem ao esperar por uma atualização do estado de saúde de um ente querido faz com que Matheus pare o que está fazendo esporadicamente e vá falar com a família de um paciente; “às vezes penso que não custa, é 5 minutos”, disse. A mesma situação se aplica ao atendimento de necessidades orgânicas: “se você não para o que está fazendo pra comer, não come. Então tem que parar”.

O contexto da Enfermagem é percebido por Matheus como menos complexo que o Pronto Socorro devido à previsibilidade e ao caráter processual dos atendimentos. “No Ambulatório também é muito sossegado. Hoje, por exemplo, tem 15 pacientes, a gente se divide. Faço uma previsão de quanto tempo vou poder ficar com cada um. Mas não é nada mecânico, com alguns preciso de mais ou menos tempo dependendo da complexidade. Vai equilibrando”. A busca deste equilíbrio é simbolizada por ele como algo natural, “é parte do processo”. Quando dispõe de menos tempo, adapta-se agindo com mais objetividade, “não dá pra conversar muito, tem que ir mais direto ao ponto”, diz.

Matheus disse que muitas vezes a consulta demora muito devido a questões burocráticas, tais como preenchimento de documentos, pedidos de exames, cópias, etc. Nesse sentido, a recente informatização do sistema facilitou muito o trabalho e tornou as consultas mais rápidas, segundo ele. No entanto, também há situações em que a duração da consulta se estende devido à demanda do paciente e à complexidade do caso, o que exige uma investigação mais detalhada e consulta ao histórico registrado no prontuário.

Pacientes com alguma deficiência, como mudez ou surdez, por exemplo, também demandam uma atitude diferente por parte do médico. Matheus citou o caso de um paciente que é surdo e consegue se comunicar de forma rudimentar por escrito, contudo, não consegue

entendê-lo e precisa que a filha deste paciente o acompanhe na consulta para que ela possa mediar a comunicação.

Matheus disse que nunca passou por situações em que algum paciente se dirigiu a ele de forma desrespeitosa ou agressiva. Às vezes, no entanto, percebe que o paciente está um pouco exaltado, o que faz com que ele se coloque de forma mais calma e serena: “dizem que quando um não quer, dois não brigam, né? Tem que ter jogo de cintura”, diz com bom humor. Nesse momento, recordei-me que no início do encontro Matheus definiu o ato de se relacionar com o paciente como um “desafio” e questionei se era a isto que ele se referia. Explicou-me que lidar com pessoas de modo geral é desafiador, pois “cada um é de um jeito, não há um protocolo”.

Ao mesmo tempo em que qualifica a relação com o paciente como desafiadora, Matheus reconhece em si uma capacidade para se relacionar com eles. Perguntei de onde vem essa facilidade para estar com o paciente, e Matheus revelou que na cidade onde cresceu gostava de conversar com as pessoas. Quando chegou à cidade atual, no interior do estado de São Paulo, trouxe consigo o hábito de conversar com estranhos no ponto de ônibus, por exemplo, mas foi percebendo que sua atitude era percebida com estranhamento pelas pessoas. Parece-me que de certo modo Matheus perdeu um pouco dessa abertura. Ao mesmo tempo, cita a igreja e a vivência espiritual como elemento fundamental para sua capacidade de se relacionar. Disse que era muito tímido e tinha dificuldade de conversar com as pessoas quando mais novo, mas, a partir de seu envolvimento em atividades na igreja, percebe que mudou muito neste aspecto.

Perguntei a Matheus se o fato de gostar do contato com outras pessoas interferiu em sua escolha pela Medicina, e tal questionamento o levou a fazer um resgate de sua história de vida. Foi nesse momento do encontro em que percebi sua fala mais fluida, ininterrupta. Matheus viajou no tempo e disse que pensou, de forma pontual durante o Ensino Fundamental, em cursar Medicina; depois, sem saber o porquê, disse não ter pensado mais no assunto. Já no Ensino

Médio, gostava muito de matemática, por isso decidiu prestar vestibular para Engenharia. Matheus nunca imaginou sair de seu estado; seu objetivo era cursar a Graduação próximo de sua cidade natal devido às condições financeiras e à proximidade da família, com a qual é bem apegado.

Matheus seguiu me contando que cursou 2 anos de Engenharia e não se identificou com o curso, mas, como já estava indo para o terceiro ano, parecia loucura abandonar os estudos àquela altura. Foi nessa época que ele teve uma experiência de encontro com Deus e sentiu que seu propósito era cursar Medicina. Matheus me contou toda a sua jornada até o ingresso em um curso de Medicina na mesma universidade onde hoje cursa a Residência; o processo envolveu a espera angustiante pela divulgação dos resultados, rotatividade da lista de espera dos candidatos, nota do SISU e bolsa de estudos Prouni. Matheus não estava muito convicto de que cursaria a Graduação em São Paulo, mas, assim que foi aprovado, pegou um avião e saiu pela primeira vez de seu estado, rumo ao sudeste. Quando iniciou o curso, não estava muito envolvido, pois acreditava que iria voltar a qualquer momento, bastaria que seu nome fosse aprovado na universidade pública que fica próxima à cidade de seus pais. Foi quando, numa quarta-feira, em oração, sentiu uma experiência ainda mais forte e significativa com Deus. Ouviu que ele deveria permanecer na nova cidade. Logo em seguida, comunicou seus familiares que ficaria por aqui. Na semana seguinte, seu nome fora aprovado na lista de espera da outra universidade e, ainda que seu sonho fosse estudar lá e voltar a viver perto da família, decidiu ficar. “Se fosse por mim, eu teria voltado, mas quando você entrega sua vida a Deus, você precisa fazer o que é da vontade d’Ele, por isso eu fiquei”. Matheus sente que há um propósito em tudo isto e enfatizou que nossa vontade, muitas vezes, não corresponde à vontade divina. Em seguida, fez a seguinte analogia: “Nossa vida é um quadro, mas é como se nós enxergássemos apenas pequenas partes desse quadro, enquanto Deus tem toda a figura”.

Enquanto contava, empolgado, sobre sua vivência espiritual, Matheus interrompeu e hesitou, dizendo que não sabia se o que ele estava contando contribuiria com minha pesquisa. Eu disse a ele que não precisava se preocupar, pois compreendia a importância do que estava me contando para ele e lhe perguntei se sua espiritualidade, de alguma forma, também lhe ajudava a estar com o paciente. Matheus respondeu que sim, dizendo sobre o modo como o cristianismo o ajuda a lidar com a morte, ajudando-o a entender seu sentido e não sofrer em demasia. “É claro que você fica sensibilizado, é uma vida, mas quando se é cristão você entende que há um sentido para tudo isso. As coisas não acontecem sem um porquê. Então isso me ajuda demais a ter tranquilidade para lidar com essa questão”.

Perguntei se a Medicina era algo que fazia sentido para ele, que hesitou e disse: “é, não tanto como outras coisas, mas é algo que sei que tem um propósito”. Reiterou que gosta do que faz e do contato com os pacientes. Antes de finalizar, perguntei a Matheus qual sentimento costuma prevalecer na relação com seus pacientes e, após pensar um pouco, disse que era difícil escolher um, mas elegeu a gratidão. Nesse momento, passados 50 minutos do início do encontro, perguntei se havia algo mais que ele desejava compartilhar comigo e ele afirmou que não, que havia dito tudo que gostaria. Despedimo-nos, ele se retirou do consultório e eu permaneci no local para iniciar o registro das minhas impressões iniciais, que dariam origem a esta narrativa. Enquanto buscava assimilar o que acabara de ouvir e compreender o sentido da experiência de Matheus, lembrei-me da caminhada até o ambulatório naquela tarde, do mar de folhas e principalmente da frase sobre a vontade divina.

Narrativa 6 - “A gente sai daqui, mas isso aqui não sai da gente”

No dia 06 de Junho, por volta das 13h30min, cheguei ao Ambulatório de Clínica Médica, cumprimentei os ali presentes e informei à chefe de residência que estaria disponível naquela tarde para realizar mais um encontro com quem estivesse interessado em participar da pesquisa. Estela, uma das participantes, também estava ali e me cumprimentou. A chefe comentou sobre os residentes que estavam escalados para os atendimentos daquele dia e mencionou o nome de Ísis, afirmando que acreditava que ela ainda não havia participado. Dirigi-me ao Consultório 1 e, às 14h, Ísis adentrou a sala me cumprimentando de forma simpática e dizendo que colaboraria com minha pesquisa.

Perguntei se ela estava presente nas ocasiões em que apresentei a pesquisa aos residentes com o intuito de convidá-los a colaborar com o estudo e ela disse que não, que na verdade havia acabado de ser informada sobre a pesquisa. Expliquei-lhe então sobre os objetivos e procedimentos do estudo, e reforcei sobre seu caráter voluntário; quis me certificar de que ela estava ali por vontade própria e não porque alguém havia lhe indicado para estar ali. Ísis parecia tranquila, mostrou-se aberta e disposta a participar.

Perguntei então como é para ela se relacionar com seus pacientes, ao que me respondeu prontamente: “Ah, em geral eu lido bem com eles. Tem aqueles mais fáceis, aqueles mais difíceis...coisas que a gente leva para casa, etc.” iniciou Ísis, sem, no entanto, dar continuidade.

Pedi então que ela me contasse um pouco sobre como seriam os pacientes aos quais ela se referia como “fáceis” e “difíceis”. Ísis descreveu os mais fáceis como aqueles que seguem as prescrições e o tratamento médico; “são pessoas de trato fácil”, disse. Já os difíceis são aqueles que não seguem as prescrições, que lhe tratam de maneira ríspida ou não permitem que ela os examine.

Ísis seguiu então descrevendo que a relação que estabelece na enfermaria difere de outros contextos. “Na Enfermaria, a relação é bem diferente, você cria vínculo porque acompanha o paciente de perto durante a internação”. Compreendi que os encontros frequentes facilitam a aproximação e criação de um vínculo com o paciente, diferentemente dos encontros pontuais que ocorrem no Pronto Socorro e até mesmo em algumas consultas no Ambulatório. Para Ísis, a qualidade ou até mesmo a possibilidade do vínculo depende da frequência e continuidade dos atendimentos.

Ainda que sinta maior facilidade para criar vínculo com pacientes da Enfermaria, Ísis relatou que também há situações em que o paciente é arreadio. Nesses casos, disse que faz “o que precisa ser feito logo e vira as costas”, expressando descontentamento. Perguntei como ela se sente nessas situações e, após ficar pensativa, respondeu: “Não sinto raiva, nem ódio - pelo amor de Deus! Acho que é estresse...”. Percebi que, embora tais sentimentos pudessem estar presentes em sua experiência, seria difícil para Ísis admiti-los explicitamente não apenas para mim, mas para si mesma. Afinal, sentimentos hostis costumam ser vistos como inadequados, embora sejam parte da experiência humana.

Ao perceber a dificuldade de Ísis em adentrar o campo dos sentimentos, e captando um certo cansaço em sua fala, perguntei-lhe: “É cansativo pra você tentar cuidar de alguém assim?”. “Sim, muito”, respondeu prontamente e prosseguiu: “Aí eu penso ‘se não quer, vai embora então, não enche o saco’. É difícil porque sei que depois vou ter que voltar. Aí eu volto, faço o que preciso fazer...”, disse em tom de resignação de quem sabe que tem um dever a cumprir.

Perguntei se o que ela estava me contando tinha a ver com o que ela mencionou no começo sobre “levar o trabalho para casa” e Ísis disse que “nunca desliga”, sintetizando sua experiência com uma frase significativa: “a gente sai daqui, mas isso aqui não sai da gente”. E seguiu dizendo que fica o tempo todo pensando sobre seu trabalho. O tempo todo, inclusive quando está em casa, durante as refeições e até sonhando.

Então confessou-me que naquele exato momento ela estava ali comigo, mas com a cabeça “lá” - fazendo um gesto com a cabeça em direção à janela, referindo-se a um paciente que estava internado no Hospital Universitário.

Indaguei se gostaria de compartilhar comigo o que estava acontecendo, e ela me contou que o paciente em questão vinha de internações recorrentes e apresentava problemas de ordem neurológica. Resgatando brevemente seu histórico, explicou-me que as internações costumam agravar o estado de saúde do paciente, de modo que a recuperação tende a se tornar cada vez mais difícil com o passar do tempo. “Enquanto estava lúcido, ele dizia que não queria ficar acamado, ser submetido a tratamento prolongado, nem fazer diálise”, contou-me.

Ísis seguiu explicando a evolução do quadro daquele senhor até se tornar um paciente terminal. “Ele teve um quadro agudo que justificou a diálise, mas agora é crônico, ele também está com infecção...E aí tem que tomar a decisão se interrompe o tratamento ou não”, fazendo menção às decisões que envolvem ortotanásia¹ e distanásia².

Enquanto compartilhava comigo a situação que estava vivenciando, Ísis mostrou-se reflexiva; ela acariciava e apertava o próprio braço direito e direcionava seu olhar para o lado e para baixo. Disse-lhe então que me parecia muito angustiante para ela ter de tomar uma decisão dessas. “Sim, é muito angustiante!”, respondeu imediatamente, olhando em meus olhos.

¹ A prática da ortotanásia consiste na interrupção do tratamento de pacientes em estado terminal, e é regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução 1.805. A prática só é permitida mediante a autorização do próprio paciente ou de seus familiares, caso este se encontre impossibilitado de deliberar sobre isto.

² Distanásia refere-se ao prolongamento da vida de um paciente incurável por meio de recursos artificiais. A prática também é denominada “obstinação terapêutica” e suscita diversas discussões no campo da bioética.

Ísis relata os questionamentos e discordâncias dos chefes de residência em relação à sua decisão. “Não é fácil! Nesse caso que comentei, ainda estou mais tranquila com a decisão, o problema é que meus chefes discordam, não estão acompanhando o caso de perto, não estão ali no dia a dia, então não sabem né?!”, fala em tom de frustração e pesar, por não se sentir compreendida. Ela acredita que, pelo fato de estar mais próxima do paciente e da família, possui mais elementos para embasar sua decisão de acordo com a vontade destes.

Ísis segue relatando que conversou bastante com a família de seu paciente. “Eles me disseram que essa não era a vontade dele [prolongar o tratamento]. Nesses casos eu fico mais tranquila porque sei como era a pessoa antes da internação”. Ela me conta que gosta da área de cuidados paliativos, mas queixa-se de que nem todo mundo entende os procedimentos adotados e a forma de lidar com a terminalidade.

Em relação às decisões que envolvem ortotanásia, diz que seu critério sempre é a comparação com a pessoa antes do agravamento. “Não é uma decisão que se toma num único dia”, explicando-me que é algo que leva tempo e precisa ser refletido com cautela. “Falei com a família, pedi pra conversar com a esposa do paciente e que depois me comunicassem, mas eles nem esperaram completar o prazo que dei, ontem mesmo já comunicaram a decisão deles”.

Ísis continua sua fala mencionando a vivência dos familiares e sua compreensão de que estes vivenciam a internação e a terminalidade do familiar de forma angustiante. “É angustiante para a família também, né?! Estamos no SUS, não temos local para acomodar a família que acompanha, é muito cansativo para eles também. É um sofrimento”. Compreender todo o contexto que envolve o paciente e seus familiares auxilia na tomada de decisão de Ísis, deixando-a mais tranquila. “Difícil é quando não tenho a referência, quando não sei qual era a vontade da pessoa. Mas sempre penso muito e busco fazer o que é certo”, ela prossegue. Perguntei-lhe então em quais elementos se baseia para tomar a decisão nesses casos, e ela disse que sua referência é o quadro clínico do paciente.

Ísis sente que hoje, na Residência, o excesso de pensamentos sobre sua rotina está mais intenso. “Antes, no Internato, era menos [intenso], porque o paciente não é seu, né?! Aqui é diferente, você acompanha o paciente, a responsabilidade é sua”. Além disso, sabe que agora também é referência para os R1.

Em um dado momento, em uma das pausas feitas por Ísis, senti necessidade de esclarecer algo que ela havia dito, mas, antes disso, precisei refletir um pouco, devido à quantidade de informações e à intensidade da experiência que ela compartilhara comigo. Eu lhe disse que estava recapitulando o que ela havia dito, pois havia algo que me chamou atenção. Neste momento, ela disse: “é muita coisa, né?! Nem eu lembro o que eu disse”, e riu. Eu perguntei se ela realmente não lembrava, ao que desmentiu, dizendo “brincadeira, eu lembro sim”. Ísis estava descontraída em nosso diálogo, e embora parecesse disposta a não revelar muito de si por meio de falas mais curtas e sem muito aprofundamento, muitas coisas transbordavam.

Disse a ela que gostaria de compreender melhor a questão dos pacientes que ela nomeia como difíceis. Ela me disse que “são aqueles que não seguem o tratamento, que você sabe que não vai seguir a prescrição, mas continua indo à consulta”. Perguntei como ela lida com isso, e ela disse: “ah, tento terminar o mais rápido possível. Ainda mais quando você percebe que está ali de malandragem”. “Malandragem?”, perguntei. “É, você sabe que a pessoa está ali, não vai seguir o tratamento, vai voltar depois sem ter feito nada. Dá raiva”. Nesse momento expressou abertamente o sentimento que antes havia tentado abafar e explica: “Dá raiva porque você sabe que tem tanta gente esperando na fila, querendo tratar”. Perguntei-lhe o que ela achava que levava essas pessoas a continuarem vindo, então. Ela, que nesse momento já pegava o TCLE assinado e o recolhia para si, em sinal de quem estava se retirando, deu de ombros e respondeu: “pois é, não sei”. Percebendo que Ísis já havia dado por suficiente sua participação, talvez devido à preocupação com suas tarefas pendentes ou mesmo por não querer aprofundar em

questões angustiantes como as que ela havia abordado até então, agradei-lhe pela colaboração com a pesquisa e nos despedimos.

O encontro com Ísis foi o mais breve de todos. Durante a conversa, após concluir alguma fala, Ísis frequentemente dizia “acho que é isso”, como se estivesse pronta para encerrar nosso diálogo. Após finalizarmos, fiquei me perguntando se a pressa dela em finalizar o encontro tão rapidamente poderia comprometer sua inclusão como participante. Ao mesmo tempo, considerei muito importante que ela tenha conseguido expressar angústia frente a tomadas de decisão importantes e à perda de pacientes, bem como sua raiva diante daqueles que não seguem as prescrições médicas. Embora tenha durado apenas 15 minutos, sinto que esse encontro foi intenso e revelador.

Narrativa 7 – “E se fosse comigo? Como eu gostaria de ser tratada?”

Durante o período de coleta de dados para a pesquisa, algumas de minhas visitas ao Ambulatório de Clínica Médica culminaram na realização de um encontro dialógico, enquanto outras não. Estava habituada, portanto, a permanecer em um dos consultórios à espera de algum médico residente interessado em conversar comigo, sabendo que poderia permanecer ali durante algumas horas e deixar o local sem ter realizado um encontro. Das vezes em que alguém se dispôs a participar, os encontros costumavam ocorrer logo no início da tarde, de modo que, em determinados dias, conforme as horas passavam, a probabilidade de que algum médico me procurasse diminuía. Ainda assim, mantinha-me esperançosa de que a qualquer momento eu seria surpreendida, tal como ocorreu com a última participante, Alice.

Em um final de tarde, Alice surgiu em frente à porta do Consultório 8, cumprimentou-me e disse que estava disponível para conversar comigo naquele momento. Em seguida, enquanto colocava seus pertences em cima da maca e se acomodava na cadeira, perguntou-me quanto tempo duraria nosso encontro. Captei um ar de preocupação quando lhe respondi que levaria em torno de meia hora e, diante disto, certifiquei-me de que ela realmente estava disponível e ela disse que sim, que não havia problema. Sem o tradicional jaleco, Alice parecia pronta para ir embora, mas dedicou seu precioso tempo para colaborar com minha pesquisa.

Ao retomar os objetivos da pesquisa e a questão norteadora, Alice iniciou sua fala dizendo que percebe que o tema da relação médico-paciente é vivido por ela em fases. Ela afirmou que há fases em que age de forma mais empática, e em outras se vê agindo de uma forma que lhe desagrada.

Alice me olhou nos olhos o tempo todo e senti que ela estava inteiramente presente, desfazendo a impressão inicial de que pudesse estar com pressa de ir embora. Seus olhos brilhavam, transmitiam doçura e vivacidade. Sua presença confirmava o que ela me dizia sobre seu jeito de ser e estar com seus pacientes. De modo geral, ela se vê como uma pessoa empática

e procura sempre oferecer um bom atendimento e acolhimento a eles. Contudo, tem notado que nem sempre consegue sustentar a postura empática e acolhedora que tanto valoriza.

Em Março deste ano, Alice percebeu-se muito cansada e agindo de forma ríspida com as pessoas. Foi o período em que se tornou R2 e os novos R1 chegaram. Sentiu-se sobrecarregada e isto afetou negativamente o relacionamento com seus pacientes. A partir do que ela me contava, perguntei-lhe se era como se as atitudes ríspidas escapassem e viessem à tona contra a sua vontade, ao que me respondeu que sim. “E de repente você vê que está descontando nos pacientes ou em outras pessoas também. É horrível, não quero ser essa pessoa!”, completou. Enquanto vivencia este conflito, seu namorado, que também é médico, aconselha-a dizendo que ela que precisa ser mais prática. Mas percebo que o conselho parece não lhe servir, pois Alice não consegue ou até mesmo se recusa a agir desta forma. Ao contrário, quer preservar seu jeito sensível e empático.

Alice me contou que costuma se dar conta do modo como está agindo no exato momento da situação. Devido à tomada de consciência imediata, geralmente tem a oportunidade de pedir desculpas ao paciente. “Me desculpa, eu falei de uma forma ríspida com você, não foi legal”, exemplifica. Perceber-se desta forma lhe angustia intensamente, mas Alice assume suas falhas e procura refletir sobre as próprias atitudes com frequência. A consciência que tem de seu próprio comportamento é o que lhe permite voltar ao centro e agir da maneira como sente que é importante para ela.

“É legal quando tenho oportunidade de me desculpar com o paciente, porque consigo reparar a situação ali na hora. E é legal que às vezes a pessoa também reconhece. Outro dia mesmo uma paciente no final da consulta também me pediu desculpas e assumiu que foi grosseira comigo, que ficou nervosa.”, prossegue Alice, refletindo sobre como o entendimento se dá no entre.

Alice procura lembrar que o paciente já chega até ela numa condição desfavorável, de adoecimento e sofrimento, de modo que ter consciência disto lhe ajuda a manter uma atitude mais compreensiva. Em determinadas situações, ainda que ela se mostre acolhedora e receptiva, alguns pacientes se comportam com rudeza. “Às vezes eu sinto que a pessoa já chegou assim, tento não entrar na dela, respiro fundo e falo mais ou menos assim ‘olha, eu estou conversando com você nesse tom, a gente pode continuar a conversa assim?’”, disse ela com calma e gentileza. Alice disse que isso costuma funcionar e levar a pessoa a perceber o modo como está agindo. “Não adianta nada eu responder de forma ríspida. Eu me policio muito para não cair nisso”, completa.

“Eu, pelo menos, associo muito o ambiente e o cansaço a essa perda da empatia. Tem dias que você tá bem, tem dias que não está, mas precisa se policiar. Eu tento reconhecer, me acolher, mas também não usar isso de desculpa, sabe?! Porque o cansaço sempre vai estar ali. Se eu disser ‘tudo bem, eu estava cansada...’, no outro dia eu também vou estar cansada e não posso me acostumar com isso”. Observei que isso parecia muito desafiador, pois o próprio contexto parece levá-la a essa direção com a sobrecarga, as responsabilidades, a falta de tempo, etc. Ela concordou e disse que sabe que alguns ambientes são mais propícios para que isso aconteça e procura se manter consciente desses aspectos. “No Ambulatório e na Enfermaria, isso dificilmente acontece porque temos a oportunidade de criar vínculo. São pacientes que a gente acompanha durante algum tempo, é diferente do PS em que o contato é mais pontual, o ambiente é mais estressante”.

Alice segue me contando como observa os impactos do cansaço em outros médicos: “Tenho colegas que são muito gentis, gente boa mesmo. E de repente vejo eles falando de um jeito ríspido com paciente”, relatou com ar de estranheza e completou: “você vê que não é por mal, é por cansaço e sobrecarga”. Para ela, há também aqueles que tratam o paciente de forma

desrespeitosa não pelo cansaço, mas devido a características pessoais. Por este segundo grupo, diferentemente do primeiro, Alice parece não se compadecer.

Em seguida, Alice compartilhou outra questão delicada no trato com os pacientes, a comunicação de más notícias. Ela me conta que aprendeu a utilizar o protocolo SPIKES com um médico oncologista com quem teve contato uma única vez, quando ele esteve de plantão no Hospital Universitário e ela ainda estava no Internato. “Eu já tinha visto várias vezes e sabia muito bem o que eu não queria para mim, e eu o vi dando uma má notícia de um jeito que foi maravilhoso. Ele chegou, começou a falar com a senhora e, num determinado momento, pegou na mão dela e disse que tinha uma notícia ruim para lhe dar. E foi falando...Achei aquilo tão bonito! Depois fui perguntar para ele como fazia aquilo. Ele me contou que utilizava o protocolo, mas que não se prendia a ele. O que o guiava era a percepção do que o paciente ou familiar estava expressando naquele momento. Precisa sentir o paciente, saber se ele está resistente ou esperançoso para poder guiar a conversa”.

Perguntei à Alice o que costuma orientar sua conduta. Ela disse que, além de se abaixar, olhar nos olhos e permanecer com a pessoa com calma e sem pressa, procura pensar em formas de amenizar esse momento de dor para a família. “É difícil, mas tento. Você já vai ser o portador de uma notícia ruim, às vezes é a única vez que a pessoa vai te ver na vida, então tento fazer desse momento algo mais ameno e tranquilo”. Disse que já se acostumou e lida bem com o fato de ser a portadora de notícias ruins; ela prefere fazer este papel a permitir que outras pessoas sem a mesma sensibilidade o façam.

Outro critério que norteia as ações de Alice é pensar como ela mesma gostaria de receber uma notícia ruim. Mencionou que vivenciou uma situação deste tipo na infância, quando um familiar muito próximo teve o diagnóstico de uma doença grave; tal experiência lhe serve de referência para se lembrar das dificuldades e dores que esse momento desperta nos pacientes e

familiares. Alice costuma pensar “e se fosse um familiar meu? E se fosse comigo? Como eu gostaria de ser tratada?”.

Embora refletir constantemente sobre essas questões e pensar a partir do ponto de vista do paciente lhe ajude a agir de forma mais cordial e sensível, Alice sabe que nem sempre isto é possível. Reconhece que o cansaço e a falta de tempo interferem em sua capacidade de estar inteiramente presente na relação. “Nem sempre é possível, estamos cansados, sem tempo. A residência exige bastante e consome nosso tempo. Não consigo desligar. Quando tento, alguém me lembra mandando mensagem. Fico pensando se algo deu certo, coisas desse tipo”. Alice confessou que tende a sofrer mais por alguns pacientes, principalmente aqueles que são jovens. Lamenta que, apesar de orientá-los, nem sempre o desfecho do tratamento sai como o esperado, e se ressentir porque não precisava ser daquela forma.

“Apesar de toda a correria, às vezes você precisa - bem entre aspas – ‘perder tempo’ com a família”, afirmou Alice, fazendo movimentos com as mãos para reforçar as aspas. Em seguida, contou-me a respeito de uma situação em que ficou 2h com a família de um paciente em estado terminal. “Era um caso complicado, tivemos que paliar, a família estava super-resistente. Então fiquei ali com eles e contente porque deu certo no final”. Após permanecer esse tempo com os familiares, Alice retornou às atividades em equipe e questionou os colegas sobre os procedimentos, decepcionando-se com a resposta que ouvira do chefe: “Se você não tivesse perdido duas horas lá com a família, você saberia”. Apesar da decepção sentida diante desta fala, Alice ressalta que foi a única vez em que esse tipo de situação ocorreu. Ela não se arrepende de ter permanecido com aquela família durante o tempo que foi necessário e assegura que continua agindo desta maneira. “Para mim isso é questão de prioridade. Não vou deixar de fazer algo que é importante para mim. Por mais que veja pessoas agindo de outra maneira”.

Alice disse ter consciência de que sua visão sobre a Medicina é romantizada. Ela me contou que a decisão pela profissão aconteceu quando presenciou um senhor pedindo ao seu pai, que também é médico, que cuidasse dele. “O senhor cuidou tão bem da minha esposa, cuida de mim também”, disse Alice, reproduzindo a fala daquele homem. “Achei aquilo tão lindo e soube que era aquilo que queria para mim”.

Alice afirmou que a psicoterapia lhe ajuda muito em todo esse processo de lidar com as angústias decorrentes da prática médica. Ela reconhece que o movimento de querer fazer muito pelos outros é uma característica de sua personalidade, e que para ela é difícil separar empatia e compaixão, o que muitas vezes faz com que ela leve sofrimento para casa. Estar em um processo psicoterápico faz parte de seu autocuidado, mas também do cuidado com seus pacientes. “A gente precisa se cuidar e estar bem com a gente pra poder cuidar do outro”, reflete.

Ao finalizarmos o encontro, perguntei à Alice como ela estava se sentindo de compartilhar sua experiência comigo, e ela reafirmou que este é um assunto com o qual costuma se ocupar e refletir com frequência, e citou novamente a psicoterapia, dizendo que no dia anterior ao nosso encontro estava refletindo com sua terapeuta justamente sobre seu crescimento como médica e como pessoa. Alice encerrou sua fala expressando contentamento com o lugar em que está e com a forma como age. “Eu estou contente com a forma que sou hoje”, finalizou.

Alice consegue discernir com muita clareza o tipo de atitude que repudia em um médico, e o que valoriza. Isto não significa que ela não tenha, de tempos em tempos, atitudes as quais desaprova. Culpa-se, angustia-se quando se dá conta de que agiu de uma maneira distinta ao que valoriza. Ela tem consciência sobre como deseja agir, a médica que deseja ser. Senti que foi autêntica.

Narrativa Síntese

Conversar com médicos residentes para desenvolver esta pesquisa de Doutorado no início do ano de 2022, período pós-pandêmico, foi algo desafiador. Fui ao encontro dos participantes para saber o que tinham a me dizer sobre como vivenciam a relação com seus pacientes. Surpreendentemente, quase nada foi mencionado sobre a pandemia e seus desdobramentos. As poucas referências à Covid-19 pareciam tratar de uma situação vivida num passado distante e não há apenas um ou dois anos.

Dos 20 residentes matriculados no programa de Residência em Clínica Médica naquele ano, sete atenderam ao convite para participar da pesquisa, porque de algum modo o tema da relação médico-paciente lhes desperta interesse. Uma R1, cinco R2 e um R3 dedicaram parte de seu tempo para colaborar com a pesquisa e o fizeram de forma generosa. Ao me procurarem para manifestar seu interesse e disponibilidade, perguntavam sobre a duração do encontro e expressavam certa preocupação ao me ouvirem dizer que poderia variar entre 40 minutos e 1h. No entanto, assim que iniciávamos os encontros, eles estavam inteiramente presentes; preocuparam-se em explicar aspectos de seu cotidiano e do universo médico com clareza, de modo que eu realmente pudesse compreendê-los.

Os participantes utilizaram o encontro dialógico para investigar, analisar e compreender sua capacidade de estar com os pacientes, reconhecendo suas habilidades, dificuldades e limitações. Ao longo do encontro, expressaram satisfação em relação ao perfil de médico que estão se tornando, mas também reconheceram comportamentos e atitudes das quais não se orgulham e que parecem afastá-los de quem realmente são.

Eles costumam refletir sobre seus próprios comportamentos e atitudes a fim de identificar o que poderiam fazer diferente em ocasiões futuras. Em alguns casos, essa análise leva à ruminação e provoca sentimento de culpa por não terem agido da forma como gostariam ou consideram adequada. No entanto, transformam essas experiências em aprendizado e

motivação para agir de forma diferente no futuro. Em algumas situações, reconhecem o erro a tempo de reparar a situação e adotam uma atitude pouco usual para um médico: pedir desculpas ao paciente. Por vezes, essa iniciativa também gera um pedido de desculpas por parte do paciente, de modo que os obstáculos entre eles são removidos.

Durante o encontro dialógico, os médicos residentes refletiram sobre o modo como expressam empatia por seus pacientes. Ainda lhes parece algo misterioso e, até certo ponto, difícil de compreender. Perguntaram-se de onde vem a capacidade de escutar com sensibilidade, de enxergar para além do que outros colegas conseguem ver, além de questionar o que estão fazendo com essa capacidade humana em favor do paciente e da profissão que escolheram. Reconhecem que o desejo genuíno de ajudar o outro, rumações sobre culpa e pensamentos recorrentes são aspectos de sua própria personalidade que interferem em suas atitudes e no modo como se relacionam com os pacientes.

A rotina de trabalho e a experiência do contato com os pacientes ficam impregnadas neles, aspectos que foram mencionando de diversas formas e ilustrados por expressões como “não conseguir desligar”, “levar trabalho para casa” ou “a gente sai daqui, mas isso aqui não sai da gente”. Este envolvimento pessoal significativo tem início ainda na Graduação, intensifica-se no Internato, mas no período da Residência ganha contornos ainda mais evidentes, talvez em função da noção de que agora são responsáveis pelos pacientes. Citam a angústia de se envolverem emocionalmente com eles e o desafio que enfrentam no sentido de conseguirem manter uma certa distância para não adoecer. Por mais que procurem separar o trabalho da vida pessoal, são atravessados por preocupações, não conseguem permanecer indiferentes.

A imagem do médico ideal é perseguida sem sucesso pelos participantes. Ao se depararem com seus próprios sentimentos de hostilidade ou de indiferença em relação aos pacientes e seus familiares em determinados momentos, sentem-se frustrados e culpam-se por

estarem na direção oposta à desejada: o médico benevolente, que tem paciência para ouvir as queixas, permanecendo tranquilo e emocionalmente estável a despeito das circunstâncias. Ao notarem a própria falta de disponibilidade emocional para estar com o outro, sentem-se frustrados e constrangidos: “é horrível, não quero ser essa pessoa”, explicitam.

A quebra da idealização e a percepção de que estão perdendo pouco a pouco a empatia gera sofrimento nos médicos residentes, pois temem se tornarem frios ou indiferentes às necessidades e sentimentos dos pacientes. Além da culpa sentida pela própria falta de sensibilidade, também se sentem indignados diante do cinismo de outros colegas com os quais tiveram contato em outros contextos e que pareciam colocar os próprios interesses acima do paciente.

Nessa busca pelo médico que desejam ser, o contato com colegas mais experientes os auxilia a aprimorar atitudes que valorizam e a se afastarem daquelas que consideram incompatíveis com a profissão. Por isso, sentem o peso da responsabilidade ao se tornarem R2, pois sabem que nesta condição são eles os modelos para os recém-chegados à Residência, os R1. Sentem-se inspirados, nutrem profunda admiração por colegas e professores que tratam o paciente com sensibilidade e respeito.

A empatia é valorizada por eles como elemento que facilita o diagnóstico e a adesão ao tratamento, pois permite a colaboração do paciente, mas não se limita a isto. Os participantes percebem o paciente como pessoa e sentem-se atraídos pela Clínica Médica, exatamente pela oportunidade de terem um maior contato pessoal com os pacientes, para além dos sintomas e do diagnóstico. Valorizam a construção de vínculo que ocorre principalmente nos contextos da Enfermaria e do Ambulatório, que se caracterizam por atendimentos ou visitas frequentes durante o tempo de permanência do paciente em tratamento ou internação hospitalar.

O Pronto Socorro, por sua vez, é percebido como um contexto que não favorece a relação interpessoal e a criação de vínculos. Nesse contexto, cujas situações são marcadas pelo inesperado e pela imprevisibilidade, sobrepõe-se a urgência de um atendimento preciso e correto para manter a vida de um paciente grave ou o alívio de uma dor aguda. As tarefas burocráticas que devem cumprir num plantão de Pronto Socorro, a angústia das pessoas que buscam por atendimento médico de urgência, assim como de seus familiares, dificultam o encontro com o outro e as relações se configuram de forma mais impessoal e técnica.

Os participantes relatam valorizar e diversificar as formas de comunicação de acordo com o que percebem a respeito dos diferentes pacientes. Procuram aproximar-se da linguagem destes, tentam ouvi-los antes de falarem e utilizam recursos gráficos como desenhos ou escrita ao terem que explicar sobre a doença e o tratamento. Entendem que é responsabilidade do profissional avaliar a compreensão do paciente sobre seu estado de saúde e se certificar de que ele compreendeu corretamente a prescrição realizada.

Na comunicação com o paciente e familiares, valorizam a transparência no que se refere às informações transmitidas, ao passo que compreendem a importância de serem cautelosos e sensíveis para transmitir apenas as informações que o paciente realmente deseja saber. Entendem que uma comunicação inadequada pode agravar o sofrimento e a desesperança do paciente, enquanto uma comunicação mais cuidadosa e atenta às suas necessidades pode contribuir para mantê-lo esperançoso.

Desenvolvem, com a experiência, a capacidade de observar e intuir o estado emocional do paciente; são capazes de captar insatisfação, agressividade, desânimo, irritabilidade e impaciência, entre outros, manifestados por meio de gestos e atitudes. Atentam-se às diferentes manifestações por parte do paciente e procuram não reagir às atitudes hostis; ao contrário, buscam lembrar que ele está em uma situação desfavorável devido ao adoecimento e procuram acalmá-lo, mas tentam ser assertivos e sinceros.

Por outro lado, também referem dificuldade de aceitar e lidar com a falta de disponibilidade do paciente para a relação e para o tratamento. Em alguns casos, esses pacientes foram nomeados como “difíceis” pelos participantes. É mais desafiador sentir empatia por esses pacientes que se apresentam de forma hostil, que contestam ou se recusam a seguir a prescrição médica. Apesar dessas dificuldades, os residentes são ensinados pelos chefes a persistir com esses pacientes, já que muitas vezes são os que mais precisam de esforço e atenção por parte do profissional.

Diante dos pacientes considerados difíceis, as reações dos participantes envolvem raiva, resignação (“deixar pra lá”) ou o exercício empático de se questionar algo como “e se fosse minha mãe sentindo dor, chegando irritada ao médico? Como eu gostaria que ela fosse tratada, ainda que não estivesse se comportando de maneira adequada?”. Percebem que a disposição para a reflexão, no entanto, não se apresenta de forma constante e estável. Ao contrário, percebem-se mais ou menos disponíveis emocionalmente para se relacionar com os pacientes e familiares de acordo com o nível de cansaço e sobrecarga que estão sentindo.

Os residentes temem ser tomados pelo cansaço da intensa rotina da Residência e perder a sensibilidade, ao passo que não aceitam que a sobrecarga justifique uma postura insensível em relação aos pacientes e aos demais colegas da equipe. Nesse sentido, reconhecem a importância de estarem atentos às próprias necessidades pessoais, de cuidarem de si mesmos; muitos referiram-se ao fato de estarem em processo psicoterapêutico.

O relacionamento com os familiares dos pacientes foi apontado explicitamente pelos participantes como mais desafiador em comparação ao relacionamento com os próprios pacientes. Isso ocorre, talvez, porque foram preparados, ao longo de sua formação, para lidar diretamente com o paciente; por sua vez, o contato com os familiares é pontual e esporádico, e parece ser visto como não prioritário, dentre tantas outras responsabilidades que precisam exercer, quase uma “perda de tempo”. Apesar disso, os participantes reconhecem, a partir

da própria experiência, a importância de dedicar parte de seu tempo àqueles que acompanham seus entes queridos nas internações hospitalares e anseiam por sua melhora.

Por outro lado, mencionam sentimentos de culpa e de fracasso diante da impossibilidade circunstancial de darem atenção aos familiares dos pacientes, pois compreendem a angústia daqueles que aguardam por notícias de um ente querido e esperam ansiosamente por um contato com o médico. Sabem que isso faz parte do cotidiano do profissional, mas para os familiares se trata de uma situação única e extraordinária e que, a depender do tipo de notícia, ficará marcada na memória destas pessoas.

A comunicação de más notícias, tanto aos familiares quanto aos próprios pacientes, também foi citada por eles como uma tarefa desafiadora e inerente à profissão. Apesar de saberem os limites da Medicina e da Ciência, sentem-se impotentes ao se depararem com questões relacionadas à finitude, principalmente quando se trata de pacientes jovens.

O vínculo criado com o paciente ao longo do período de internação e a compreensão da experiência de sofrimento vivido por ele auxiliam os médicos residentes a lidarem com decisões difíceis relacionadas à terminalidade e facilitam o processo de elaboração do luto. O cuidado e a proximidade com os pacientes acabam por torná-los defensores destes nas situações em que é necessário dialogar com os próprios chefes ou com a família, para que esta possa deliberar sobre os cuidados paliativos. Isto é, em situações dilemáticas, adotam como referência a vontade do paciente e a evolução do quadro clínico, e não seu próprio desejo de que o paciente sobreviva a qualquer custo.

Estar com o paciente de maneira disponível gera um efeito colateral, um ônus, como mencionou o participante Miguel. Para compreender o paciente, embora não estejam vivenciando a dor ou o problema dele, precisam acessar em si a vivência de dor, da perda de autonomia ou temor da morte. E isto os impacta.

Ao mesmo tempo que gostariam de se dessensibilizar para preservar a saúde mental, temem o risco da naturalização de atitudes e procedimentos que acabariam por torná-los desumanos. A familiaridade com determinadas situações retira pouco a pouco o desconforto e o estranhamento típicos diante de situações difíceis vividas pelos pacientes, tais como dor, sofrimento, perda de autonomia sobre o próprio corpo, etc.

Vivências na condição de paciente ou familiar permitem atualizar e ressignificar a atitude que adotam como médicos. Situações vividas na esfera pessoal ao longo de suas vidas os aproxima da experiência vivida pelos pacientes e familiares. Os participantes acessam suas próprias vivências da infância, no contexto familiar ou mesmo na condição de paciente, para se aproximarem da experiência de seus pacientes. “E se fosse um familiar meu? E se fosse comigo?”, questionam-se para orientar suas atitudes em relação ao paciente.

Sentem-se gratificados ao exercer a Medicina, pois necessitam agir em prol do bem-estar físico e psicológico do paciente e proporcionar algum tipo de alívio de seu sofrimento, ainda que isso não signifique a cura. Para eles, saber que sua conduta proporcionou algum nível de bem-estar àqueles que estão vulneráveis é algo que gera a sensação de dever cumprido e dá sentido à profissão que exercem.

Ainda que se reconheçam como profissionais sensíveis e empáticos, os médicos residentes não se dão por satisfeitos; desejam se aprimorar cada vez mais no sentido de prestar um cuidado humanizado e procuram aperfeiçoar a habilidade empática por meio de um processo de observação, reflexão, autoanálise, e atualização profissional. Eles compreendem que tal processo não pode ser reduzido a uma técnica. O que guia a atitude do médico empático não é o protocolo ou uma sequência rígida de explicações objetivas, mas a capacidade de ler o paciente, intuir o que ele está sentindo e, a partir dessa percepção, responder a ele.

Nesse processo, os participantes expressaram a necessidade de refletir e trocar experiências que extrapolem o campo da técnica, que os estimulem a se sentirem seres humanos. Sentem falta de um espaço destinado às questões psicológicas. Nesse sentido, os encontros dialógicos com a pesquisadora ocuparam esta função, proporcionando uma oportunidade para atualizarem suas vivências pessoais da experiência, tal como Estela disse: “Parece que de tempos em tempos preciso sair desse automatismo e parar para pensar. Acho que é isso que me faz não mergulhar nessa insensibilidade. Tive a experiência da internação, agora estou aqui falando com você sobre isso e é algo que está me ajudando a refletir. Várias coisas que te falei aqui, que me vieram [à mente], me fizeram pensar no modo como estou agindo. Acho que preciso, de tempos em tempos, ter espaços desse tipo, que me tirem do automatismo”.

Os participantes compreendem que a qualidade da relação interpessoal não é algo estático, mas algo que depende de sua própria disposição e abertura ao mundo, além da disposição do paciente e do contexto em que estão inseridos.

Se tens um coração de ferro, bom proveito.

O meu, fizeram-no de carne, e sangra todo dia.

José Saramago

Capítulo 5 – Discussão dos elementos estruturais

Embora constitua a base fundamental para o estabelecimento das relações intersubjetivas, a empatia é um fenômeno frequentemente negligenciado e, quando examinado, é tratado de maneira reificada, desconsiderando sua natureza vivencial e relacional. Nesse sentido, a fenomenologia como um método que se propõe uma volta às coisas mesmas mostra-se um caminho necessário para chegarmos aos elementos essenciais da empatia no contexto da relação médico-paciente.

Por meio de um movimento de aproximação sucessiva da pesquisadora com o vivido nos encontros com os participantes, acompanhado de um processo reflexivo de interlocução com os membros do grupo de pesquisa, foi possível desvelar os significados das vivências dos participantes no que se refere à interação com os pacientes, com especial atenção à atitude de empatia.

A vivência dos médicos residentes da área de clínica médica, atualizada na relação intersubjetiva estabelecida nos encontros dialógicos da pesquisadora com os participantes, nos permitiu intuir os elementos que estruturam esse modo de se relacionar com o paciente. Dessa forma, tais elementos serão apresentados a seguir, acompanhados de uma análise e diálogo com autores da psicologia, fenomenologia e, eventualmente, da medicina a fim de elucidar o fenômeno investigado.

Elemento 1: O que está em jogo não é o papel profissional, mas a constituição pessoal.

Tornar-se médico é parte de um processo mais amplo de tornar-se pessoa.

A temática da pesquisa despertou interesse nos médicos residentes que já possuem o olhar voltado para a relação médico-paciente e suas atitudes nesse tipo de interação. Nos encontros dialógicos, os participantes expressaram que a reflexão sobre o assunto é algo recorrente em suas vidas, talvez de maneira mais intensa do que eles próprios gostariam. Eles costumam pensar sobre o modo como estão agindo e o que vivenciam no cotidiano da residência

médica, analisam os próprios comportamentos e atitudes e compartilham algumas de suas dificuldades com familiares que também são médicos, em busca de apoio.

Isto nos remete a uma questão fundamental da fenomenologia husserliana: os vividos intencionais. Não percebemos o mundo de forma passiva, ao contrário, nossa apreensão do mundo se dá por meio da consciência intencional, que se dirige sempre a um objeto. Segundo Husserl (1913/2006), “O apreender é um destacar, todo percebido se dá sobre um fundo de experiência.” (p. 87). O que é apreendido se destaca dos demais objetos que compõem o campo fenomenal, de modo que aquilo que é percebido seja colocado em evidência e a percepção do objeto tenha um “halo de intuições de fundo”. Nesse sentido, os participantes estão voltados ao modo como se colocam na relação com os pacientes e o convite para estar num encontro intersubjetivo com a pesquisadora oportunizou a evocação e a atualização dos vividos.

De forma espontânea os participantes fizeram o movimento de recordar vivências anteriores à escolha pela Medicina, numa espécie de busca por pistas sobre as origens desse interesse por pessoas, que os trouxe até a residência em clínica médica. A escolha pela Clínica Médica como especialidade se deu justamente devido à possibilidade de maior contato e vínculo com o paciente, em comparação a outras áreas da medicina.

O aspecto afetivo relacional exerce grande influência na escolha de carreira dos médicos. Ao investigar as razões para a escolha de especialidade entre clínicos e cirurgiões, Bellodi (2004a) também identificou que o tipo de contato com o paciente que a clínica médica proporciona foi a principal razão apontada para a escolha da área. Outro estudo realizado por Martins et al. (2019) com 291 estudantes de Medicina concluiu que a relação a longo prazo com o paciente é um dos critérios de escolha dos estudantes para a futura especialidade, acompanhado do conhecimento mais específico, do local de atuação profissional e do estilo de vida após a residência médica.

Os participantes acreditam que a Clínica Médica e algumas subespecialidades clínicas proporcionam melhor oportunidade de estabelecer vínculo com a pessoa do paciente em comparação com outras cuja atuação lhes parece muito mais fragmentada. Em um estudo realizado por Bellodi (2004b) sobre os estereótipos profissionais apresentados por médicos residentes em relação ao médico clínico e ao cirurgião, os residentes atribuíram aos clínicos características e atitudes como sensibilidade, proximidade e preocupação com o paciente, tranquilidade e equilíbrio emocional, inteligência e indecisão. Em contrapartida, os cirurgiões foram considerados práticos, rápidos e objetivos, além de serem vistos como arrogantes, ansiosos, estressados, decididos e seguros. Parece haver, portanto, uma combinação de atributos pessoais e um padrão de características das áreas que faz com que aqueles médicos que já nutriam um interesse por relações mais profundas optem por uma carreira que lhes proporcione isto.

Embora apreciem estar com pessoas e busquem intencionalmente trilhar caminhos que possibilitem construir e estreitar vínculos com os pacientes, durante a formação os participantes vivenciaram uma quebra de idealizações sobre como se dá a relação com o paciente. Eles se depararam com dificuldades que emergem a partir desses encontros, os quais muitas vezes configuram verdadeiros desencontros e geram sentimento de culpa e frustração. As dificuldades percebidas dizem respeito a diferentes aspectos que são indissociáveis no emaranhado da experiência subjetiva, mas que podem ser entendidas como relativas ao contexto, ao paciente ou seus familiares e à subjetividade do médico.

Ao longo de sua história e, principalmente da formação profissional, os médicos residentes construíram ideias e significados sobre ser médico as quais não encontram correspondência no mundo vivido. Algumas concepções estão enraizadas na cultura e constituem estereótipos e expectativas sociais mais amplas sobre a medicina e o papel do

médico, além daqueles mais específicos compartilhados entre os próprios profissionais, como citado acima.

Sassi et al. (2020) investigaram o ideal de profissão em estudantes de medicina com o objetivo de compreender o que eles consideram um bom médico. Os resultados apontaram 3 categorias: humano, tecnicamente competente e profissional. A maioria dos estudantes associou o termo empatia à imagem do bom médico, contudo, os pesquisadores observaram que a noção de empatia apresentada por eles era simplista, como um conceito decorado. Em um estudo realizado por Feitosa et al. (2022), verificou-se que médicos residentes atribuem a boa relação com o paciente como parte do profissionalismo, que de modo geral é entendido como um conjunto de características que envolvem desde conhecimento técnico-científicos, capacidade de raciocínio clínico e valores que levam ao exercício ético da medicina.

No mundo vivido, a interação com o paciente se mostra mais difícil e complexa do que aprenderam a partir de teorias, cursos ou ensinamentos transmitidos pelos professores. Podemos citar, por exemplo, noções genéricas como a necessidade de separar razão e emoção; importar-se com o paciente, mas não se envolver demasiadamente sob o risco de prejudicarem os objetivos de seu trabalho e adoecerem etc. Descobrem de maneira experiencial, na relação com o paciente e nas situações cotidianas, que os sentimentos não obedecem às normas profissionais.

Quando se percebem impacientes ou adotando comportamentos hostis em relação ao paciente e seus familiares, sentem estranhamento e culpa, como se estivessem fracassando não apenas como médicos, mas como pessoas. Não se reconhecem nesses comportamentos e ruminam, pensando demasiadamente sobre a forma que deveriam agir. Sentem-se distantes do profissional que idealizaram ser. Percebem que suas expectativas em relação ao modo como exerceriam a medicina não foram confirmadas quando entraram em contato com os pacientes, pois embora tenham construído um autoconceito de uma pessoa gentil, paciente, sensível e

emocionalmente equilibrada, se deparam com sentimentos e comportamentos incongruentes com a percepção que têm de si ou com aquilo que aprenderam sobre o que é ser um bom médico.

Os professores foram mencionados pelos médicos residentes como figuras importantes e inspiradoras na construção do perfil de médico que desejam para si, constituindo-se, portanto, como pessoas-critério. Na teoria da Terapia Centrada no Cliente, a necessidade de ser aceito pelas pessoa-critério pode levar o indivíduo a preferir ser direcionado por elas ao invés de seguir o direcionamento de sua tendência atualizante (Rogers & Kinget, 1977). Esta tendência é uma força que move o organismo em direção ao crescimento, amadurecimento e integração (Rogers, 1980).

Segundo a teoria de personalidade da referida abordagem, a incongruência caracteriza um estado de desintegração psicológica (Rogers & Kinget, 1977). Ocorre quando a experiência subjetiva está em desacordo ao eu, dificultando o processo de simbolização e expressão desta. Nesse sentido, o perfil do médico ideal introjetado pelos participantes a partir do contexto contemporâneo, bem como de suas experiências pessoais e teorizações sobre o que é ser um bom médico, e a necessidade de serem reconhecidos pelas pessoas critério dificultam a integração de sentimentos contrários a este ideal, que podem ter sua simbolização distorcida ou negada à consciência (Rogers & Kinget, 1977).

A percepção de que estão agindo de modo contrário àquele que gostariam e valorizam provoca um estado de tensão no organismo (Rogers, 1992). O dar-se conta da própria incongruência gera insatisfação nos residentes e, para lidar com essa ameaça, utilizam como recurso o distanciamento afetivo e classificações de ordem objetiva. Isto os leva, por exemplo, a categorizar os pacientes como fáceis e difíceis, como se a qualidade da relação dependesse apenas de atributos individuais dos pacientes e não de um encontro entre médico e paciente.

Por outro lado, num clima desprovido de ameaça psicológica, permeado por uma atmosfera de compreensão, autenticidade e consideração positiva incondicional, é possível acessar a experiência subjetiva com maior liberdade, podendo integrá-la ao self e expressar-se de forma autêntica (Rogers & Kinget, 1977). Nessas ocasiões, há maior implicação pessoal no relacionamento que é constituído por ambos, médico e paciente. Isto pode ser percebido, por exemplo, no encontro com Ísis que a princípio negou sentir raiva diante de situações em que o paciente se apresenta de maneira hostil e, ao final, expressou este e outros sentimentos com maior abertura.

O convite para colaborar com a pesquisa e encontrar-se com a pesquisadora configurou-se, portanto, como uma oportunidade de não apenas falar abertamente sobre algo que desperta o interesse dos médicos residentes, mas de evocar o sentido da experiência e atualizar o vivido a partir de um encontro intersubjetivo, possibilitando uma melhor compreensão sobre si mesmos. A ampliação da autoconhecimento, por sua vez, proporciona maior autonomia à pessoa.

“Perceber um novo aspecto de si mesmo é o primeiro passo para a mudança do autoconceito. Numa atmosfera compreensiva, o aspecto recém-descoberto é aceito e assimilado a um novo conceito” (Rogers, 1977a, p. 83). O clima de compreensão propiciado no ambiente educacional também favorece a aprendizagem, segundo o autor. Dispor de um espaço em que os mais diversos sentimentos despertados na relação dos médicos com os pacientes e familiares possam ser expressos e compreendidos, favorece a aprendizagem e possibilita o amadurecimento pessoal.

Rogers (1977b) chamava atenção para a necessidade urgente de integração de aspectos cognitivos e afetivos na aprendizagem. A separação da aprendizagem em aspectos racionais ou intelectuais e vivenciais é comum no sistema educacional, mas prejudicial à formação integral da pessoa. Neste sentido, a formação deveria oportunizar a livre expressão de sentimentos de

modo que os estudantes possam integrá-los ao conhecimento intelectual e fazer escolhas mais congruentes em relação ao modo como desejam direcionar seu comportamento, pois

Quando uma pessoa é compreendida de maneira perceptiva, ela entra em contato mais próximo com uma variedade maior de suas vivências. Este fato lhe propicia um referencial mais amplo ao qual recorrer para compreender a si mesma e nortear seu comportamento (Rogers, 1977a, p.83).

Embora os condicionantes presentes no contexto médico imponham determinados valores, os médicos residentes conseguem preservar valores pessoais que lhes são caros, e agir em conformidade a eles, ainda que isto signifique contrariar o *status quo*. Essa tomada de posição pessoal está relacionada ao núcleo pessoal (Ales Bello, 2015). Uma atitude incomum relatada pelos participantes e que decorre da atitude empática é assumir erros e pedir desculpas quando percebem que agiram de maneira insensível ou hostil. Essa atitude é pouco usual para um médico, pois o destitui do lugar de poder. Dahan, Ducard e Caeymaex (2017) afirmam que o ato é difícil para os médicos e há diversas nuances e contextos que o tornam mais ou menos favorável de acontecer, mas quando o pedido de desculpas ocorre, tem o potencial de restaurar e horizontalizar a relação. Pedir desculpas ao paciente quando percebem que erraram, ou ficar o tempo que julgam necessário com a família são atitudes adotadas pelos participantes que contrariam as recomendações fornecidas por colegas e superiores. Nesse sentido, afastam-se do ideal de médico que estabeleceram e reafirmam seu modo de ser.

Os participantes têm consciência de que o caminho de se tornar o médico que desejam ser não está dado, ao contrário, é necessário fazê-lo, como nos lembra Mahfoud (2017). Eles expressaram a frustração e o choque sentido quando descobriram, ainda na graduação, que teriam eles mesmos de construir tal caminho e que um bom médico não nasce a priori, antes do contato real com os pacientes; não há teoria que os prepare para isto. “Como é difícil”; “desafiador”; “cada pessoa é diferente”; “não tem protocolo”; “não é somente o que dizer, mas

como dizer” etc são falas que expressam a percepção de que não há um manual prévio ou um “estar pronto” para se relacionar com o paciente.

“Quem sou eu?” emerge como uma questão fundamental. Por trás da autoanálise e dos pensamentos repetitivos sobre o modo como agiram no dia a dia, subjaz a questão: “que médico estou me tornando?” e, mais ainda, “que ser humano estou sendo?”. As conclusões a que chegam são ora sentidas como positivas, ora negativas, mas só são possíveis porque sua consciência está voltada ao modo como se relacionam. Portanto, ao aprofundarmos a compreensão da vivência dos médicos residentes sobre a relação médico-paciente, chegamos à questão do mistério da própria existência e do vir a ser (Mahfoud, 2017).

Segundo Mahfoud (2017), percebemos a nós mesmos a partir de juízos que são feitos a partir de nosso contato com o mundo, juízos estes que nos permitem reconhecer quem somos a partir de nossa própria experiência, nos apropriarmos do mundo e acolher a certeza desse saber. Dessa maneira, à medida em que os médicos residentes se lançam à relação com o outro, pacientes e familiares, são impactados por esse contato; a partir da própria experiência, podem refletir sobre o modo como estão se relacionando, isto é, que atitudes têm adotado em seu exercício profissional. Essa reflexão que é mobilizada pela questão de fundo (Quem sou eu?), da qual não escapamos, possibilita a autenticidade.

As tomadas de posição pessoal são orientadas por aquilo que a pessoa reconhece como correspondente às suas exigências pessoais Mahfoud (2017). O autor salienta que não se trata de uma escolha, mas sim de um reconhecimento e, dessa forma, constitui um acontecimento da subjetividade. O acontecimento, portanto, é aquilo que toca profundamente a pessoa por meio do reconhecimento de algo que corresponde às suas exigências pessoais e pode despertá-la para viver isto (Fadda, 2020; Mahfoud, 2017).

Elemento 2: A capacidade de compreender o outro está intimamente relacionada a um voltar-se para si

Os participantes expressaram que a atitude empática facilita o diagnóstico, mas para além disso, demonstram se importar genuinamente com o bem-estar do paciente. Para os participantes, o nível de entendimento sobre o que se passa e a tranquilidade do paciente são elementos fundamentais para o engajamento no tratamento e a manutenção da esperança.

Compreendem a importância da comunicação adequada e que atende às necessidades do paciente. Os participantes têm ciência de que a qualidade do que é comunicado pode contribuir ou minar a esperança do paciente. Rud (2003) distingue a empatia como um processo de cura da empatia como mero instrumento diagnóstico. Perestrello (1996), por sua vez, menciona que

“Todo ato médico é, conseqüentemente, um ato vivo, por mais que se lhe queira emprestar caráter exclusivamente técnico. Não existe ato puramente diagnóstico. Todas as atitudes do médico repercutem sobre a pessoa doente e terão significado terapêutico ou antiterapêutico segundo as vivências que despertarão no paciente e nele, médico, também.” (p. 120).

O Código de Ética Médica (CFM, 2019) é explícito quanto à proibição de que informações sobre diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento sejam omitidas do paciente, no entanto, o profissional pode fazer uso do “privilégio terapêutico” ou “direito de não saber”, caso considere que a notícia possa provocar um dano ou agravar a condição do paciente. Alguns pacientes se encontram em condições de deliberar sobre isso e expressam explicitamente aos médicos o que desejam ou não saber acerca de sua condição. Contudo, nem sempre esse desejo é explicitado pelo paciente, o que exige que o profissional avalie a adequação das informações a serem transmitidas. Nesse sentido, os médicos precisam ser capazes de apreender o estado emocional do paciente e sua perspectiva em relação ao

adoecimento para fornecer-lhes as informações necessárias e de forma adequada. Miguel menciona que é preciso saber não apenas o que, mas como falar. Clarissa cita que “a cabeça é responsável por 80%”, fazendo referência à importância de preservar o otimismo do paciente.

Os participantes apreendem o estado emocional do paciente de forma imediata ao estar na presença dele. A compreensão empática se expressa por meios verbais ou não verbais. A compreensão não-verbal é imediata e se dá por meio da apreensão de um conjunto de sinais físicos, as vezes sutis – expressões do rosto, da voz, dos gestos, da postura corporal. Essas expressões revelam melhor do que as palavras e às vezes as contradizem (Rogers & Kinget, 1977). É importante frisar que tal apreensão do estado emocional do paciente não ocorre a partir de uma análise objetiva ou fragmentada, mas como uma apreensão. Os participantes não souberam explicar como esse processo ocorre, apenas sabem que um paciente está desanimado ou apreensivo, por exemplo, “é imediato, percebo pelo jeito da pessoa cumprimentar”; ou captam uma mudança sutil, mas importante, que ocorre a partir da interação com o médico: “quando a pessoa entende, vejo que algo se ilumina”. Este saber refere-se ao *Wissen*, isto é, ao “saber em ato” (p.34), que caracteriza o ato empático e difere do *Wissenschaft*, que se refere a um saber raciocinativo (Savian Filho, 2014)

A partir dessa apreensão, conseguem direcionar suas atitudes e comportamentos em favor do paciente, isto é, ao perceberem hostilidade, procuram demonstrar tranquilidade, ao perceberem que o paciente está preocupado, procuram dar-lhe informações ou até mesmo fazer prescrições que ajudem a tranquilizá-lo. Dossar a atitude na própria relação demonstra a capacidade empática dos médicos residentes que não se apoiam em técnicas descontextualizadas ou estabelecidas *a priori*. Isso explicita o caráter imediato e relacional da vivência empática, que não pode ser planejado ou treinado de antemão.

Edith Stein (1970) buscou desfazer algumas confusões e distorções relacionadas ao entendimento da empatia. Em primeiro lugar, distingue a empatia da percepção externa, que não nos dá o sentido da experiência vivida internamente. Na empatia, tenho acesso à experiência interna do outro, enquanto na percepção externa, tenho acesso apenas aos traços físicos que acompanham essa experiência. Stein ilustra a vivência empática a partir do exemplo de um amigo que relata a perda de seu irmão. Nesse sentido, temos: (1) a experiência alheia (dor) de alguém que a vive internamente; (2) uma percepção externa dos traços que acompanham essa experiência de dor e (3) a experiência da experiência interna alheia, que caracteriza a vivência empática.

Uma atitude não se efetiva quando é explicitamente declarada, mas sim quando é incorporada em suas respostas ao outro. Rogers e Kinget (1977) mencionam que a empatia não pode ser falseada, nem depende de nossa vontade; como atitude, está intimamente ligada à personalidade. Os participantes reconhecem aspectos de sua própria personalidade que os leva a agir de maneira a considerar o paciente.

Segundo Fernandez e Zahavi (2021), devido ao ofício médico e à necessidade de se concentrar nos elementos físicos e não na vivência corporal do paciente, o médico se afasta cada vez mais da relação empática. Para os autores, no entanto, existe um outro aspecto que dificulta o exercício da capacidade empática no médico, que é a compreensão da experiência do paciente quando os sinais são ambíguos e exigem a utilização de técnicas que costumam ser caracterizadas como empatia cognitiva.

Fernandez e Zahavi (2021) prosseguem afirmando que existem diferentes maneiras de chegar a uma compreensão mais acurada: teorização, tomada de perspectiva imaginativa e abertura. A teorização consiste numa compreensão de que a experiência gerou um sofrimento psicológico, que pode ser a causa da dor de um paciente. Isso leva o médico a concluir que “é coisa da cabeça dele” e tranquilizar o paciente; a tomada de perspectiva imaginativa, que foi

bastante mencionada pelos participantes, utiliza a própria experiência prévia como guia; já a abertura não lança mão de teorias psicológicas ou experiências passadas, consiste numa postura de humildade. Diante da inconsistência ou incongruência percebida, o profissional convida o paciente a se expressar de maneira mais clara e precisa, para que o médico consiga compreender a experiência também de forma mais precisa.

Fernandez e Zahavi (2021) afirmam que sua posição não significa que os dois primeiros tipos sejam inúteis ao contexto clínico. Ambos ajudam a compreender o paciente de alguma forma, mas às vezes encobrem a experiência do outro ao invés de trazê-la à tona. Correm o risco de obscurecer ou impedir a compreensão fornecida pela empatia básica. A sugestão dos autores é que os programas de treinamento partam do princípio da empatia básica como elemento primordial para a compreensão do outro. Isto significa que tais programas não devem focar em ensinar habilidades empáticas, mas ao contrário, possibilitar que os estudantes desaprendam algumas habilidades que podem obstruir a empatia básica. Além disso, sugerem técnicas que facilitem a empatia básica, como solicitar que o paciente faça uma narrativa sobre o que está se passando com ele, por exemplo.

Nortvedt (2017) defende que a empatia exerce um papel moral no contexto médico. Para o autor, a atitude empática é crucial para o médico agir da maneira adequada e se comportar com cada paciente de acordo com a necessidade. Isto porque a empatia nos torna conscientes de como agir de modo a considerar a vulnerabilidade específica do paciente, o que ele necessita. Por sua vez, a preocupação distanciada ou desapegada, que consiste no distanciamento emocional do médico, pode cegar a visão do médico para as necessidades do paciente.

Por vezes o distanciamento afetivo impede os médicos residentes de enxergarem o paciente como pessoa, de modo que a interação se estabelece de forma mais técnica e impessoal. Ao refletirem sobre isto, sentem-se insatisfeitos e buscam recursos que os auxiliem a modificar o olhar para o paciente. Questionar-se sobre como gostariam que eles próprios ou seus familiares

fossem tratados ou refletir que alguém que eles amam também pode agir de maneira ríspida quando está doente ou sentido dores intensas, são formas que encontram de humanizar a relação. Percebemos aí novamente a característica do ato empático que se dá por assemelhamento (Fadda & Cury, 2021).

Vivências pessoais na condição de paciente ou de familiar de algum doente também servem como norte para os médicos refletirem sobre os impactos da experiência de adoecimento que envolve medo, desamparo, perda de autonomia, entre outros.

Como mencionado anteriormente, nosso contato com o mundo se dá por meio dos sentidos. Somos capazes de distinguir, dentre os objetos percebidos, os seres vivos, pois são semelhantes a nós. Conforme Ales Bello (2014), essa semelhança é descoberta por meio das sensações despertadas no contato com esses seres e “a ‘associação analógica’ desempenha um papel importante nesse processo de constituição/reconhecimento da alteridade” (p. 21).

A operação por semelhança é uma das operações que ocorrem na síntese passiva, que é matéria prima da percepção (Fadda, 2020). Ao percebermos um objeto, organizamos seus diversos elementos de forma unificada a partir de uma série de operações que ocorrem na passividade da consciência ao invés de o tomarmos separadamente.

Ao reconhecer que estou diante de outro corpo vivente, reconheço que ele também é conduzido por estímulos físicos que o levam a fazer escolhas, além de também ser capaz de realizar atos voluntários, caracterizando assim o ato empático (Ales Bello, 2014). A autora destaca que a empatia não é um raciocínio analógico, mas uma apercepção por semelhança. Dessa forma, as comparações realizadas pelos médicos residentes entre suas próprias experiências pessoais ou as experiências de seus entes queridos e o que seus pacientes podem estar vivenciando, constituem um raciocínio que lhes permite maior abertura e disposição ao

outro, possibilitando assim a vivência e a compreensão empática quando estão diante do paciente.

Ver o modo como outros colegas interagem com seus pacientes também lhes serve de aprendizado. Sentem-se tocados quando presenciam uma comunicação sensível e respeitosa por parte de outros médicos e, com isso, ampliam seu horizonte de ação. Como refere Ales Bello (2014), a aprendizagem por semelhança, ao compreender o sentido de um objeto em relação a uma alteridade, encurta o caminho que teria de ser percorrido se a pessoa tivesse que aprender aquilo sozinha.

Voltar-se para as experiências pessoais que envolvem o adoecimento os auxilia a reconhecer o outro e a refletir sobre que atitudes têm adotado no contato com os pacientes. Ao se perceberem desviando de seu caminho, conseguem se reorientar a partir de reflexões desta ordem. Embora os auxilie a redirecionar o olhar e orientar suas atitudes, destacamos que esse movimento realizado pelos residentes não caracteriza a relação empática ou a vivência empática em si, uma vez que a vivência empática se dá no vivo da relação e o objeto intencional deve ser a experiência do outro e não a própria experiência, suas lembranças.

Barreira (2014) clarifica a questão ao distinguir a relação empática mútua dos atos empáticos que se dão de forma unilateral. Só pode haver relação empática quando há mutualidade na relação, quando se é possível objetivar a experiência explicitada. Isso acontece quando os participantes captam algum tipo de insatisfação nos pacientes e se colocam na relação de forma autêntica, explicitando que estão percebendo o modo como o paciente está se colocando e expressando seu desconforto com o modo como estão sendo tratados. Mencionamos, por exemplo, a vivência de Liz, que ao ouvir uma paciente se queixar, irritada, da demora em ser chamada para uma consulta, respondeu-lhe “desculpe, sou médica e não tocadora de fichas”; ou o modo como Alice procura se colocar quando percebe que o paciente

está se dirigindo a ela com a voz exaltada: “olha, eu estou conversando com você nesse tom, a gente pode continuar a conversa assim?”.

A atitude empática é inseparável de outras atitudes (Elliot et al.; 2011 Rogers, 1977). Os médicos compreendem a condição do paciente, mas não deixam de ser autênticos ao se sentirem desconfortáveis com atitudes hostis, demonstrando assertividade. Situações desse tipo provocam um movimento na relação, observado pelos residentes por meio da mudança de comportamento do paciente que geralmente se acalma e se mostra mais disponível, por exemplo. Alguns deles manifestam afeição abraçando o médico e derramam lágrimas de satisfação por terem se sentido cuidados. Essas reações, por sua vez, também tocam os médicos, que se dão conta de seu impacto no contato com os pacientes.

Atitudes empáticas dos pacientes ou familiares em relação aos médicos também se mostraram importantes. Em meio ao cansaço e à rotina acelerada dos médicos residentes, comentários pontuais dos pacientes ou familiares que demonstram empatia em relação a eles são sentidos como significativos pelos profissionais. Ter seu cansaço e esforço reconhecido pelos pacientes faz com que se sintam confirmados como pessoas, sentem-se vistos para além do papel que exercem como médicos.

Como destaca Fadda (2020), “o eu diante de um tu é estruturante para a pessoa humana que, por sua vez, faz emergir sua personalidade nas mais variadas tomadas de posição na vida, espontâneas ou não.” (p. 119). Ainda que não tenham ciência de como isto ocorre ou da profundidade que são capazes de alcançar numa relação com pacientes e familiares, a despeito de o contexto não ser favorecedor, os médicos residentes trouxeram de forma despreziosa diversos exemplos em que se colocam como presença. Miguel, ao citar o paciente octogenário, angustiado por não saber quanto tempo lhe restava de vida, mas que sentia o fim próximo; Alice ao permanecer o tempo necessário com a família de um paciente grave para acolhê-los;

pacientes que choram ao final da consulta, expressam gratidão e abraçam o médico, entre outros.

Mahfoud (2017) destaca que “(...) temos condições de estabelecer uma relação-de-ajuda quando, de algum modo, veiculamos uma resposta: não a resposta do que fazer, não a resposta a um problema apresentado, mas uma *presença*”. (p. 82-83 grifo do autor). Perestrello (1996) lembra que o motivo de um doente procurar um médico é porque precisa de ajuda; o fato de estar doente implica desamparo e os pacientes sentem-se desprotegidos e ansiosos. A afirmação de nossa própria experiência só é possível por meio de uma presença que se coloca diante de nós. É essa presença que nos mobiliza a cuidarmos de nós mesmos e dos outros (Mahfoud, 2017).

Colocar-se como presença diante do outro é arriscar-se ao imprevisível, pois

“não sei o que acontecerá quando aceito estar com a pessoa para acompanhá-la, mas é ali que minha busca e o reconhecimento do mistério se lança. Não tenho em mãos os fatores em jogo dessa proximidade (...) a resposta se dá enquanto se dá a busca.” (Mahfoud, 2017, p. 97).

Nesse sentido, um encontro real é inesperado e constitui um “acontecimento da subjetividade humana impossível de prever e que pode modificar todo o curso de uma existência” (Fadda, 2020, p. 120). Todo esse movimento só é possível porque anterior ao acesso ao outro, há um voltar-se para si. Somente acesso o outro por mim, ou seja, só acesso a terceira pessoa, acessando a primeira. Quando Miguel diz “Não tenho a dor daquela pessoa, mas consigo entender o que ela talvez esteja passando”, está mencionando o caráter não originário da empatia e sua capacidade de compreender a vivência de seus pacientes porque os reconhece como pessoas semelhantes a ele. Não somos capazes de acessar a dor do outro tal como ele a vivencia, pois a vivência originária não nos pertence, mas também não precisamos viver uma

experiência de adoecimento para compreender alguém com dor crônica, por exemplo, porque de alguma maneira sabemos o que é sentir dor. Isto significa que estamos sujeitos, portanto, às mesmas experiências que fazem parte da condição humana, tais como a finitude, a vulnerabilidade e a dependência interpessoal (Nortvedt, 2017).

Das experiências humanas supracitadas, a finitude ganha um relevo especial, pois ao empatizar a experiência da terminalidade, os médicos residentes acessam em si a condição de finitude que nos caracteriza e se sentem angustiados, ao mesmo tempo em que necessitam exercer o ofício de cuidar do paciente e assumir a responsabilidade por comunicar a situação ao próprio paciente e à família deste.

Elemento 3: A angústia que decorre do envolvimento afetivo com o paciente e com os familiares

Envolver-se ou não, não é uma opção para os médicos. São tocados pelos encontros com os pacientes a despeito de sua vontade. Como mencionado anteriormente, a empatia não é algo que depende de nossa vontade e não pode ser falseada (Rogers & Kinget, 1977). Apesar das tentativas de separar afetividade e intelecto, a partir do que são ensinados por outros médicos, os encontros dialógicos revelaram que não há como escapar do impacto emocional que o paciente e seus familiares provocam nos participantes.

Uma das situações mais difíceis mencionadas pelos participantes no que tange à relação médico-paciente é lidar com a terminalidade e comunicar más notícias aos pacientes e familiares. “O contato com o cadáver é o contato com uma modificação do mundo em definitivo, o que se dá pela evidenciação de alguém presente até há pouco, que passa a estar ausente de uma vez por todas” (Barreira, 2014, p. 90). Quando se trata de pacientes jovens ou mortes repentinas como aquelas causadas por parada cardiorrespiratória, por exemplo, o impacto sentido pelos médicos residentes é ainda maior.

Em função do papel profissional que exercem, os médicos costumam se sentir responsáveis por manter o paciente vivo, de modo que a morte pode ser encarada como um erro ou até mesmo um fracasso (Faria & Figueiredo, 2017). Além disso, ainda impactados pela morte do paciente que estava sob sua responsabilidade, precisam comunicar a notícia aos familiares, cuja reação é imprevisível e temida pelos profissionais.

Uma pesquisa realizada por Starzewski et al. (2005) evidenciou o sentimento de abandono vivenciado pelos familiares que não recebem informações adequadas ou explicações referentes ao óbito de um paciente. Os participantes do referido estudo avaliaram a comunicação do óbito realizada pessoalmente ou por telefone como adequadas, mas queixaram-se da ausência de informações ou do uso excessivo de termos técnicos, falta de atenção ou frieza do profissional.

Os profissionais entrevistados, por sua vez, reconheceram a dificuldade de lidar com a situação, seja por medo de se envolver emocionalmente ou não saber agir de forma adequada, chorar junto ou não saber o que dizer nesse momento delicado (Starzewski et al, 2005). Da mesma forma, os médicos residentes expressaram ter nutrido preocupações semelhantes em relação às próprias atitudes, além daquelas relacionadas às reações dos familiares que, na prática, acabam não se confirmando.

Além disso, é preciso destacar que o contato com a morte no cotidiano profissional também os coloca em contato com sua própria finitude e faz com que revivam a perda de pessoas próximas, gerando angústia e sofrimento (Faria & Figueiredo, 2017). As autoras acrescentam ainda que há despreparo acadêmico para lidar com a morte e o morrer.

Segundo Starzewski et al. (2005), os profissionais sentem o impacto disso na residência, quando se deparam com a necessidade de fazer, eles mesmos, a comunicação com os familiares sem terem recebido formação adequada para isto. É na residência que os médicos passam a ter maior responsabilidade profissional, que assumem a responsabilidade por seus pacientes e se

deparam pela primeira vez com a necessidade de se colocar para os familiares como os responsáveis por seus entes queridos. Acabam contando, portanto, com os próprios recursos para aprender por meio da prática, além de observarem como seus colegas noticiam um prognóstico ruim ou a morte de um paciente a seus familiares, e como estes recebem a notícia. Os participantes têm consciência de que esse é um momento delicado e extremamente importante para os pacientes e familiares, ao passo que a preparação recebida ao longo da formação se mostra aquém do necessário.

Lidar com a finitude e a comunicação de más notícias é uma tarefa vivida como desafiadora e angustiante pelos médicos residentes, pois acreditam que a sensibilidade e o cuidado que adotam para dar uma notícia difícil são determinantes para o modo como esta será recebida e lembrada por essas pessoas. Apesar das dificuldades, assumem a responsabilidade por esta ingrata função e buscam se aperfeiçoar, a fim de adotar a melhor forma de noticiar um fato ruim, garantindo que o receptor da notícia seja tratado com sensibilidade e cuidado nesse momento difícil, tendo seu sofrimento considerado. Citaram, por exemplo, a realização de cursos de comunicação de más notícias, cuidados paliativos e o desejo de se especializar nessa área.

O aperfeiçoamento técnico, no entanto, não dá conta da complexidade e da intensidade da experiência que vivenciam diante da morte de um paciente, visto que os médicos também sofrem com a perda de alguém com quem puderam estabelecer um vínculo. Segundo Freitas (2013, p. 97) “todas as relações significativas estão sujeitas ao luto. Somos parte uns dos outros e nosso sentido existencial está atrelado ao sentido do que somos a alguém e do que podemos ser na relação com alguém”. A vivência do luto consiste, portanto, na modificação abrupta e ruptura da relação, uma vez que o corpo vivo do outro deixa de existir.

Quando há um processo gradual de adoecimento que se encaminha para a terminalidade, a morte é percebida de maneira distinta pelos médicos residentes. Acompanhar o processo de

adoecimento e perceber o sofrimento do paciente os ajuda a elaborar o próprio luto e aceitar o desfecho da situação. Isso está em consonância com o que a literatura aponta sobre a vivência do luto. Kovács (2005) ressalta que a elaboração do luto é afetada pelo tipo de morte ocorrida, de modo que as mais difíceis costumam ser aquelas repentinas e trágicas, que envolvem muito sofrimento, bem como pela qualidade do vínculo estabelecido com a pessoa falecida. Nesse sentido, o tempo de internação e acompanhamento do paciente mostrou-se um elemento importante para os residentes na construção do vínculo e na assimilação do processo saúde-adoecimento dele. Embora desejem a cura e a recuperação de seus pacientes, são capazes de compreender a perspectiva destes quando se mostram cansados e não querem mais ser submetidos a intervenções que apenas adiarão a morte iminente.

Esse envolvimento significativo e a capacidade de compreender a experiência subjetiva dos pacientes os leva a agir como uma espécie de porta-voz ou um defensor dos desejos do paciente, buscando respeitar sua autonomia sobre como gostaria de ser cuidado na terminalidade. A atitude dos médicos residentes demonstra que são capazes de compreender a perspectiva do outro como independente da sua e centrar-se no paciente (Rogers, 1977a). Esse posicionamento ocorre no diálogo com a equipe médica e com a família, que muitas vezes se comportam de maneira distinta, orientando a tomada de decisão a partir de seus próprios valores e colocando-os acima dos valores e desejos do próprio doente. Uma questão delicada como esta exige que os médicos residentes tenham abertura e disponibilidade para dialogar com os familiares, esclarecendo-lhes sobre questões relativas à ciência médica e lhes dando espaço para elaborar as informações e deliberar sobre o que for necessário.

Ainda em situações que não envolvam comunicação de más notícias, a dificuldade de se relacionar com os familiares foi intensa e frequentemente destacada pelos participantes, sendo que a relação com os próprios pacientes costuma ser percebida por eles como menos desafiadora do que aquela. Os desafios encontrados se referem ao pouco tempo que dispõem

para fazer contato, às cobranças que geram interrupções nas tarefas rotineiras do plantão, e à dificuldade de lidar com as emoções dos familiares. Demonstram compreender as necessidades destes, mas parece não haver espaço para que consigam atender às suas demandas em uma rotina já bastante atarefada.

Em determinados momentos, a presença dos familiares parece ser sentida como indesejada pelos participantes. Esse contato que faz parte das atribuições do médico não parece ser integrado ao longo da formação, de modo que a necessidade de dialogar com os familiares e, principalmente lhes comunicar más notícias, surge como uma situação ameaçadora (medo de não saber como se colocar, não saber responder aos questionamentos ou serem confrontados) que gera insegurança nos residentes, ou como algo que atrapalha suas rotinas.

O desconforto sentido diante das demandas familiares parece advir da insegurança de desempenhar o novo papel ou até mesmo de significados compartilhados por outros colegas ou professores, como por exemplo a noção de que falar com familiares é “perda de tempo”. A experiência subjetiva, no entanto, aponta para outra direção. Apesar das dificuldades, o contato com os familiares é percebido como parte importante de seu trabalho e ressentem-se quando não conseguem dar a devida atenção a estas pessoas.

Os impactos sentidos diante da relação que estabelecem com pacientes e familiares provocam os médicos residentes e os impele a buscar recursos que os auxiliem a se aperfeiçoarem na capacidade de se relacionar com seus pacientes. Como destaca Perestrello (1996, p. 108) “talvez o único especialista em medicina que não necessite cuidar da relação médico-paciente seja o médico legista, por lidar com o homem morto ou se ocupar de perícias, nas quais a terapêutica não está em pauta”.

Embora se esforcem em se auto aperfeiçoar, e programas de treinamento se proponham a ensinar habilidades de comunicação, a interação bem-sucedida com os familiares não depende apenas dos recursos individuais dos médicos, nem de atributos meramente intelectuais. Para um

olhar mais acurado, há que se considerar o envolvimento afetivo e as angústias geradas a partir deste como aspecto que constitui a experiência de se relacionar com os familiares e pacientes.

A relação médico-paciente configura uma relação de ajuda pessoa a pessoa, conforme descreve Rogers (1980), cujo objetivo é facilitar o crescimento e o desenvolvimento do outro. Uma das atitudes que contribuem para uma efetiva relação de ajuda é a compreensão empática, sustentada por “uma atitude de desejo de compreender” (p. 47). Tal atitude é perceptível nos médicos residentes, e eles são capazes de reconhecer seu interesse genuíno pelos pacientes, bem como seu esforço para se manterem sensíveis às suas necessidades. Contudo, parece haver também um esforço para não se envolver emocionalmente, de modo que buscam, muitas vezes sem sucesso, se distanciar dos sentimentos despertados a partir dessas relações. Estela mencionou, por exemplo, que tenta se “policiar”, Matheus referiu que “lidar bem” com as situações significa não se envolver demasiadamente. Mas afinal, qual seria o parâmetro? É possível estabelecer um nível ideal/ótimo para isto? Entendemos que não é possível separar a dimensão afetiva da dimensão cognitiva ou ainda controlar sua intensidade, destacando-a das situações vividas.

Os participantes buscam distrações para se distanciar daquilo que fica impregnado, mas que não tem um espaço para ser elaborado. Mencionaram termos como “desligar” no sentido de deixar de se afetar. Castelhana e Wahba (2019) identificaram o distanciamento afetivo como estratégia utilizada pelos médicos para lidarem com os desafios impostos pela relação com os pacientes, que por sua vez também é atravessada pela sobrecarga de trabalho e falta de descanso. Shapiro (2008) defende que é necessário investigar o que há de simbólico nas concepções de saúde e doença dos médicos e estudantes que os leva a se aproximar ou se afastar dos pacientes.

Como mencionado na revisão de literatura, a noção distorcida a respeito da empatia e as normas profissionais levam a classe médica a encarar a empatia como sinônimo de contágio emocional e, portanto, prejudicial à prática profissional. Mas Fernandez e Zahavi (2021) frisam

que nossa reação emocional difere da apreensão do estado emocional do outro. Os autores exemplificam a questão a partir da seguinte situação: ao esbarrarmos em um homem na rua, imediatamente ele nos olha com uma expressão carrancuda, de modo que seja possível perceber que ele está irritado. Diante disso, podemos experimentar medo, surpresa e preocupação, e não raiva. Tais sentimentos seriam apenas reações à percepção da raiva do outro, de modo que a compreensão da raiva dele, isto é, a empatia básica, ocorre em primeiro lugar.

Isso nos permite compreender as reações emocionais dos participantes frente à hostilidade dos pacientes, e significa que não é o nosso sentimento que proporciona a compreensão do outro. Sentimos o que sentimos porque já compreendemos, de modo imediato, o que o outro está expressando. Quando os participantes mencionam que não podem “entrar na mesma frequência” ou que “quando um não quer, dois não brigam”, estão falando exatamente sobre a percepção de que o paciente está irritado, mas que se esforçam para não serem contagiados por essa raiva e procuram responder com calma ou assertividade, explicitando o desejo de manter um diálogo respeitoso.

É preciso, portanto, que o médico seja capaz de manter a tranquilidade ao se dirigir ao paciente, mesmo ou ainda mais quando este se mostra ansioso e combativo. Segundo Perestrello (1996), a atitude do médico de se dirigir ao paciente demonstrando apreço por sua pessoa é essencial para que a relação se torne harmoniosa, visto que o doente, pelo estado em que se encontra, já se sente desamparado, desprotegido e ansioso.

A vivência dos participantes revela, no entanto, que eles nem sempre conseguem manter a tranquilidade em situações nas quais o paciente se dirige ao profissional com hostilidade, gerando reações distintas no médico. Quando a hostilidade do paciente gera medo, por exemplo, o profissional pode se sentir acuado e paralisar, como mencionou Liz. Isto não significa que todas as situações semelhantes provocarão sempre a mesma reação, visto que o encontro com o outro é da ordem do imprevisível.

Em algumas situações, a hostilidade dos pacientes também provoca irritabilidade ou indiferença nos médicos em relação a eles. Perestrello (1996) enfatiza a importância de o médico saber reconhecer a presença de sentimentos de angústia, aflição e ansiedade para que possa conduzir sua atitude da melhor maneira possível. É a capacidade de sentir os próprios sentimentos e compreender o que se passa internamente para deliberar sobre o próprio comportamento que caracteriza a autenticidade (Rogers). Como nos lembra Perestrello (1996) “(...) só se sabe ouvir quando se pode, isto é, quando as ansiedades pessoais, sobretudo inconscientes, permitem que alguém se ocupe verdadeiramente do outro” (p. 114).

Ao compreenderem que o paciente não está disposto a construir um diálogo respeitoso, no entanto, os médicos residentes tendem a se retirar da relação, desistindo de continuar tentando uma aproximação mútua. Embora a disponibilidade do médico seja fundamental para que o paciente se sinta seguro na relação, a atitude do profissional predispõe, mas não garante que a relação ocorra, tal como alertava Rogers (1980).

A compreensão faz-se necessária quando a outra pessoa encontra-se magoada, confusa, perturbada, ansiosa, alienada, aterrorizada; ou quando ele ou ela tem dúvidas quanto ao seu próprio valor, incerteza quanto à sua identidade. A solidariedade suave e sensível decorrente de uma postura empática - desde que acompanhada pelas duas outras atitudes - proporciona esclarecimento e cura. (Rogers, 1977, p. 87)

É importante ressaltar que as atitudes preconizadas por Rogers não devem ser confundidas com benevolência ou passividade, uma vez que a autenticidade é um elemento indissociável da consideração positiva incondicional e da compreensão empática. Isto significa que se o facilitador estiver tomado por sentimentos de raiva na relação com o cliente, não será de grande ajuda suprimir a emoção e fingir que está sentindo outro sentimento que lhe pareça mais aceitável. "Nas minhas relações com as pessoas descobri que não ajuda, a longo prazo, agir como se eu fosse uma coisa que não sou." (Rogers, 1980, p 61.)

Elemento 4: O contexto pode constituir um obstáculo ou favorecer a atitude empática

O modo como as relações se estabelecem nos contextos do Pronto Socorro, da enfermaria e do ambulatório diferem drasticamente. No Pronto Socorro, devido ao fluxo intenso de pessoas com dores agudas, emergências graves e a necessidade de rápido atendimento, a relação se caracteriza de maneira mais impessoal e dificulta o encontro intersubjetivo entre médico e paciente. Se o paciente atendido no Pronto Socorro vier a ser internado, o vínculo se torna mais provável de se estabelecer, uma vez que os médicos passam a visitar o paciente com frequência para acompanhar sua evolução. Entretanto, não é exatamente a frequência de um contato que possibilita o verdadeiro encontro, mas a abertura e a disponibilidade afetiva diante do outro (Mahfoud, 2017). Os médicos residentes percebem o Pronto Socorro como um ambiente permeado de tensão; quando estão nesse contexto, sua consciência está voltada às questões emergenciais, à resolução de problemas e às diversas tarefas burocráticas a serem cumpridas. Envolvem-se num fluxo de atividades que provoca um estado vital de cansaço e que nem sempre é percebido claramente por eles. Outros estudos na área médica apontam a associação entre esgotamento profissional e diminuição da capacidade empática (Picard et al., 2016).

Os participantes percebem que sua disponibilidade afetiva varia de acordo com a intensidade do cansaço que estão sentindo, mas se dão conta disso quando percebem primeiramente que estão agindo de forma ríspida com os outros sem motivo aparente. Ao se questionarem o que está se passando, percebem que estão vivendo uma rotina intensa e mais exigente que o usual, dando-se conta da vivência do cansaço (Ales Bello, 2015).

Em períodos nos quais se sentem mais cansados e sobrecarregados, percebem-se irritados e impacientes, impactando negativamente a maneira como se colocam na relação com os pacientes e familiares. À época em que os encontros dialógicos ocorreram, por exemplo, os

R2 estavam se sentindo impactados com a responsabilidade de auxiliar os R1 que haviam acabado de ingressar no programa de residência. O cansaço depende não apenas das circunstâncias, mas da força vital de cada um. O máximo de força vital de uma pessoa difere do máximo de outra e tende a variar daquele que ela própria já alcançou anteriormente. Não é possível prever a força vital de um indivíduo, não há garantias de que ele é capaz de fazer algo porque outra pessoa foi capaz de fazê-lo naquelas circunstâncias (Ales Bello, 2015), embora esse tipo de comparação seja frequente no ambiente acadêmico.

Nesse sentido, conhecer os elementos do currículo oculto é importante para favorecer o desenvolvimento dos estudantes e médicos em formação. O currículo oculto diz respeito às experiências de socialização que não são planejadas no currículo formal e são vivenciadas pelos estudantes ao longo de toda a formação no contato com professores e o ambiente acadêmico (Santos et al., 2020).

Em um estudo com 102 estudantes do último ano de medicina, cujo objetivo era mapear e compreender a influência do currículo oculto no desenvolvimento da identidade profissional, foram identificados 3 aspectos relacionados ao currículo oculto no contexto investigado. Em primeiro lugar, os pesquisadores identificaram que a demanda e a pressão geram comportamentos irrefletidos nos estudantes; em segundo lugar, a dissonância afetiva gera comportamentos inadequados e que não têm espaço para discussão, levando-os ao distanciamento emocional e, por último, a desconexão entre a identidade pessoal e profissional (Silveira et al., 2018).

Bandini et al. (2016) investigaram o currículo oculto entre estudantes de Harvard. O estudo contou com a participação de estudantes e professores. Mencionaram a hierarquia e a cultura hospitalar que estabelece e mantém relações de poder. Alguns professores exercem influência positiva, inspirando comportamentos adequados que são observados pelos alunos, enquanto estes também observam comportamentos inadequados como zombar e objetificar

pacientes em outros professores. Desse modo, a reflexão sobre os comportamentos ruins mostrou-se importante recurso para modificar a situação.

Há dois sentidos relacionados para o conceito de empatia básica: 1) capacidade de perceber outros seres humanos como pessoas e não objetos e 2) capacidade de perceber a experiência subjetiva do outro. A objetificação do paciente, portanto, surge como um obstáculo à empatia (Fernandez & Zahavi, 2021) e foi mencionado pelos participantes como algo presente no contexto da saúde. Como critica Perestrello (1996),

Nas enfermarias, os doentes perdem a sua personalidade e passam a ser o ‘leito 15’ ou o ‘caso de cirrose’. ‘Tire o sangue do 8’, diz o médico, apontando para um paciente que conversa no corredor, ‘não, aquele que está conversando com o da fístula, na frente do renal’. O despreço é total. Sendo um ‘renal’, uma ‘cirrose’, pode inclusive ficar esperando no banco do ambulatório durante uma hora pelo médico. E fica. E como é uma coisa, terá que ser passivo; se reclama, chamam-no malcriado, quando não ‘píssico’.” (p. 98).

A participante Estela, por exemplo, percebe-se caminhando na direção da objetificação e se angustia com isto. “Vejo que vou naturalizando, perdendo um pouco a sensibilidade e não quero ser assim. Mas vira algo corriqueiro, até mesmo no trato com o paciente...vira ‘o da meningite’, um número, e desumaniza.”

Alguns pesquisadores apontam que o contato tardio dos estudantes com pacientes é um agravante para a diminuição da capacidade empática. Isso porque os estudantes entram em contato com cadáveres desde o início do curso, mas o contato com os pacientes ocorre em média no terceiro ano. Nesse sentido, Miettola et al. (2005) sugerem que o contato precoce dos estudantes com pacientes favorece a sensibilização e modelos positivos de cuidado ao paciente.

O aprendizado focado no intelecto e o estudo por meio de cadáveres no início do curso podem se caracterizar como obstrutores da empatia, uma vez que os estudantes costumam iniciar o curso de medicina com desejo de ajudar as pessoas e no decorrer da formação parecem perder a sensibilidade. A teoria distancia o estudante da vivência do doente e o contato com cadáveres pode contribuir para a objetificação dos pacientes. Isso porque o cadáver é um ser não vivente, o corpo que está ali diante do estudante não é um corpo próprio de um outro eu, embora já o tenha sido em algum momento. Desse modo, não é possível falarmos em relação empática, visto que a empatia pressupõe a apreensão do sentido das vivências do outro. Um cadáver, como nos lembra Barreira (2014), não é um ser vivente, isto é, é um *körper*, mas não um *leib*.

As situações vividas durante a formação médica e no ambiente hospitalar, se refletidas, também podem servir para humanização das relações interpessoais. No estudo realizado por Bandini et al. (2016), alguns estudantes perceberam perda da empatia e da compaixão principalmente por volta do terceiro ano. Perceberam colegas ou eles mesmos se tornando cínicos, enquanto outros não perceberam mudanças nesse aspecto. Por outro lado, um olhar empático e compassivo voltado aos pacientes foi mencionado, dentre outros aspectos, como parte da influência exercida pelo currículo oculto.

Os chefes, professores e colegas que adotam uma atitude de respeito e sensibilidade em relação aos pacientes foram enaltecidos pelos médicos residentes, enquanto aqueles que apresentam cinismo foram mencionados como exemplo do médico que não desejam ser. Os participantes inspiram-se naqueles que consideram pessoas sensíveis. Os resultados da presente pesquisa corroboram os achados de Bandini et al. (2016) em relação à importância do currículo oculto no que se refere à assimilação de atitudes positivas em relação ao paciente e como Rogers (1977) afirmou, “uma postura empática pode ser aprendida com pessoas empáticas” (p.79).

A despeito das diversas propostas contemporâneas que visam o ensino e o treinamento da empatia no contexto médico, esta não é uma capacidade passível de ser ensinada dado o seu “caráter imediato e natural que não pode ser planejado ou antecipado” (Fadda & Cury, 2021, p. 10). Contudo, as autoras lembram que Carl Rogers desenvolveu um “treinamento de sensibilização” que consistia menos em um treinamento pedagógico e mais num processo de “acordar dos sentidos, da percepção, da atenção que pode estar adormecida em meio à vida apressada e turbulenta que caracteriza as sociedades contemporâneas (p. 10)”.

Isso está em consonância com a proposta de Fernandez e Zahavi (2020) sobre a necessidade de focar em desobstruir os caminhos da empatia, retirar os obstáculos que impedem o médico de empatizar com o paciente ao invés de tentar lhes ensinar técnicas. Tais obstáculos são percebidos pelos participantes: falta de tempo e de recursos humanos, cansaço, quantidade de pacientes e familiares à espera de notícias e informações, burocracias, necessidade de estudos, conciliar com a vida pessoal. São engolidos pelo ritmo frenético em que vivem de modo que o fazer se sobrepõe ao sentir.

Diante do exposto, reafirmamos a necessidade de mudanças na formação médica, especialmente no período da residência, a partir das quais a humanidade dos médicos possa florescer e propiciar verdadeiros encontros com os pacientes.

Considerações finais

A literatura médica tem se dedicado, especialmente nas últimas décadas, a investigar a empatia na relação médico-paciente, identificando os elementos que dificultam a sua manifestação e as consequências de seu declínio tanto no que concerne aos resultados clínicos quanto à saúde mental dos próprios médicos. Para isso, escalas que visam mensurar os níveis de empatia têm sido desenvolvidas e amplamente difundidas no contexto médico. A partir da constatação do declínio da capacidade empática dos estudantes de medicina e médicos residentes, diversas propostas de treinamento pedagógico têm surgido com o intuito de treinar os profissionais, a fim de que estes aprendam a ser mais empáticos com os pacientes.

Contudo, a fenomenologia nos permite compreender o fenômeno da empatia como uma vivência humana e, como tal, não é passível de ser ensinada ou treinada. Seu desenvolvimento ocorre desde a infância, juntamente com o desenvolvimento do eu, à medida que a criança se relaciona com o mundo e com as pessoas que lhe apresentam esse mundo. Esse processo de subjetivação é essencial para que a pessoa seja capaz de compreender a experiência do outro.

Ademais, a vivência da empatia não é passível de planejamento, previsão, ou qualquer tipo de ensaio, pois manifesta-se no vivo de uma relação, que é sempre imprevisível. Contudo, se nosso olhar estiver direcionado à constituição da pessoa, podemos considerar a possibilidade de que o desenvolvimento da sensibilidade seja facilitado, uma vez que só é possível chegar à terceira pessoa se antes fizermos o percurso na primeira, isto é, em nós mesmos (Ales Bello, 2014).

A partir de uma perspectiva psicológica, esta pesquisa buscou explicitar, por meio de encontros dialógicos com residentes da área de clínica médica, os elementos estruturais da vivência dos médicos no que se refere à atitude de empatia em relação aos seus pacientes. Este percurso exigiu, por parte da pesquisadora, um mergulho na experiência dos participantes a partir do vivido nos encontros com cada um deles.

Embora o foco da pesquisa tenha sido a vivência empática dos participantes em relação a seus pacientes, estes destacaram que a apreensão das experiências dos familiares também se mostra um elemento relevante e indissociável da relação médico-paciente. Os sentimentos despertados no encontro com o outro geram angústia e sofrimento nos médicos residentes, que tentam, a seu modo, lidar com seus desdobramentos, uma vez que no cotidiano da residência parece não haver tempo nem espaço para dedicar às questões afetivo-relacionais.

A despeito das condições externas que por vezes desfavorecem as relações e da percepção de que o cansaço, a sobrecarga e a naturalização de determinadas situações retirem pouco a pouco sua sensibilidade, os médicos se mantêm dedicados a aperfeiçoar sua capacidade de se relacionar com os pacientes. Sentem falta de refletir sobre o assunto no contexto da residência.

Determinadas situações, como atendimentos de emergência por exemplo, não são favoráveis ao estabelecimento de uma relação intersubjetiva. Devido à natureza própria desse tipo de situação, em que há uma dor aguda a ser cuidada ou uma vida a ser salva, uma relação objetificada torna-se favorável para que o médico consiga agir de forma rápida e precisa. Contudo, o que é vivido nesse tipo de situação os impacta, provocando sentimentos e angústias que necessitam ser compreendidos *a posteriori*.

Considerando que a qualidade da relação médico-paciente é crucial para o tratamento adequado ao paciente, bem como aos resultados clínicos, consideramos urgente e necessária a integração dos aspectos vivenciais à formação médica. Neste sentido, sugerimos a criação de espaços destinados à expressão e reflexão dos sentimentos e significados que emergem na relação dos médicos com os pacientes e familiares no contexto da residência médica. Questões relativas à condição humana como a experiência de dor, sofrimento, autonomia, morte, finitude etc., mobilizam os médicos e estes necessitam de contextos favoráveis para que possam

atualizar o vivido, atribuir novos significados à sua experiência. Esse processo, por sua vez, promove maior abertura e disponibilidade para o verdadeiro encontro com o outro.

Ademais, é preciso levar em consideração as particularidades do contexto em que os médicos residentes atuam, buscando soluções para a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para dedicar aos pacientes e seus familiares, a fim de preservar a sensibilidade dos profissionais, favorecendo relações mais saudáveis e humanizadas no âmbito da saúde.

Referências

- Ales Bello, A. (2004). *Fenomenologia e Ciências Humanas*. (M. Mahfoud & J. T Garcia trads.). Bauru: Edusc.
- Ales Bello, A. (2006). *Introdução à Fenomenologia*. (J. T. Garcia & M. Mahfoud trads.). Bauru, São Paulo: Edusc.
- Ales Bello, A. (2015). *Pessoa e comunidade: comentários: Psicologia e Ciências do Espírito de Edith Stein..* (M. Mhfoud. Pref., ed.; M. Mahfoud & J. T. Garcia, trads.). Belo Horizonte: Artesã.
- Ales Bello, A. (2014). Intrapessoal e interpessoal - linhas gerais de uma antropologia filosófico-fenomenológica. In Savian Filho (2014) Org. *Empatia*. Edmund Husserl e Edith Stein. Apresentações didáticas. Edições Loyola
- Amatuzzi, M. M. (2006). A subjetividade e sua pesquisa. *Memorandum*, 10, 93–97. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6735>
- Amatuzzi, M. M. (2010). *Rogers: ética humanista e psicoterapia*. Campinas: Alínea.
- Amatuzzi, M.M., & Carpes, M. (2010). Aspectos fenomenológicos do pensamento de Rogers. *Memorandum*, 19, 11-25.
- Andreychik, M. R. (2019). Feeling your joy helps me to bear feeling your pain: Examining associations between empathy for others' positive versus negative emotions and Burnout. *Personality and Individual Differences* 137, 147–156.
- Bandini, J., Mitchell C, Epstein-Peterson Z.D., Amobi A, Cahill J, Peteet, J., Balboni T, Balboni MJ. Student and Faculty Reflections of the Hidden Curriculum. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017 Feb;34(1):57-63. doi: 10.1177/1049909115616359. Epub 2016 Jul 11. PMID: 26566929.

- Barreira, C. R. A. (2014). A bela adormecida e outras vinhetas. A empatia, do corpo a corpo cotidiano à clínica. In Savian Filho (2014) Org. *Empatia*. Edmund Husserl e Edith Stein. Apresentações didáticas. Edições Loyola
- Bas-Sarmiento, P; Fernández-Gutiérrez, M., Baena-Baños, M.; Correro-Bermejo, B, Soler-Martins, P. S. & Torre-Moyanod, S. (2020). Empathy training in health sciences: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 44, 102739. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102739>
- Bellodi, P. L.. (2004a). Surgery or general medicine: a study of the reasons underlying the choice of medical specialty. *Sao Paulo Medical Journal*, 122(3), 81–86. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802004000300002>
- Bellodi, P. L.. (2004b). The general practitioner and the surgeon: stereotypes and medical specialties. *Revista Do Hospital Das Clínicas*, 59(1), 15–24. <https://doi.org/10.1590/S0041-87812004000100004>
- Betzler, R. J. (2018). How to clarify the aims of empathy in medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21, 569–582. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9833-2>
- Bohart, A. C. (1988). Empathy: Client centered and psychoanalytic. *American Psychologist*, 43(8), 667–668. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.43.8.667>
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89–108). Oxford University Press.
- Bombeke, K., Symons, L., Mortelmans, D., Debaene, L., Schol, S., Van Royen, P. & De Winter, B. (2013). 'More shades of grey in my answers': an interview study revisiting attitude erosion during clerkships. *Med Educ.*, 47(5), 476-84. <https://doi: 10.1111/medu.12102>.

- Brasil. (1977). *Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977*. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília; 1977. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto80281-5-setembro-1977-429283-normaatualizada-pe.pdf>. 4.
- Brasil. (2019). Matrizes de Competências em Clínica Médica. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119741-13-matriz-de-competencias-em-clinica-medica&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192
- Brasil. (2011) *Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011*. Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. Brasília; 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12514.htm.
- Brasil. (1981) Ministério da Educação. *Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981*. Dispõe sobre as atividades dos médicos residentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1981
- Brasil. (2010) Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 4, de 12 de julho de 2010. Proíbe o plantão de sobreaviso para Médicos Residentes no âmbito da Residência Médica. Brasília: Diário Oficial da União; 2010
- Brasil. (2011) Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 1, de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre o estabelecimento e condições de descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
- Brisola, E. B. V.; Cury, V. E. & Davidson, L. (2017). Building comprehensive narratives from dialogical encounters: A path in search of meanings. *Estudos de Psicologia*, 34, p. 467-475. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400003>

- Cameron J, L Halsted. W. S. (1997) Our surgical heritage. *Ann Surg.* 1997 May;225(5):445-58
- Castañon, G. A (2007). Psicologia humanista: a história de um dilema epistemológico. *Memorandum*, 12, 105-124. <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a12/castanon01.pdf>
- Castelhana, L. M. & Wahba, L. L. (2019). O discurso médico sobre as emoções vivenciadas na interação com o paciente: contribuições para a prática clínica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.170341>
- Castelhana, L. M., & Wahba, L. L. (2020). As emoções do médico e as implicações para a prática clínica. *Psicologia USP*, 31, e180030. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180030>
- Chipidza, F. E, Wallwork, R. S., Stern, T.A. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord.* 22;17(5):10.4088/PCC.15f01840. doi: 10.4088/PCC.15f01840.
- Conselho Federal de Medicina (2019). *Código de ética médica*. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019
- Creswell J. W. (2015). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Porto Alegre, RS: Penso.
- Dahan, S., Ducard, D. & Caeymaex, L. (2017) Apology in cases of medical error disclosure: Thoughts based on a preliminary study. *PLoS ONE*, 12(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181854>
- Dario, P. (2019). A relação médico-doente: Breve revisão da antiguidade à atualidade. *Revista De Medicina*, 98(3), 216-221. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i3p216-221>

- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: Unifying theories. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00457>
- Eikeland, H.-L., Ornes, K., Finset, A. & Pedersen, R. (2014). The physician's role and empathy - a qualitative study of third year medical students. *BMC Medical Education*, 14. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-165>
- Ey, S., Soller, M. & Moffit, M. (2020). Protecting the Well-Being of Medical Residents and Faculty Physicians During the COVID-19 Pandemic: Making the Case for Accessible, Comprehensive Wellness Resources. *Global Advances in Health and Medicine*, 0: 1–4. <https://doi.org/10.1177/2164956120973981>
- Fadda, G. M. (2020). *A experiência vivida por pessoas diagnosticadas como autistas, a partir de encontros dialógicos* [Tese de Doutorado não publicada]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Fadda, G.M.; Cury, V. E. (2020). Narrando encontros que constroem vivências e tecem sentidos. In: Elza Maria do Socorro Dutra. (Org.). *Sufrimento, Existência e Liberdade em Tempos de Crise* (pp. 333-348). Rio de Janeiro: IFEN.
- Fadda, G. M., & Cury, V. E. (2021). O Fenômeno da Intersubjetividade na Relação Psicoterapêutica. *Revista Subjetividades*, 21(Esp1), Publicado online: 19/06/2021. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21iEsp1.e9445>
- Faria, S. S., & Figueredo, J. S. (2017). Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 15(1), 44-66. Recuperado em 29 de maio de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100005&lng=pt&tlng=pt.

- Feijoo, A. M. L. C. & Goto, T. A (2016). É Possível a Fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(04).
<https://doi.org/10.1590/0102.3772e3241>
- Feitosa, E. S. et al. Senses and meanings of medical professionalism for gynecology and obstetrics residents. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2022, v. 46, n. 01
<https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210286.ING>
- Fernandez, A. V. & Zahavi, D. (2021). Empathy in Nursing: A Phenomenological Intervention. *Tetsugaku*, 5, 23-39.
- Fernandez, A. V. & Zahavi, D. (2020). Can we train basic empathy? A phenomenological proposal. *Nurse Educ Today*, 98,104720. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104720>.
- Finlay, L. (2005). "Reflexive Embodied Empathy": A Phenomenology of Participant-Researcher Intersubjectivity, *The Humanistic Psychologist*, 33(4), 271-292.
https://doi.org/10.1207/s15473333thp3304_4
- Freitas, J. L. (2013). Luto e Fenomenologia: uma Proposta Compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies – XIX(1): 97-105, jan-jul, 201*
- Frenkel, R. M. (2017). The evolution of empathy research: Models, muddles, and mechanisms. *Patient Education and Counseling*, 100(11). 2128–2130. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.004>
- Giovanetti, J. P. (2018). Fenomenologia e Prática Clínica. In Giovanetti, J. P. (org). *Fenomenologia e Psicologia Clínica*. Belo Horizonte: Artesã.
- Gregory E. (2020). Resident physicians' mental health during COVID-19: Advocating for supports during and post pandemic. *Can Med Educ J*. 11(6) doi: 10.36834/cmej.70493
- Halpern, J. (2007). Empathy and Patient–Physician Conflicts. *J. Gen. Intern Med.*, 22(5).
<https://doi.org/10.1007/s11606-006-0102-3>

- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M. & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>.
- Hojat, M., Maio, V., Markham, F. & Louis, D. (2019). Physician Empathy and Diabetes Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 34(10) <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05187-0>
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Rattner, S., Erdmann, J., Gonnella, J. & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.*,38, 934-941. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x>
- Hojat, M., Shannon, S.C., Speicher, M. & DeSantis, J. (2020). Empathy as Related to Gender, Age, Race/Ethnicity, Academic Background, and Career Interest: A Nationwide Study of Osteopathic Medical Students in the United States. *Medical Education*, 54(6). <https://doi.org/10.1111/medu.14138>
- Hojat, M., Vergare, M. J., Kaye, M., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J. & Gonnella, J. S. (2009). The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-91. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>.
- Husserl, Edmund. (2017). A criança. A primeira empatia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 23(3), 375-377. (Original publicado em 1935) http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672017000300013&lng=pt&tlng=pt.
- Husserl, E. (2002). *A crise da humanidade européia e a filosofia*. (U. Zilles trad.) 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.

- Husserl, E. (2006). *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica*. Introdução geral à fenomenologia pura. (M. Suzuki, trad.). São Paulo: Ideias & Letras. (Trabalho original publicado em 1913)
- Kaba R, Sooriakumaran P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*; 5(1):57-65. doi: 10.1016/j.ijssu.2006.01.005.
- Knabben, Teresinha Bloemer, Langaro, Fabíola, & Gomes, Allan Henrique. (2021). Impactos psíquicos e sociais na formação de médicos residentes: apontamentos da Psicologia. *Revista da SBPH*, 24(1), 104-115. Recuperado em 28 de maio de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Kovács, M. J. (2005). *Educação para a morte: Temas e reflexões*: São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mahfoud, M. (org.). (2017). *“Quem sou eu?”: Um tema para a psicologia*. Belo Horizonte: Artesã.
- Marcial, T. M. (2013). Residência Médica no Brasil. *Revista Ciências em Saúde* v3, n1, jan-mar 2013.
- Martins, J. B., Rodriguez, F. P., Coelho, I. C. M. M., & Silva, E. de M. e .. (2019). Fatores que Influenciam a Escolha da Especialização Médica pelos Estudantes de Medicina em uma Instituição de Ensino de Curitiba (PR). *Revista Brasileira De Educação Médica*, 43(2), 152–158. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180158>
- Mian, A., Kim, D., Chen, D. & Ward, W. L. (2018). Medical student and resident burnout: a review of causes, effects, and prevention. *J Fam Med Dis Prev.*, 4(4), 1-8. <https://doi.org/10.23937/2469-5793/1510094>

- Miettola J, Mäntyselkä P, Vaskilampi T. (2005). Doctor-patient interaction in Finnish primary health care as perceived by first year medical students. *BMC Med Educ*. Sep 15;5:34. doi: 10.1186/1472-6920-5-34.
- Moller, J. E. & Brogger, M. N. (2019). How do residents perceive and narrate stories about communication challenges in patient encounters? A narrative study. *BMJ Open*. 9(6) <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029022>.
- Moreira, V. & Torres, R. B. (2013). Empatia e redução fenomenológica: possível contribuição ao pensamento de Rogers. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(2), 181-197. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180-52672013000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A. & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>. PMID: 21670661
- Noordman, J., Post, B., van Dartel, A. A. M., Slits, J. M. A. & Olde Hartman, T. C. (2019). Training residents in patient-centred communication and empathy: evaluation from patients, observers and residents. *BMC Med Educ*, 19(1), <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1555-5>
- Nortvedt, Per. Empathy and medical therapy. In Maibom, H, L. (2017). *The routledge handbook of philosophy of empathy*. New York: Routledge.
- Paiva, A. H.; Andrade, M. N.; Rocha, M. S. Carvalho & Peixoto, J. M. (2019). Avaliação da Empatia nos Médicos Residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas, Minas Gerais. *Rev. Bras. Educ. Med. [online]*. 43(1), suppl.1, 296-304.. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190052>.

- Patias, N. D. & Hohendorff, J. V. (2019). Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicologia em Estudo*, 24. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>.
- Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine-A critical review. *Patient Education and Counseling*, 76(3). <http://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.012>
- Perestrello, D. (1996) *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Picard, J.; Catu-Pinault, A.; Boujut, E.; Botella, M.; Jaury, P. & Zenasni (2016). Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine Psychology, *Health & Medicine*, 21(3), 354–361, <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2015.1054407>
- Pohontsch, N., Stark, A. & Kötter, T. (2018). Influences on students' empathy in medical education: An exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Medical Education*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1335-7>
- Ranieri, L. P. & Barreira, C. R. A. (2012). A empatia como vivência. *Memorandum*, 23, 12-31. <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a23/ranieribarreira0>
- Riedl, D. & Schübler, G. (2017). The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Z Psychosom Med Psychother*, 63(2), 131-150. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>.
- Riess, H., Kelley, J. M., Bailey, R.W., Dunn, E. J., Phillips, M. (2012). Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *J Gen Intern Med.*; 27(10), 1280–86. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2063-z>
- Rogers, C. R. (1957). As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. In Wood, J. K. et al. (Orgs.). *Abordagem centrada na pessoa* (pp. 155-178). Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida.
- Rogers, C. (1992). *Terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes.

- Rogers, C. R. (1977a). Uma maneira negligenciada de ser: a maneira empática. In C. R. Rogers & R. Rosenberg, *A pessoa como centro*. (pp. 69-89). São Paulo: EPU.
- Rogers, C. R. (1977b). Pode a aprendizagem abranger ideias e sentimentos? In Rogers, C. R. & Rosenberg, R. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU.
- Rogers, C. R. (1980). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas* (vol. I). Belo Horizonte: Ed. Interlivros. (Obra originalmente publicada em 1965)
- Rosenbluth, S. S., Freymiller, E. G., Hemphill, R., Paull, D. E. Stuber, M. & H. Friedlander, A. H., (2017). Resident Well-Being and Patient Safety: Recognizing the Signs and Symptoms of Burnout. *J Oral Maxillofac Surg.* 75(4), 657-659.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2016.11.029>
- Rud, C. (2003) Empathy: The adventure of being presente. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2(3), 162-171, <https://doi.org/10.1080/14779757.2003.9688309>
- Santos, V. H., Ferreira, J. H., Alves, G. C. A., Naves, N. M., Oliveira, S. L., Raimondi, G. A. & Paulino, D. B. (2020). Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*, 24
<https://doi.org/10.1590/Interface.190572>.
- Saraga, M., Boudreau, D. & Fuks, A. (2019). An empirical and philosophical exploration of clinical practice. *Philos Ethics Humanit Med* 14(3). <https://doi.org/10.1186/s13010-019-0072-9>
- Sassi, A. P., Seminotti, E. P., Paredes, E. A. P., & Vieira, M. B. (2020). O Ideal Profissional na Formação Médica. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 44(1), <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190062>

- Savian Filho, J. (2014). A empatia segundo Etdith Stein. Pode-se empatizar a “vivência” de alguém que está dormindo? In Savian Filho, J. (2014) Org. *Empatia*. Edmund Husserl e Edith Stein. Apresentações didáticas. Edições Loyola
- Schwan D. (2018). Should physicians be empathetic? Rethinking clinical empathy. *Theor Med Bioeth.* 39(5), 347-360. doi: 10.1007/s11017-018-9463-y. PMID: 30238181.
- Schwartz, M. A., & Wiggins, O. (1985). Science, humanism, and the nature of medical practice: A phenomenological view. *Perspectives in Biology and Medicine*, 28(3), 331–361. <https://doi.org/10.1353/pbm.1985.0008>
- Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med*, 3(10). <https://doi.org/10.1186/1747-5341-3-10>
- Shlien, J. (1997). Empathy in Psychotherapy: a vital mechanism? Yes. Therapist’s conceit? All too often. By itself enough? No. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.) *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 63-80). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10226-002>
- Silva, L. D., Ribeiro, M. M. F., Nogueira, A. I.; Reis, B. S., Barbosa, I. L., Rocha, A. M. C., & Diniz, L. M. (2017). Impacto da “Disciplina Relação Médico-Paciente” sobre Atitudes Centradas no Paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica [online]*, 41(2), 283-289. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160094>
- Silveira, G. L., Campos, L. K. S., Schweller, M. Turato, E. R., Helmich, E., & Carvalho-Filho, M. A. (2019). “Speed up!” The influences of the Hidden curriculum on the professional identity development of medical students. *Health professions education*, 5, 198-209.
- Smajdor, A., Stöckl A., & Salter C. (2011). The limits of empathy: problems in medical education and practice. *J Med Ethics*, 37(6), 380-3. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.039628>. Epub Feb 2. PMID: 21292696.

- Squier, R. W. (1990). A model of empathetic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner–patient relationships. *Soc Sci Med.*, 30, 325–339.
- Starzewski Jr et al. (2005). O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, 51 (1), p. 11-16.
- Stein, Edith (1970). *On the problem of empathy*. Washington, D.C.: ICS Publications.
- Suartz, C. V., Quintana, M. I., Luchese, A. C. & De Marco, M. A. (2013). Avaliação de Empatia em Residentes de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas da Universidade Federal de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(3), 320-325. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300003>
- Svenaesus, F. (2014), The phenomenology of empathy in medicine: an introduction. *Med Health Care Philosophy*, 17(2), 245-248. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9547-z>
- Szasz, T. S. & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med*, 97(5), 585-592 doi: 10.1001/archinte.1956.00250230079008
- Tolstói, L. (2009). A morte de Ivan Illich. (B. Schnaiderman trad). Editora 34. (obra originalmente publicada em 1886).
- Tourinho, C. D. C. (2009). A consciência e o mundo: o projeto da Fenomenologia Transcendental de Edmund Husserl. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 15(2), 93-98. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672009000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Towle, A. (2016). Where's the patient's voice in health professional education?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 285–288. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0083>
- Turato E.R. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-514, 2005.

- van Manen M. Phenomenology in Its Original Sense. *Qualitative Health Research*. 2017;27(6):810-825. doi:10.1177/1049732317699381
- Velho, M. T. A. de C., Haeffner, L. B., Santos, F. G., Silva, L. C. da , & Weinmann, A. R. M.. (2012). Residência médica em um hospital universitário: a visão dos residentes. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 36(3), 351–357. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500009>
- Wood, J. K. (1997). *Abordagem Centrada na Pessoa* (3ª ed). Vitória: EDUFES.
- Zahavi, D. (2012). Basic Empathy and Complex Empathy. *Emotion Review* 4 (1):81-82.
- Zilles, U. (2002). A Fenomenologia Husserliana como método radical. In Edmund Husserl: *A crise da humanidade europeia e a filosofia*. (U. Zilles trad.) 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Zulman, D. M., Haverfield, M. C., Shaw, J. G., Brown-Johnson, C. G., Schwartz, R., Tierney, A. A., Zionts, D. L., Safaeinili, N., Fischer, M., Israni, S. T., Asch, S. M., & Verghese, A. (2020). Practices to foster physician presence and connection with patients in the clinical encounter. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 323(1), 70–81. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.19003>

Anexo 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPATIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: ESTUDO FENOMENOLÓGICO COM RESIDENTES DE CLÍNICA MÉDICA

Pesquisador: NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54170721.0.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.210.858

Apresentação do Projeto:

Este projeto consiste em uma proposta de pesquisa qualitativa exploratória de abordagem fenomenológica husserliana, cujo objetivo é compreender o fenômeno da empatia na relação médico-paciente a partir da vivência de médicos residentes de clínica médica. Participarão do estudo de 10 a 15 médicos do sexo feminino e masculino, residentes de clínica médica (R1, R2 e R3) do Hospital [REDACTED]. Para a definição exata do número de participantes será utilizado o critério de saturação. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, os participantes serão contatados pela pesquisadora via telefone ou pessoalmente por intermédio do setor responsável – Comitê de Residência Médica (COREME) da instituição. Os participantes serão convidados a participar de um encontro dialogico com a pesquisadora a fim de compartilhar suas experiências no que se refere à relação com seus pacientes após ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada participante será solicitado a realizar um único encontro com a pesquisadora, que terá duração aproximada de 1h e poderá ocorrer de forma presencial ou mediado por Tecnologias da Informação e Comunicação, com a utilização de plataformas de videochamada a depender da escolha do participante, como Whereby, Google Meet, Skype ou Whatsapp. Caso opte pela modalidade remota, o participante será orientado acerca dos cuidados necessários na escolha de um ambiente livre de interrupções e que lhe ofereça privacidade. Os encontros terão início com uma questão norteadora ampla: “Conte-me sobre sua experiência no relacionamento com seus pacientes” a fim de que os participantes

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 º Bloco A02 º Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.210.858

possam se expressar livremente. A pesquisadora fara uso da reducao fenomenologica e adotara uma postura de abertura para estar com os participantes, pautada no referencial das atitudes facilitadoras propostas por Carl Rogers, a saber, consideracao positiva incondicional, compreensao empatica e autenticidade. Os encontros nao serao gravados e imediatamente apos o termino, a pesquisadora fara registros detalhados por escrito acerca de cada encontro. Estes registros darao origem as narrativas compreensivas individuais, que contemplarao os significados da experiencia dos participantes. Apos a elaboracao das narrativas individuais, sera elaborada uma narrativa sintese que devera conter os elementos estruturais que constituem o fenomeno da empatia na relacao medico-paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primario:

Descrever e compreender a experiencia de empatia vivenciada por medicos residentes de clinica medica que atuam em um hospital universitario no que tange a relacao com seus pacientes.

Objetivos Secundarios:

- a) Delimitar o conceito de empatia de acordo com a perspectiva humanista e fenomenologica;
- b) Realizar encontros dialogicos com residentes de medicina que atuam em um hospital universitario a fim de que possam compartilhar suas vivencias sobre o tema;
- c) Elaborar narrativas compreensivas a partir desses encontros dialogicos;
- d) Aprender os elementos estruturais da experiencia dos participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta e uma pesquisa que implica baixo risco aos participantes, uma vez que estes serao convidados a falar de suas vivencias num encontro individual com uma pesquisadora que tambem e psicologa devidamente registrada no Conselho Regional de Psicologia, com experiencia clinica. Contudo, o encontro pode suscitar desconfortos, alteracoes no estado emocional ou lembrancas desagradaveis nos participantes, que serao acolhidos pela pesquisadora e, caso necessario, encaminhados ao Servico Escola de Psicologia da PUC Campinas para acompanhamento psicologico. Para os encontros que forem realizados por intermedio de Tecnologias de informacao e comunicacao, ressalta-se o risco de haver interrupcao de conexao ou energia e conseqüente interrupcao do encontro. Neste caso a pesquisadora entrara em contato com o participante por telefone para verificar a possibilidade de retomada ou suspensao do encontro. Encontros realizados remotamente tambem podem trazer riscos para a privacidade caso o participante nao

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 º Bloco A02 º Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.210.858

garanta um ambiente livre de interrupções e acesso terceiros em relação ao conteúdo de seu relato. Para minimizar esse risco, a pesquisadora orientará o participante sobre as questões que envolvem a privacidade e suspenderá o encontro caso perceba que o ambiente do participante não é propício para sua realização. A pesquisadora propõe plataformas específicas que utilizam tecnologia criptografada tais como Whereby, Skype e Zoom para os encontros remotos a fim de preservar as informações dos participantes que optarem por essa modalidade de encontro.

Benefícios:

A realização do encontro dialógico com cada participante propiciará a oportunidade de refletir sobre o modo como se relacionam com seus pacientes. Tal reflexão tem o potencial de desencadear um processo de ressignificação nos participantes, de modo que possam atribuir um novo sentido à relação com seus pacientes e promover mudanças no seu modo de estar com eles, tornando-os mais disponíveis a este relacionamento interpessoal. Isto contribuirá para o exercício da prática profissional do médico que se refletirá em benefícios aos pacientes atendidos. Refletir sobre a relação que estabelecem com os pacientes propiciará uma aproximação com o fenômeno e a compreensão dos elementos que contribuem para uma relação empática na clínica médica. Além disso, os resultados da pesquisa contribuirão para o desenvolvimento de recursos nos programas de formação médica no sentido de promover relações mais humanizadas no atendimento em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra relevante em termos do seu valor científico. A metodologia é adequada aos objetivos. O projeto transparece rigor e cuidado. Os compromissos éticos foram adequadamente indicados. O projeto prevê a realização de encontros dialógicos com 10 a 15 médicos residentes que serão convidados via setor responsável – Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição. Os encontros poderão acontecer presencialmente nas dependências do próprio hospital ou remotamente. Assinam documentos de anuência o Superintendente do Hospital e o Coordenador do COREME, manifestando a anuência e garantindo a existência de espaço adequado para os encontros presenciais, que pela própria natureza do ambiente, já prevêem todos os protocolos necessários em relação à pandemia da covid-19. No caso de encontros remotos, observa-se o cuidado em orientar os participantes quanto aos riscos e utilizar plataformas criptografadas que ofereçam segurança digital.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente preenchidos, assinados e contemplam a CIRCULAR – PROPESQ/CPGSS nº 19/2021 referente à Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD.

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbin, 1516 º Bloco A02 º Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.210.858

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências identificadas pelo CEP PUC-Campinas na reunião do dia 17/12/2021 foram atendidas pela pesquisadora. Diante disso, consideramos o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1803643.pdf	22/12/2021 17:16:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_alterado.pdf	22/12/2021 17:16:04	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	Oficio.pdf	22/12/2021 17:12:41	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.pdf	21/12/2021 23:07:05	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	Declaracao_Responsabilidade_Circular_019_2021_Anexo_01_orientador.pdf	25/11/2021 19:30:59	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	Circular_019_2021_Anexo_02.pdf	19/11/2021 18:47:45	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	Circular_019_2021_Anexo_01.pdf	19/11/2021 18:46:10	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_para_utiliza	19/11/2021	NADINI BRANDAO	Aceito

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.210.858

Outros	cao_de_dados.pdf	18:44:39	DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	declaracao_de_custos_e_recursos.pdf	19/11/2021 18:44:00	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	declaracao_de_ciencia_e_autorizacao_d o_coord_da_area.pdf	19/11/2021 18:43:27	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	Declaracao_de_ciencia_e_autorizacao_ da_instituicao.pdf	19/11/2021 18:42:24	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	carta_superintendencia.pdf	19/11/2021 18:41:45	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	Carta_Propesq.pdf	19/11/2021 18:41:22	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Outros	carta_CEP.pdf	19/11/2021 18:40:23	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_infraestrutura.pdf	19/11/2021 18:39:13	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Cronograma	Cronograma_da_pesquisa.pdf	19/11/2021 18:35:27	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	19/11/2021 18:07:37	NADINI BRANDAO DE SOUSA TAKAKI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 25 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Mário Edvin GreTERS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 ç Bloco A02 ç Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada *Empatia na relação médico-paciente: estudo fenomenológico com residentes de clínica médica* (CAAE), sob responsabilidade da pesquisadora Nadini Brandão de Sousa Takaki, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Campinas. O convite se deve ao fato de você ser médico(a) e estar cursando atualmente a residência em clínica médica.

O objetivo da pesquisa consiste em descrever e compreender a experiência de empatia vivenciada por médicos residentes de clínica médica no que tange à relação com seus pacientes. Os resultados da pesquisa permitirão compreender como se dá a relação com o paciente na referida área, possibilitando o desenvolvimento de estratégias que contribuam para o aprimoramento da atitude empática na formação médica, bem como para o aperfeiçoamento dos serviços humanizados de atendimento em saúde.

Para participar da pesquisa será necessário apenas disponibilizar um horário para compartilhar sua experiência em um encontro de aproximadamente 60 minutos que será realizado de forma individual com a pesquisadora responsável. O encontro será agendado previamente e poderá ocorrer de forma presencial nas dependências do Hospital ou da Universidade, ou por meio virtual através de Tecnologias da Informação e Comunicação, tais como Whatsapp ou Microsoft Teams, de acordo com a sua escolha. Neste caso é importante se atentar que o encontro ocorra em um local adequado para este fim.

Após o encontro, a pesquisadora redigirá uma narrativa contendo os elementos principais da experiência investigada. Quaisquer informações que possam identificá-lo serão omitidas; seus dados pessoais serão mantidos em sigilo a fim de preservar sua confidencialidade e a privacidade. As informações fornecidas serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Se você tiver interesse, poderá solicitar que seja marcado um horário para conversar sobre a narrativa construída a partir do(s) encontro(s), para solicitar alterações ou esclarecer dúvidas.

A participação na pesquisa proporcionará a você uma oportunidade de refletir sobre o modo como se relaciona com seus pacientes, podendo atribuir novos significados a essa relação. Caso o encontro suscite em você lembranças e sentimentos desagradáveis, eventuais desconfortos emocionais serão acolhidos pela pesquisadora, que é psicóloga com experiência clínica e devidamente inscrita no Conselho Regional de Psicologia (CRP nº 06/117017). Caso seja necessário, você será encaminhado para atendimento psicológico no Serviço Escola da Universidade.

Não há custo a você nem remuneração para participar da pesquisa. Você é livre para participar e pode desistir de sua participação a qualquer momento e por qualquer motivo, sem que haja qualquer prejuízo à sua pessoa.

Este documento está sendo disponibilizado para você por e-mail, constando a assinatura da pesquisadora responsável. Caso você aceite participar, deverá assinar e datar este documento e enviar uma via digitalizada para a pesquisadora, utilizando-se da mesma tecnologia de comunicação. Você deverá guardar uma cópia deste documento.

O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da PUC-Campinas, telefone de contato (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1.516, prédio A02, térreo– Parque Rural Fazenda Santa Cândida – CEP 13087-571 - Campinas – SP, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h. Eventuais esclarecimentos de ordem ética podem ser obtidos junto ao Comitê de Ética citado. Dúvidas referentes à pesquisa podem ser esclarecidas com a pesquisadora, através do telefone (19) 99900 2180 ou pelo endereço eletrônico nadinibrandao@gmail.com.

Nadini Brandão de Sousa Takaki
Pesquisadora responsável

Eu, _____, após ter lido este documento e ter minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora Nadini Brandão de Sousa Takaki, concordo em participar da pesquisa *Empatia na relação médico-paciente: estudo fenomenológico com residentes de clínica médica*, para a qual fui convidado. Declaro ainda ser maior de 18 anos.

Nome do participante: _____

Data de nascimento: ____/____/____ RG: _____

E-mail: _____ Telefone: () _____

Data: _____

Assinatura do Participante: _____