

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

GENI APARECIDA DE JESUS WOLF

**A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR MÉDICOS CIRURGIÕES:
UM ESTUDO PSICOLÓGICO**

CAMPINAS

2023

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

GENI APARECIDA DE JESUS WOLF

**A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR MÉDICOS CIRURGIÕES:
UM ESTUDO PSICOLÓGICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*
em Psicologia da Escola de Ciências da Vida - PUC-Campinas,
como exigência para obtenção do título de Doutor em Psicologia.
Orientadora: Profa. Dra. 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

150 Wolf, Geni Aparecida de Jesus
W853e

A experiência vivida por médicos cirurgiões: um estudo psicológico / Geni Aparecida de Jesus Wolf. - Campinas: PUC-Campinas, 2023.

189 f.

Orientador: Vera Engler Cury.

Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2023.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia. 2. Médicos - Cirurgiões. 3. Fenomenologia - Clínica médica. 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.

23. ed. CDD 150

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

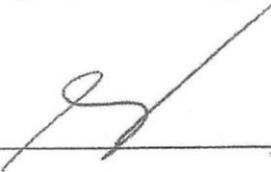
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM PSICOLOGIA

GENI APARECIDA DE JESUS WOLF

**A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR MÉDICOS CIRURGIÕES: UM ESTUDO
PSICOLÓGICO**

Tese defendida e aprovada em 15 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)



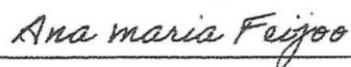
Prof. Dr. João Carlos Caselli Messias

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)



Profa. Dra. Elza Maria do Socorro Dutra

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)



Profa. Dra. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

*A Mauricio, Thais, Maisa e Julia,
razão de tudo*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela graça de Ser.

Durante esta longa trajetória, me deparei com pessoas que, de algum modo e, muitas sem sabê-lo, foram “presentes” que estiveram comigo e contribuíram para que a realização deste estudo fosse possível. São tantas. A todas elas dirijo a profunda gratidão que trago dentro de mim.

Aos meus pais, Neide e José, por toda a fundação que me deram e que me permite realizar no mundo.

Aos meus irmãos, Roque e Daniele, pelo carinho por mim e por aceitarem minha ausência.

A Mauricio, companheiro de vida, sempre apoiando e dando credibilidade, entusiasmado, aos meus projetos.

À Thais e Maisa, filhas queridas, mesmo distantes, presentes! Com apoio, paciência e carinho, aceitaram minha ausência.

À Julia, filha querida, que durante o “Mestado” brincava em meu colo ajudando a digitar a dissertação. Agora me foi companhia, socorro tecnológico, olhar empático e colo!

À Maria que, tantas vezes, brincou de estudar ao meu lado enquanto eu estava a estudar:

“Vovó, o que você estuda na sua escola?”

À Nana, professora caprichosa de bordados, que me ajudou nesta arte encantadora e que expressa o que em mim fez sentido durante os encontros dialógicos.

À Dinah Lewis, amiga-irmã, pela presença constante e sensível, ainda que distante, dando sentido à minha caminhada em todas as fases da pesquisa. *(To Dinah Lewis, sister-friend, for your constant and sensible presence, despite the distance, giving my journey meaning in every step of the research process).*

À minha orientadora e mestra, Profa. Dra. Vera Engler Cury, a quem admiro como pessoa e profissional, pela sua força, sabedoria e motivação em orientar as pesquisas e ser companhia e guia em todos os momentos da longa jornada. Sou profundamente grata pela sua confiança e respeito a mim e por me acolher entusiasmada no grupo de pesquisa. Sua competência, caráter, ética e generosidade intelectual me inspiram profundamente.

Ao Dr. José Gonzaga Teixeira de Camargo a minha admiração pelo profissional que pude conhecer e conviver durante o processo de inserção no campo de pesquisa. Pela calorosa receptividade com que recebeu a mim e a minha proposta.

À Dra. Renata de Angeli Corredato por sua disponibilidade e preciosas contribuições ao me introduzir no mundo dos cirurgiões. Minha admiração e respeito.

Aos mestres que compuseram a banca de qualificação da pesquisa, Profa. Dra. Tania Mara Granato e Prof. Dr. Egberto Turato, pela cuidadosa análise e significativas contribuições.

Aos participantes que se dispuseram a estar comigo, pela generosidade em permitir que eu me aproximasse de suas experiências marcantes e pudesse também por elas ser marcada.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa, Andreia Elisa Garcia de Oliveira, Guilherme Wykrota Tostes, Mharianni Ciarlini de Souza Bezerra, Nadini Brandão de Souza, Patricia Regina Bueno Incerpe, Gisella Mouta Fadda e Cintia Abreu, pelo companheirismo e discussões frutíferas.

Ao Prof. Mauro Amatuzy, por tanto que aprendo e pelo tanto que me nutro de acolhimento humano.

À Ramila Isa de Alencar Alkimim Ferrari, pela amizade que nasceu desta jornada juntas, e segue.

À Elizabeth Brown Valim Brisola, sempre presente com suas dóceis mensagens-surpresas e encontros de estudo repletos de competência e delicadeza.

Ao Tiago Bastos de Moura, amigo-companheiro sempre pronto a discutir apaixonadamente a fenomenologia.

À Renata Lagrotta, pela sua presença constante, suave e de apoio nesse percurso.

À Maria Amelia Gonçalves e Elaine Machado, do Programa de Pós-Graduação, pelo suporte fundamental, competente e sorridente, em todas as etapas do processo.

À revisora, Ana Dumelle, pelo cuidado e simpatia em acompanhar e corrigir meus escritos.

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

Resumo

O presente estudo objetivou apreender fenomenologicamente a experiência de médicos cirurgiões em relação à prática profissional, a partir do relato de suas vivências. A área da Cirurgia Geral integra diversos procedimentos cirúrgicos e não-cirúrgicos para tratamento de doenças benignas ou malignas, contemplando as mais diversas especialidades e se desenvolve tanto por meio de práticas convencionais, como por técnicas consideradas minimamente invasivas, como a cirurgia robótica. Essa pesquisa constituiu-se como qualitativa e de natureza exploratória, desenvolvida metodologicamente com base na fenomenologia proposta pelo filósofo alemão Edmund Husserl e teoricamente norteada pela Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo norte americano Carl R. Rogers. Foram realizados encontros dialógicos individuais com 9 cirurgiões, homens e mulheres, que integram a equipe de Cirurgia Geral de um Hospital Universitário, situado no interior do Estado de São Paulo. Após cada encontro, a pesquisadora redigiu uma narrativa compreensiva, contendo suas impressões, ideias e sentimentos sobre as experiências compartilhadas pelos participantes. A partir da análise do conjunto de narrativas individuais foi elaborada uma narrativa síntese de caráter interpretativo que buscou descrever os elementos estruturais do fenômeno em estudo. Os principais elementos significativos incluem as seguintes vivências: (1) potência e impotência; (2) tempo exíguo; (3) impactos da sobrecarga de trabalho na vida pessoal e na saúde; (4) imprevisibilidade; (5) a hierarquia e o trabalho em equipe; (6) fé e espiritualidade como aliadas. Este estudo possibilitou a emergência de uma perspectiva psicológica sobre a experiência subjetiva vivida por cirurgiões gerais. Seu resultado pode contribuir para a formação médica, assim como para o desenvolvimento de modalidades inovadoras no campo da prevenção e intervenção em saúde mental.

Palavras-chave: psicologia, médicos cirurgiões, pesquisa fenomenológica, atenção psicológica em instituições, experiência vivida.

Abstract

The present study aimed at phenomenologically apprehending the experience of surgeons in relation to their professional practice, from the report of their experiences. The area of General Surgery integrates several surgical and non-surgical procedures for the treatment of benign or malignant diseases, contemplating the most diverse specialties and is developed both through conventional practices and through techniques considered minimally invasive, such as robotic surgery. This research was qualitative and exploratory in nature, methodologically developed based on the phenomenology proposed by the German philosopher Edmund Husserl and theoretically guided by the Person-Centered Approach, developed by the American psychologist Carl R. Rogers. Individual dialogical meetings were held with 9 surgeons, both men and women, who integrate the General Surgery team of a University Hospital, located in the countryside of the State of São Paulo. After each meeting, the researcher wrote a comprehensive narrative containing her impressions, ideas and feelings about the experiences shared by the participants. From the analysis of the set of individual narratives, a synthesis narrative of interpretative character was elaborated, which sought to describe the structural elements of the phenomenon under study. The most significant elements include the following experiences: (1) power and impotence; (2) lack of time; (3) impacts of work overload on personal life and health; (4) unpredictability; (5) hierarchy and teamwork; (6) faith and spirituality as allies. This study enabled the emergence of a psychological perspective on the subjective experience lived by general surgeons that can contribute to medical training, as well as to the development of innovative modalities in the field of mental health prevention and intervention.

Keywords: lived experience, comprehensive narratives, psychology, psychological attention in institutions, surgeons, phenomenological research.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo aprehender fenomenológicamente la experiencia de los cirujanos en relación a su práctica profesional, a partir del relato de sus vivencias. El área de Cirugía General integra diversos procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para el tratamiento de enfermedades benignas o malignas, contemplando las más diversas especialidades y se desarrolla tanto a través de prácticas convencionales como a través de técnicas consideradas mínimamente invasivas, como la cirugía robótica. Esta investigación fue de naturaleza cualitativa y exploratoria, metodológicamente desarrollada con base en la fenomenología propuesta por el filósofo alemán Edmund Husserl y teóricamente orientada por el Enfoque Centrado en la Persona, desarrollado por el psicólogo norteamericano Carl R. Rogers. Fueron realizados encuentros dialógicos individuales con 9 cirujanos, hombres y mujeres, que integran el equipo de Cirugía General de un Hospital Universitario, localizado en el interior del Estado de São Paulo. Después de cada encuentro, la investigadora escribió una narrativa comprensiva conteniendo sus impresiones, ideas y sentimientos sobre las experiencias compartidas por los participantes. A partir del análisis del conjunto de narrativas individuales, se elaboró una narrativa de síntesis de carácter interpretativo, que buscaba describir los elementos estructurales del fenómeno en estudio. Los elementos más significativos incluyen las siguientes experiencias (1) poder e impotencia; (2) falta de tiempo; (3) impactos de la sobrecarga de trabajo en la vida personal y en la salud; (4) incertidumbre; (5) jerarquía y trabajo en equipo; (6) fe y espiritualidad como aliadas. Este estudio permitió el surgimiento de una perspectiva psicológica sobre la experiencia subjetiva vivida por los cirujanos generales que puede contribuir a la formación médica, así como al desarrollo de modalidades innovadoras en el campo de la prevención e intervención en salud mental.

Palabras clave: psicología, médicos cirujanos, atención psicológica en instituciones, experiencia vivida, narrativas comprensivas, investigación fenomenológica.

Lista de Figuras

Figura 1 – Casal grávido.....	62
Figura 2 – Depressão.....	68
Figura 3 – Cruz no esteto.....	81
Figura 4 – Tempo exíguo.....	86
Figura 5 – Notícia.....	94
Figura 6 – Insônia.....	104
Figura 7 – Negligência.....	112
Figura 8 – Ponte pênsil.....	123
Figura 9 – Pélvis.....	131

Lista de Tabela

Tabela 1 – Caracterização dos participantes.....	48
---	----

Lista de Siglas e Abreviações

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
AMB	Associação Médica Brasileira
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
MEC	Ministério da Educação
SBC	Sociedade Brasileira de Cirurgia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
PS	Pronto Socorro
CC	Centro Cirúrgico
IMC	Índice de Massa Corpórea
SUS	Sistema Único de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
CI	Comunicação Interna
SCUT	Serviço De Cirurgia, Urgência E Trauma
SPIKES	Setting - Perception - Invitation – Knowledge – Emotion - Strategy - Summary
COVID 19	<i>Corona Vírus Disease</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREME	Comissão de Residência Médica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. A CIRURGIA E O CIRURGIÃO	18
1.1. Um pouco de história	18
1.2. A formação em cirurgia geral	25
1.3. O perfil do cirurgião e seu cotidiano	27
2. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	30
2.1. Revisão da literatura.....	31
2.2. O método fenomenológico e a pesquisa psicológica	34
2.3. A psicologia humanista.....	41
2.4. Contexto de realização da pesquisa.....	43
2.5. Procedimentos desta pesquisa	44
Tabela 1 – Caracterização dos participantes.....	48
2.5.2 – Encontros dialógicos	48
3. DAS NARRATIVAS COMPREENSIVAS À NARRATIVA SÍNTESE	52
3.1. As narrativas compreensivas.....	54
Benjamin.....	54
Kypros.....	63
Margaret	69
Dênis.....	82
Nancy	87
Julio.....	95
Angelita	105
Merisa	113
Ivo.....	124
3.2. “Você já esteve em um centro cirúrgico?”: a experiência da pesquisadora	132
3.3. A narrativa-síntese.....	140
4. OS ELEMENTOS ESTRUTURAIS E A REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS..	146
4.1. A vivência da potência e da impotência	147
4.2. Tempo exíguo: tempo de si, para si, com a família e com o social	153

4.3. Os impactos da sobrecarga de trabalho na vida pessoal e na saúde	154
4.4. Vivência da imprevisibilidade	158
4.5. A hierarquia e o trabalho em equipe.....	160
4.6. A fé e a esperança como aliadas	162
CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
Referências Bibliográficas.....	168
APÊNDICES.....	181
Apêndice 1 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	181
Apêndice 2 – Cirurgiões Homenageados	183
ANEXO	187
Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP	187

(...)

*O que nós vemos das coisas são as coisas.
Por que veríamos nós uma coisa se houvesse outra?
Porque é que ver e ouvir seria iludirmo-nos
Se ver e ouvir são ver e ouvir?*

*O essencial é saber ver,
Saber ver sem estar a pensar,
Saber ver quando se vê,
E nem pensar quando se vê,
Nem ver quando se pensa (...)*

A. Caieiro

APRESENTAÇÃO

A clínica cirúrgica é uma área ampla de cuidados e o termo cirurgia é historicamente usado para descrever procedimentos que tratam doenças, lesões e deformidades. Vale-se tanto de técnicas manuais quanto de avançados recursos tecnológicos. A cirurgia também é utilizada como recurso de diagnóstico na coleta de material para análise patológica ou mesmo quando não há tempo para exames e a própria cirurgia é meio para detecção e reparação de anormalidades.

Os médicos cirurgiões geralmente trabalham com casos urgentes, eletivos ou emergentes. Tais categorias são necessárias para a acertada tomada de decisão: cirurgias de emergência e urgência requerem rápida intervenção quando o tempo pode fazer a diferença no salvamento. A cirurgia eletiva pode ser adiada, programada e planejada, otimizando tempo, procedimento e resultado final. O cirurgião tem suas mãos empregadas no ofício, seja manualmente ou através de instrumentos ou ainda através de seu toque, examinando um paciente.

O interesse pela presente pesquisa surgiu da conversa entre um cirurgião e uma psicóloga após uma cirurgia. Ele falava do quanto tinha sido exigido em sua capacidade técnica e psicológica devido a uma imprevisível intercorrência durante o procedimento que acabara de vivenciar. Completou que talvez estivesse aí um bom tema de pesquisa para os psicólogos. A pesquisadora então se interessou em investigar tais impactos nos médicos cirurgiões, do ponto de vista da Psicologia. O que já teriam investigado a respeito das experiências desses profissionais?

Deparou-se com lacunas de estudos e pesquisas que tratassem desse tema em específico. Em geral, as pesquisas estão pautadas nas investigações acerca das comparações entre médicos clínicos e médicos cirurgiões, seus perfis, técnicas utilizadas, tecnologias e resultados de cirurgias. Os trabalhos que versam especificamente sobre os médicos cirurgiões focam em efeitos físicos e sintomas resultantes da rotina e contexto exigente da carga de trabalho.

Em etapa preliminar ao delineamento da pesquisa, a pesquisadora se encontrou com um cirurgião que se voluntariou a auxiliá-la com informações básicas sobre a formação e rotina de médicos cirurgiões. Este encontro foi primordial para localizar a pesquisadora no universo tão diverso que adentrava e pode formar um entendimento para posterior delineamento e planejamento do que veio a ser a pesquisa que ora apresentamos.

Desse modo, o estudo objetivou apreender fenomenologicamente a experiência de médicos cirurgiões em relação à prática profissional, a partir do relato de suas vivências, sob um ponto de vista psicológico.

Este estudo está organizado em capítulos, assim distribuídos:

Capítulo 1 – A cirurgia e o cirurgião

Apresenta uma introdução sobre a cirurgia e o cirurgião, passando pelos seguintes âmbitos:

- breve história da cirurgia e do cirurgião;
- a formação em cirurgia geral;
- o perfil do médico cirurgião e seu cotidiano.

Capítulo 2 – Desenvolvimento da pesquisa

Apresenta o caminho metodológico adotado para a realização do estudo, incluindo os fundamentos epistemológicos do método fenomenológico e a teoria humanista que o embasam, bem como os procedimentos que foram utilizados:

- levantamento de literatura;
- o método fenomenológico e a pesquisa psicológica;
- a psicologia humanista;
- contexto em que o estudo foi realizado;

- procedimentos da pesquisa;
- participantes;
- conceituação dos Encontros Dialógicos.

Capítulo 3 – Das narrativas compreensivas à síntese criativa

Neste capítulo, apresentam-se as narrativas compreensivas registradas a partir do encontro dialógico que foi realizado com os participantes, seguidas pela narrativa síntese desenvolvida pela pesquisadora e a síntese criativa em que foi utilizado o bordado para interpretar cada narrativa compreensiva. O capítulo inclui, portanto:

- narrativas compreensivas de 9 participantes;
- a narrativa síntese.

Capítulo 4 – Elementos estruturais e a reflexão sobre os resultados

No último capítulo, apresentam-se os elementos estruturais do fenômeno estudado. Aqui estão incluídas as discussões acerca de cada um dos 6 elementos estruturais desvelados, seguidas por uma reflexão sobre os resultados nas considerações finais.

“Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Hígia e Panacea e por todos os deuses e deusas, a quem conclamo como minhas testemunhas, juro cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue(…)”

(Juramento de Hipócrates)

1. A CIRURGIA E O CIRURGIÃO

1.1. Um pouco de história

Etimologicamente, o termo cirurgia vem do latim *chirurgia*, que significa “o que trabalha com as mãos” ou “trabalho manual”. Por sua vez, o termo *chirurgia* deriva do grego *kheirourgia*, formado pela junção das palavras *kheiros*, que significa “mão”, e *érghon* que quer dizer “obra”. Literalmente o vocábulo compõe o significado de “o que trabalha com as mãos”. Já o termo *cheirourgos* pode ser encontrado em autores gregos clássicos, assim como, através dos tempos, foi se modificando e conhecidos como: *cirurgien/surgien/chirurgien* em francês, *surgeon* em inglês (Tubino & Alves, 2015).

Em todas as civilizações e culturas, o saber médico e seus procedimentos se relacionaram e guardaram peculiaridades com cada uma delas, a seu tempo, buscando a harmonia em suas crenças, sua tecnologia e seus recursos.

Nos primórdios, a cirurgia era o último recurso adotado, quando não houvesse mais medicamentos ou tratamentos que restabelecessem a saúde dos pacientes. Com a evolução do conhecimento na área, a cirurgia passou a figurar como tratamento de doenças.

Os primeiros registros de procedimentos invasivos foram encontrados na Europa mediterrânea, sendo crânios com cicatrizes ósseas, resultados de trepanações, datados no período neolítico (ca. 10000 a 70000 a.C.), provavelmente fruto de rituais religiosos realizados por feiticeiros, mas podendo ser também para alívio de pressão intracraniana (Amato, 2020).

O Professor de Cirurgia Amato (2020), em seu livro sobre a história da cirurgia, argumenta que o conhecimento de anatomia, a atuação dos microrganismos nas infecções e a

descoberta da anestesia, constituem os 3 pilares da cirurgia. Antes destes eventos, as cirurgias eram cruéis para os pacientes que se submetiam a intervenções a sangue frio, conscientes e expostos a contaminações no pós-operatório. As cirurgias eram realizadas no menor tempo possível, a fim de evitar mortes por hemorragia.

Nas culturas primitivas antigas, a cirurgia tratava geralmente de feridas e lesões ósseas, utilizando-se de vegetais e ervas como agente de constrição e adstringência, sangrias, torniquetes para o controle de hemorragias, retirada de flechas, drenagem de abscessos, suturas com utilização de agulhas de ossos e fios de tendões, além do uso de substâncias alcoólicas como atenuantes para a dor.

Na Grécia Antiga, os tratamentos cirúrgicos se limitavam a lesões externas e hemorragias provocadas por armas em campos de batalha. Mas a prática dos procedimentos era envolta em mitologia e pensamento mágico que explicavam doenças e patologias do corpo. O conhecimento médico era reservado a guerreiros e outras pessoas especiais, chamados asclepiades, referindo-se a Asclépio, ou Esculápio em latim (*Aesculapius*), na mitologia filho do deus Apolo com a ninfa mortal Corônis. Existem diferentes versões a respeito de seu mito, sendo que a mais prevalente conta que ele foi enviado para ser criado por Quíron¹.

De acordo com a lenda, Esculápio teve 3 três filhas: Panaceia, deusa da cura de todos os males; Iaso, deusa dos remédios e Higeia deusa da preservação da saúde. Na *Ilíada* de Homero, seu nome é encontrado e descrito como um mortal governante que havia ensinado a arte aprendida com Quíron para seus dois filhos, Podalírio e Macaao/Machaon, (Ujvari, 2003). O nome de Machaon prevaleceu como pai da cirurgia naquela civilização e tempo histórico (Amato, 2020).

Na orla do mediterrâneo ocidental, foram erguidos templos (*asklepieion*) que acolhiam doentes que eram tratados pelos sacerdotes-médicos que lá se formavam e dirigiam os serviços

¹ Quíron: Centauro inteligente, filho de Crono e Filira, civilizado e bondoso, conhecido pelas habilidades e conhecimento da medicina que o ensinou na arte da caça, das ervas medicinais e das cirurgias.

de tratamento. Eram denominados asclepiades e se utilizavam de procedimentos terapêuticos e espirituais (Ujvari, 2003).

Num desses templos, localizado na ilha de Cós, formou-se o asclepiades Hipócrates (ca 470 a.C.) considerado uma das figuras mais importantes da história da medicina, frequentemente chamado de “pai da medicina”. Apesar de sua biografia incerta, veio de uma família que praticava, por gerações, cuidados com a saúde, sendo líder na chamada Escola de Cós e responsável pela coletânea Hipocrática, ou *Corpus Hippocratium*.

A coletânea foi compilada da Biblioteca de Alexandria (ca IV a. C.) e possui cerca de 72 livros e 59 tratados, incluindo escritos de muitos autores de Cós e região e sobre diferentes áreas e práticas da medicina. Os tratados mais completos do *Corpus* discorrem sobre cirurgia (Amato, 2020; Ujvari, 2003). Nesses textos, são discutidas enfermidades como luxações, fraturas, ferimentos em cabeça, úlceras, tumores, fístulas, que eram tratadas com operações e manipulação, cujas técnicas são descritas em minúcias.

Tais obras revelam a consistência e o pragmatismo legado pelo *Corpus* e uma ruptura com as práticas mágicas e primitivas com que se tratava a saúde, apontando um conhecimento científico. Hipócrates acreditava que o corpo humano estava em harmonia com a *physis*, natureza, e esse conceito serviu de base para posteriores diferenciações entre o normal (harmonia) e o patológico (desarmonia).

A cirurgia na Roma Antiga se desenvolveu a partir das técnicas gregas. Galeno de Pérgamo (129-200), assim como outros médicos romanos, seguindo o pensamento de Hipócrates, aprimorou seu conhecimento e prática cirúrgica, combinando o conhecimento médico grego e romano.

Aulus Cornelius Celsus (14 a 37 d.C.), nobre romano, embora não fosse médico, escreveu uma obra notável que tentou compilar todos os conhecimentos médicos da época, descrevendo no *Libri VII* sobre cirurgia: amputações, suturas, ligaduras, cirurgias orais, cirurgia de catarata,

ginecologia e neurocirurgia, além de secção de vasos sangrantes. Utilizavam-se de instrumentos como cateteres, curetas, sondas, pinças e alavancas ósseas, tesouras e facas (Amato, 2020; Clendening, 2019). Celsus descreve o cirurgião perfeito como um homem jovem, com mãos fortes, firmes olhos aguçados, espírito forte, senso de empatia e compaixão.

Vargas et al. (2012) mencionam que a história do saber e da prática médica ocidental, originária das culturas do mediterrâneo, mais especificamente a hipocrática, e seu conceito de *physis*, tem sido o sistema canônico prestigiado desde a Grécia até a revolução industrial. Aponta, entretanto, que em termos históricos e de ato médico, a medicina egípcia antecede o corpus hipocrático. Mais especificamente está se referindo ao papiro de Edwin Smith e as revelações acerca do corpo de conhecimento que, segundo o historiador inglês, Roy Porter (1998) reunia componentes empíricos com crenças mágico-religiosas na medicina egípcia (Vargas, 2012). Mesmo assinalando o aspecto mágico envolvido, Vargas et al. (2012) consideram, de uma perspectiva histórica geral, que a medicina egípcia tem um histórico válido de conhecimento e prática sérios.

O papiro foi comprado por um negociante norte-americano, Edwin Smith, que se interessou por egiptologia e em 1858 mudou-se para Luxor, onde adquiriu o papiro de um comerciante nativo da cidade. A tradução do papiro se deu em 1920, depois da morte de Edwin, por um professor de fisiologia da Universidade de Chicago e amante da história da medicina. Data de 1600 a.C., acredita-se que seja uma cópia de um papiro mais antigo, 3000 a.C., e pode corresponder ao “Livro Secreto do Médico”. O papiro é de natureza objetiva e científica, sem menções religiosas ou místicas. Revela o nascimento de um processo científico na medicina antiga: a observação objetiva, a coleta e a classificação dos fatos, o raciocínio indutivo, o plano de tratamento (anamnese, exame, diagnóstico e tratamento) do uso de curativos, a sutura cirúrgica e cauterização e o uso de salicilato como analgésico e anti-inflamatório.

Vargas et al. (2012) colocam uma questão: a medicina egípcia teria sido levada para a Grécia, sendo desenvolvida pela medicina hipocrática? Segundo eles, o conhecimento dos egípcios sobre a anatomia humana é superior ao que se desenvolveu posteriormente e lança a possibilidade de isso se deve ao valor sagrado que era atribuído aos mortos e aos corpos nessa época.

Clendening (2019), entretanto, afirma que desde o mais antigo registro até o final do século XIX, a prática da cirurgia pouco se transformou, pois foram milhares de anos pré-científicos, pré-anestésicos e pré-antissépticos. Os pacientes eram operados totalmente conscientes e como última esperança de cura e salvação. Ressaltando-se que as cirurgias tratavam de órgãos e patologias externas, anomalias que pudessem ser visualizadas.

Desde o século XIV e subsequentes, a maioria dos tratamentos cirúrgicos estava a cargo de cirurgiões-barbeiros, cujo ofício era passado de pai para filho, que além de fazer a barba e cortar o cabelo, suturavam ferimentos, faziam sangrias e extraíam dentes.

A profissão médica compreendia 3 classificações: os médicos, com conhecimentos teóricos, usavam o latim e eram considerados a elite da profissão; os cirurgiões, que tratavam feridas e traumatismos externos e por último estavam os cirurgiões-barbeiros que faziam sangrias, curativos, aplicação de óleos e unguentos, além de outros procedimentos menos invasivos. Concorriam, com frequência, com os cirurgiões.

Ambroise Paré (1510-1590) foi aprendiz de cirurgião-barbeiro, no interior da França. Trabalhou, ainda jovem, no Hospital mais antigo de Paris, logo demonstrando habilidade cirúrgica, aprendendo muito sobre anatomia e disseções em cadáveres. Sua excelência no ofício levou-o a se tornar cirurgião militar do exército francês, época em que, diante de tanto trabalho, desenvolveu seu próprio método de tratamento aos ferimentos por arma de fogo. Paré ficou famoso por mudar o tratamento estabelecido pelo conceituado cirurgião e traumatologista italiano, Vigo, e descrito em sua obra "*Practica in chirurgia*" (Rezende, 2009).

Paré é considerado o pai da cirurgia moderna por alguns historiadores da medicina e cirurgia, pois suas contribuições não se limitaram ao tratamento descrito, mas também inventou vários instrumentos cirúrgicos, desenvolveu técnicas em neurocirurgia, urologia, ortopedia e foi pioneiro nas ligaduras arteriais durante as amputações. Escreveu importantes trabalhos sobre medicina infantil, nutrição, traumas e queimaduras pediátricas (Rezende, 2009; Townsend Jr et al., 2019; Tubino, 2015). Em sua obra *“Dix livres de la chirurgie: avec le magasin des instruments necessaires à icelle”*, de 1564, encontram-se descritos seus feitos como cirurgião.

Para Paré, cinco coisas são próprias aos deveres do cirurgião: *“eliminar o supérfluo, restaurar o que se deslocou, separar o que se uniu, reunir o que se dividiu e reparar os defeitos da natureza”*. Sua frase *“Eu faço o curativo e Deus cura”* ficou imortalizada.

Pouco a pouco, porém, o avanço da medicina e da cirurgia tornou impossível essa divisão de tarefas e inevitável que um cirurgião não tivesse também a formação médica completa. E Paré foi um dos principais responsáveis pela mudança da denominação de cirurgião-barbeiro para o status de médico.

A liberação para realização de dissecções de cadáveres por parte da Igreja, revertida pelos Papas Sisto IV (1414-1484) e Clemente VII (1478-1534), impulsionou o conhecimento da anatomia, fundamental para o avanço da cirurgia.

Andreas Vesalius (1514-1564) e seu célebre tratado *“De Humani Corporis Fabrica Libri Septem”*, de 1543, foi o divisor de águas nos estudos anatômicos, corrigindo erros de predecessores, como Galeno, por exemplo, que apoiavam seus estudos na dissecação animal e não humana. Vesalius também inovou em suas observações anatômicas apontando que a dissecação deveria ser feita pelos próprios médicos (Townsend Jr et al., 2019).

A incapacidade de realizar operações sem dor foi das maiores dificuldades e terrores enfrentados pela medicina e seus pacientes na era pré-científica e pré-anestésico. Alguns soporíferos (haxixe, ópio) foram usados por milhares de anos, mas eram limitados em seu poder

anestésico. Cirurgias mais longas, sistemáticas e profundas tiveram que esperar até que o óxido nítrico, éter sulfúrico, cocaína, clorofórmio, infiltrações, bloqueios e raquianestesia fossem testados com sucesso ao longo dos séculos 1800-1900, em diferentes partes do mundo. A anestesia mudou o paradigma do potencial da cura pela cirurgia e seu grande avanço se deu com a introdução de agente anestésico intravenoso (tiopental sódico) por volta de 1934.

Apesar deste pulo tecnológico, a preocupação com o pós-operatório e as infecções impediam a evolução na medicina cirúrgica. Controlada a dor, a ausência de assepsia podia levar à morte um paciente, por infecção.

Joseph Lister (1827-1912), cirurgião inglês, estudou os processos de fermentação baseando-se nos estudos do químico francês Louis Pasteur (1822-1895), demonstrando que o crescimento das bactérias (germes invisíveis, como denominou) eram os impeditivos de cicatrizações. Propôs a prevenção através de solução anti bactericida sobre o local afetado. Foi dos poucos cirurgiões da época a se familiarizar com microscópio, projetado por seu pai, Joseph Jackson Lister, ajudando-o na compreensão dos microrganismos estudados por Pasteur (Fitzharris, 2019). Ao longo dos anos vindouros, os princípios de antissepsia deram lugar à assepsia, tentando eliminar totalmente as bactérias.

O trabalho precursor de Lister foi validado nos campos de batalha da Primeira Guerra Mundial, quando a assepsia era impossível de ser atingida. Uma técnica de irrigação com solução antisséptica foi utilizada em feridos e as técnicas de antissepsia e assepsia foram aceitas e preconizadas como rotineiras na prática cirúrgica. Como desdobramento, precauções de contaminações foram sendo adotadas posteriormente, como toucas, batas, cortinas, luvas e máscaras.

Além da anestesia e assepsia, outros importantes marcos na evolução da medicina cirúrgica moderna foram a descoberta do Raio X, a transfusão de sangue e a biopsia (biopsia de

congelamento), aperfeiçoando capacidades de diagnóstico cada vez maiores, surgindo daí a patologia cirúrgica, como marco científico.

Os cirurgiões passaram a especialistas no campo da medicina, estabelecendo programas de educação cirúrgica, graduação e pós-graduação, residências, treinamentos diversos, e consolidando sociedades profissionais e órgãos reguladores que conferissem à ética os limites da técnica e oferecessem um *corpus* de conhecimento de especialistas em procedimentos confiáveis e seguros.

O primeiro colégio de cirurgiões, *American College of Surgeons*, nos Estados Unidos da América, estabeleceu-se nos moldes dos já existentes na Inglaterra, na Alemanha e no resto da Europa e do mundo.

A necessidade de compartilhamento de notícias de pesquisas e inovações técnicas fomentaram as publicações científicas e especializadas, estabelecendo, na metade do século XX, a ascensão e o reconhecimento social e científico da especialidade dentro da Medicina.

A medicina e a clínica cirúrgica têm assistido nas últimas décadas a uma evolução, incorporação e transformação pela integração da tecnologia na prática da clínica cirúrgica. A automação e a robótica têm se tornado rotina em centros cirúrgicos.

Entretanto, a última versão do *“Sabiston tratado de cirurgia”* (2019) enfatiza em seu capítulo primeiro sobre a história da cirurgia que *“a automação robotizará a mão do cirurgião para determinados procedimentos. Ainda assim, as ciências cirúrgicas sempre manterão suas raízes históricas como fundamentalmente uma arte ou artesanato”*.

1.2. A formação em cirurgia geral

A cirurgia geral é uma especialidade dentro da medicina, que tem como pré-requisito a formação em medicina e cujo acesso se dá através de concurso de residência médica ou programas de pós-graduação. A residência médica é um recurso instituído mundialmente e

considerado primordial na formação do cirurgião. Tradicionalmente, a residência foi introduzida pelos professores de Cirurgia e Clínica Médica, do Hospital da Universidade Johns Hopkins (Baltimore, Estados Unidos), William Halsted e William Osler, por volta de 1889, com treinamento em dedicação integral e estilo de vida restrito ao âmbito do hospital, onde os residentes moravam (Martins, 2005).

No Brasil, o primeiro programa de residência médica foi criado em 1945 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e em 1948 o Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro abre diversos programas, incluindo cirurgia geral.

Na década de 1970, com o aumento da procura pelas especializações e oferta de opções em residências médicas, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A residência médica com processo de seleção, fiscalização e credenciamento foi instituída pelo Decreto nº 80.281, em 1977, e é uma modalidade de ensino de pós-graduação, sendo considerada “padrão ouro”² de qualificação na formação do especialista médico. Esse mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), cujo sistema é utilizado para o acompanhamento de processos referentes à residência médica (MEC).

A especialidade é caracterizada pelo treinamento em serviço em diferentes instituições de saúde, sejam elas universitárias ou não, de caráter público (municipal, estadual ou federal) ou privadas, conduzida sob orientação e preceptoria de profissionais médicos qualificados ética e profissionalmente. Em geral, os programas têm a duração aproximada de três anos, habilitando o médico à realização de diagnósticos, tratamentos de doenças que requeiram procedimentos cirúrgicos, atendimentos e intervenções básicas, além de urgências e emergências (CFM)³.

A cirurgia é uma especialidade essencialmente articulada na prática, desenvolvendo a habilidade técnica no exercício frequente do praticar, inicialmente na residência e posteriormente

² Na medicina é um teste padrão que serve de comparação por parte de outros testes, com a finalidade de avaliar a exatidão deles, em resultados que nos assegurem o máximo de acertos de forma a estabelecer o diagnóstico real.

³ Resolução do Conselho Federal de Medicina, n. 1.451, de 1995.

com a experiência. Por esta razão, a residência médica tem sido considerada pelos educadores como método eficiente de treinamento após a graduação desde que foi instituída (Santos, 2016).

Em 2002, durante o *European Surgical Association Meeting*, foi discutido o decréscimo da procura para a especialidade de cirurgia geral nos Estados Unidos, ressaltando a preocupação com a possível falta desse tipo de força de trabalho. O cenário apontava para motivos ligados às características inerentes à ocupação desse profissional: tempo de formação, longas jornadas de trabalho, intensa dedicação aos casos graves, elevado número de plantões, prolongados períodos em centros cirúrgicos, o peso da responsabilidade, remuneração não condizente, estilo de vida, entre outros (Santos, 2016). Desde então, nos Estados Unidos, a procura pela cirurgia geral ao término da graduação continua em queda, de 12% para 6%. Aparentemente, a diminuição da procura estaria ligada a opções voltadas para especialidades menos exigentes e que permitam melhor estilo e qualidade de vida do que a da Cirurgia Geral (Rasslan et al., 2018). Além disso, a tendência das subespecialidades ou mini especialidades que trazem a possibilidade de atuação em um determinado segmento. Alia-se a isso o avanço tecnológico com as vídeo-cirurgias e a robótica, delineando o futuro da cirurgia e das superespecializações. Tais dados, parecem mostrar que os futuros médicos da geração *millennials* (ou geração Y) buscam uma outra qualidade de vida.

1.3. O perfil do cirurgião e seu cotidiano

Como em todas as profissões, a profissão do médico e as especialidades médicas têm suas representações sociais e estereótipos.

A psicóloga Patrícia Lacerda Bellodi (2004), em sua tese de doutorado “O Clínico e o Cirurgião: estereótipos e especialidades”, investigou e caracterizou junto a estudantes do último ano em programas de residência em geral, os estereótipos associados à figura do médico clínico

e do médico cirurgião, abordando que os estereótipos são representações sociais simplificadas e categorizadas sobre determinadas pessoas ou grupos sociais.

No estudo de Bellodi (2004), o médico cirurgião foi geralmente descrito pelos estudantes como sendo: prático e objetivo (indo direto ao ponto da questão), resolutivo, rápido nas tomadas de decisão (evitando o atraso), técnico com habilidades manuais, onipotente, estilo de vida estressante, resistente ao estresse, decidido, confiante e corajoso.

Em contrapartida, o clínico foi representado pelos residentes principalmente como um médico sensível, reflexivo, próximo e preocupado com o paciente, calmo, tranquilo, com habilidades, detalhista e metucioso, pouco resolutivo e demorado para tomar decisões, que trabalha mais com probabilidades e hipóteses.

Percebe-se neste estudo, que a visão sobre os médicos cirurgiões está colocada como se estivesse em polo oposto aos médicos clínicos, devido às qualidades distintas atribuídas a eles e que podem ser perpetuadas em corredores de serviços de saúde. E, de fato, os atributos de resistência física, controle do fator emocional e segurança na tomada de decisão são comumente encontrados em textos que falam sobre a especialidade, facilmente observados em anúncios de pós-graduação ou residência médica para estudantes ingressantes.

Estudos internacionais apontam altos níveis de exaustão emocional no cotidiano de cirurgiões, como *stress* e síndrome de *burnout*. Klimo et al. (2013) indicam 27% de acometimento de síndrome de *burnout* em pesquisa realizada entre neurocirurgiões nos EUA, enquanto Businger et al. (2010) sugerem 39% de moderado a alto índice de incidência de síndrome de *burnout* entre residentes em cirurgia na Suíça. Em outro estudo com 575 cirurgiões urológicos, demonstrou-se moderado nível de exaustão emocional e despersonalização em avaliações sobre síndrome de *burnout*. Metade dos respondentes revelaram fazer uso de automedicação sem prescrição e uso de álcool no combate aos sintomas e sinais desta síndrome.

Considerando-se que o bom resultado das cirurgias não depende unicamente de habilidades técnicas do cirurgião, mas também de seu bem-estar físico, mental, relacional e satisfação pessoal, torna-se primordial conhecer, identificar e encaminhar eventuais impactos psicológicos no cotidiano desses profissionais (Laurino Neto & Herbella, 2019).

“O objeto é, antes de mais nada, fruto de exploração e da visada de um sujeito”

(Cury & Dutra, 2021)

2. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido como uma pesquisa qualitativa de cunho exploratória. Creswell (2010) descreve a pesquisa qualitativa como uma possibilidade de exploração, descoberta e compreensão de significados atribuídos por indivíduos ou grupos a um fenômeno social ou humano. A abordagem qualitativa distingue-se também por evidenciar singularidades e possibilitar abordar o mundo onde os fenômenos são vividos em todas as suas dimensões, individuais ou coletivamente, de modo a compreendê-los, descrevê-los e explicá-los (Flick, 2009).

Além disso, permite ao pesquisador um aprofundamento na realidade ao buscar a compreensão do universo das relações, valores, atitudes, significados, percepções, motivações e demais elementos da experiência humana que não podem ser quantificados e reduzidos a variáveis (Minayo, 2011).

Nessa perspectiva, o pesquisador se torna instrumento e parte engajada no processo de investigação, tal como ela é vivenciada em sua realidade concreta, relacionando-se intersubjetivamente com o fenômeno.

O pesquisador que se propõe a ir a campo se vale da oportunidade de se aproximar do contexto em que se dá o fenômeno de interesse e do contato direto com o participante, podendo compreender de forma mais detalhada, genuína e integrada, através da máxima articulação contexto-pesquisador-participante. Neste tipo de pesquisa, o pesquisador é instrumento ativo e de acesso no âmbito na investigação, mergulhando e afetando-se, ele próprio, na realidade dos sujeitos, a fim de conhecer subjetividades e significados atribuídos por eles próprios em seu modo de operar no mundo (Brisola & Cury, 2018).

O presente estudo, então, está fundado na condição de não levantamento de hipóteses, conceitos ou teorias *a priori*, mas numa atitude fenomenológica e de abertura à exploração e compreensão do fenômeno a ser conhecido (Fadda, 2015).

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa é norteada pelos princípios formulados pelo filósofo alemão Edmund Gustav Albrecht Husserl (1859-1938).

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa, que também lida com fatos humanos, e o método fenomenológico, que se ocupa da busca do sentido do Ser, mostram-se especialmente adequados para atender nosso interesse em compreender as experiências vividas por médicos cirurgiões em seu cotidiano profissional, além de ser este um estudo no campo da psicologia.

Como base teórica, adotou-se a perspectiva psicológica humanista, mais especificamente a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), fundada pelo psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers (1902-1987).

A interação com os participantes se deu através de encontros dialógicos, realizados individualmente com cada um deles, numa interação sujeito-sujeito. Como estratégia metodológica, utilizaram-se as narrativas compreensivas elaboradas após cada encontro, iniciando o processo de análise que posteriormente se desdobrou na narrativa-síntese.

2.1. Revisão da literatura

Para iniciar este estudo, foi realizada uma revisão de literatura utilizando o portal CAPES / MEC, base de dados LILACS do *Index Psychology*, base de dados *ClinicalKey* da Elsevier, PubMed, Wiley Online Library, Scielo.org e Google Scholar. A fim de desenvolver uma visão integrada da conversa acadêmica sobre o tema, foram reunidos artigos revisados por pares dos últimos 5 anos (2016-2021), além dos seguintes descritores, tanto em português quanto em inglês: “médicos cirurgiões”, “aspectos psicológicos” e “experiências e vivências de médicos cirurgiões”.

Foram encontrados estudos que abordam: os efeitos de problemas psicológicos tanto do paciente quanto do médico cirurgião nos resultados cirúrgicos (Laurino Neto & Herbella, 2019); a existência de uma personalidade do médico cirurgião (Whitaker, 2018); níveis de inteligência emocional de médicos cirurgiões e os benefícios de inteligência emocional para tais profissionais (Sharp & Bourke, 2020); o efeito e o impacto da resiliência emocional na performance de médicos cirurgiões (Murden et al., 2018); o impacto da morte de pacientes sobre o cirurgião (Joliat, Demartines & Uldry, 2019); o impacto das complicações pós-operatórias sobre o cirurgião e seu bem-estar (Vitous et al., 2021); efeitos de incidentes cirúrgicos na equipe de cirurgia e seus comportamentos subsequentes (Serou et al., 2017); a influência das respostas ao estresse no desempenho cirúrgico e nos resultados (Chrouser et al., 2018); o impacto psicológico de Eventos Adversos intraoperatórios (EAI) sobre os cirurgiões e a atitude dos cirurgiões sobre relatórios de EAI (Han et al., 2017); as experiências subjetivas dos cirurgiões quanto ao estresse no local de trabalho (McQueen, Hammond Mobilio & Moulton, 2021); a prevalência da Síndrome de *Burnout* em cirurgiões (Novais et al., 2016) e sobre a diferença na qualidade de vida entre médicos clínicos e médicos cirurgiões (Sanchez et al., 2018).

Os achados da revisão da literatura apontam para uma lacuna em relação aos aspectos das experiências individuais e subjetivas dos cirurgiões. Embora aspectos da saúde mental do cirurgião tenham sido explorados, a discussão é muitas vezes estruturada coletivamente e se concentra nos impactos negativos que a profissão pode ter sobre os cirurgiões, como estresse, medo e síndrome de *burnout*. Outras pesquisas se concentram nas ocorrências de eventos adversos, como erros médicos no intraoperatório ou morte de pacientes, mais uma vez contemplando as situações e as experiências negativas inerentes à profissão, que podem acarretar problemas de saúde mental. Portanto, a maneira como tais experiências são vivenciadas individualmente pelo cirurgião em sua prática diária ainda é subdesenvolvida na literatura científica.

De acordo com estudos conduzidos com médicos cirurgiões, (Laurino Neto & Herbella, 2019) os resultados de cirurgias não estão somente vinculados à performance técnica destes profissionais, mas também à sua qualidade de vida e saúde mental. Por exemplo, altos níveis de estresse e estressores como privação de sono afetam a habilidade técnica, podendo comprometer desempenho e resultados cirúrgicos (Laurino Neto & Herbella, 2019). Entretanto, o cirurgião pode experimentar uma miríade de emoções que nascem de sua atividade profissional diária, inclusive aquelas ligadas a aspectos positivos e de sucesso. Observa-se uma predominância de pesquisas que se preocupam com fatores contextuais como condições e quantidade de trabalho, a rotina extenuante, estilo e qualidade de vida. Aspectos positivos da profissão são ofuscados na literatura pelos negativos, dificultando o alcance de uma compreensão abrangente de todo o espectro de emoções envolvidas na vivência profissional diária de médicos cirurgiões. Deste modo, foi possível perceber uma lacuna de pesquisas brasileiras na área da psicologia que busquem compreender a experiência subjetiva de médicos cirurgiões.

Assim, o presente estudo visou a preencher essa lacuna por meio de lentes singulares que abranjam um espectro além das experiências negativas e do adoecimento mental ocupacional, comumente referido na literatura (Joliat, Demartines & Uldry, 2019; Vitous et al., 2021; Serou et al., 2017; Han et al., 2017; McQueen, Hammond Mobilio & Moulton, 2021; Novais et al., 2016). Ao convidar os médicos cirurgiões a falarem de suas vivências por meio de uma pergunta, que é ao mesmo tempo norteadora e ampla, abre-se espaço para a expressão de outros elementos emocionais que possam emergir.

O presente estudo pode, desta forma, contribuir para um melhor entendimento das vivências emocionais de médicos cirurgiões no nível pessoal, institucional e coletivo. No âmbito pessoal os encontros dialógicos podem apresentar uma oportunidade para que cirurgiões participantes entrem em contato com suas experiências e emoções, desvelando novos sentidos para sua atuação, para sua prática cotidiana e para sua experiência como pessoa. No nível

institucional, os conhecimentos revelados pelo estudo podem ajudar serviços de saúde a compreenderem e elaborarem estratégias de suporte e políticas de intervenção e atenção à saúde mental desses profissionais. No aspecto coletivo, espera-se que deste estudo possam derivar aprendizados tanto para a área da psicologia quanto para a da medicina – representadas pelas sociedades, associações e conselhos, pois se acredita que conhecer a realidade das experiências emocionais e psíquicas dos cirurgiões poderá instrumentalizar os psicólogos de forma mais efetiva à compreensão de suas eventuais necessidades. Já para a medicina, esse novo viés de conhecimento poderá abrir caminho para melhor instruir na formação de futuros profissionais dessa área.

2.2. O método fenomenológico e a pesquisa psicológica

O Grupo de pesquisa “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: prevenção e intervenção”, que faz parte do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC-Campinas, tem desenvolvido estudos nas perspectivas da psicologia humanista e fenomenológica. O subgrupo é liderado pela Profa. Dra. Vera Engler Cury e se insere neste recorte teórico, privilegiando a análise fenomenológica da experiência vivida, produzida a partir das narrativas compreensivas.

A pesquisa de base fenomenológica supõe a aproximação do pesquisador e participantes do estudo em busca da essência do fenômeno vivido e relatado por estes, numa interação de subjetividades. Neste tipo de pesquisa, a subjetividade do pesquisador aparece na coleta e na análise dos dados, não se limitando a apenas pessoas que fornecem informações. Ela pretende clarear e desvelar o fenômeno que se apresenta, envolvendo-se no contato dialógico e intersubjetivo com o participante, viabilizando acesso e comunicação de experiências e do vivido, ao mundo-da-vida e as significações que surgem para uma consciência (Amatuzzi, 2009). Ele, pesquisador, por sua vez, neste acontecer intersubjetivo, intencionalmente inserido no contexto

natural, lança-se em suas vivências próprias para somente então mirar as questões que emergem para uma investigação (Cury, 2021).

Etimologicamente, a palavra fenomenologia significa ciência ou teoria dos fenômenos. Do grego, *phainomenon*, e *logia*, do grego *logo*, que representa a reflexão dos fenômenos (Ales Bello, 2006).

A fenomenologia clássica surge com o filósofo e matemático alemão Edmund Gustav Albrecht Husserl (1859-1938), em fins do século XIX e primeira metade do século XX, que representa um novo paradigma no campo da ciência. Insatisfeito e questionando os modelos científicos de natureza positivista predominantes na época, apontou que tais métodos não eram capazes de alcançar a complexidade dos fenômenos humanos quando objeto de estudo (Husserl, 1935/1996).

Husserl definiu fenomenologia como “ciência dos fenômenos”, ou seja, aquilo que aparece ou que se mostra à consciência, de modo que o interesse recai mais sobre o como se apresenta do que no que se apresenta (Ales Bello, 2015).

Na fenomenologia de Husserl a consciência é sempre um ato e é sempre consciência de algo ou alguma coisa. A intencionalidade de uma consciência que atribui sentido a um fenômeno é elemento primordial no pensamento de Husserl (2006/1913). Desse modo, a fenomenologia se ocupa de compreender como a pessoa experimenta, particularmente, os fenômenos que lhe chegam, como esta os toma para si, buscando encontrar-se com seus significados atribuídos, sua essência. A fenomenologia é, pois, um método no qual o homem e suas vivências são o centro e a construção do conhecimento que acontece a partir da subjetividade (Zilles, 2002).

A fenomenologia pode ajudar na aproximação e na compreensão dos fenômenos buscando a superação da atitude naturalizante, como se as pessoas não dessem sentidos singulares ao que lhes acontece e vivenciam, em direção a uma essência, como Husserl teorizou.

Importante ressaltar que, na fenomenologia, sujeito e objeto são inseparáveis e necessários para o todo constituído da experiência do vivido. Nesse sentido, Husserl propõe um caminho a ser percorrido ao se realizar pesquisas fenomenológicas em psicologia. O primeiro passo seria sair da atitude natural e assumir uma atitude fenomenológica através da redução eidética – uma volta às essências.

A fim de se ter acesso à essência de um fenômeno, a fenomenologia se serve da redução fenomenológica, *a epoché*⁴, de forma a suspender juízos de valor, conhecimentos prévios ou teorias pré-existentes a respeito do fenômeno que se busca conhecer e compreender (Amatuzzi, 2009). Significa dizer que se suspende temporariamente quaisquer pressupostos, convicções, conhecimentos ou teorias prévias, saindo da atitude natural, para fazer contato com as coisas que se apresentam à consciência. Colocar entre parênteses conhecimentos prévios não significa que estes serão negados ou serão cegados, mas vistos sob outro olhar (Souza & Cury, 2015). Seria como um abrir de caminhos capaz de conduzir à clarificação da questão do conhecimento (Amatuzzi & Carpes, 2010). À medida que a redução vai acontecendo, encontram-se níveis mais profundos da própria vivência. Como aponta Amatuzzi & Carpes (2010), é a vivência da pura subjetividade, dentro de um sentido de realidade, advinda desse encontro dialógico com o outro, quando então se fala não só de um, mas de um de nós.

O conceito de experiência para fins deste estudo está baseado na definição de experiência vivida e não adquirida – como aprendizagem. Amatuzzi (2007) aponta para essas distinções e seus significados, pois, a primeira está caracterizada como uma forma de realidade, a partir de um contato sensorial, anterior a qualquer reflexão ou elaboração conceitual. O vivido é, portanto, uma reação imediata a um acontecimento, anterior a qualquer pensamento, uma reação psicológica, anterior a qualquer elaboração sofisticada com raciocínios. A segunda se refere aos conhecimentos adquiridos na prática, no cotidiano e no acontecer da vida.

⁴ Epoché: do grego, interrupção ou suspensão de juízo

Ainda mais, AmatuZZi (2007) ressalta a importância dessa distinção e da compreensão dos conceitos de experiência e vivência na pesquisa fenomenológica no contexto da Psicologia, explicando a existência, na língua alemã, de dois termos para definir o que, em português, dá-se o nome de “experiência”. *Erfahrung* refere-se a uma experiência aprendida e estaria mais no nível cognitivo racional. Já o termo *Erlebnis* está ligado ao momento anterior à reflexão, referindo-se a um fluxo do vivido, “ao impacto de um encontro, é algo imediato e anterior às elaborações mentais que poderiam ser feitas depois, antes mesmo de termos refletido ou elaborado qualquer conceito mais preciso” (AmatuZZi, 2010, p. 10).

De acordo com a filósofa e professora da Pontifícia Universidade Lateranense de Roma, Ângela Ales Bello (2015), a experiência é a relação que o ser humano constrói consigo mesmo e com o mundo. Seria a representação de um todo constituído pelas partes registradas de vivências de uma pessoa. Na fenomenologia, a estrutura do ser humano é compreendida como complexa e fundamentada nas vivências (Ales Bello, 2022).

Não se pode acessar o que o outro está sentindo, entretanto pode-se apreender e se aproximar do que o outro está vivenciando e comunicando pelo fato de ser capaz de vivenciar/conhecer as mesmas coisas e mesmas situações, assim como, pelo registro que cada um tem de experiência semelhante (Ales Bello, 2004).

Se se tomar como exemplo a alegria, sentimento fundamental e presente em todos os seres humanos, haverá variações em cada experiência de alegria vivenciada pelas pessoas, mas não a mesma. Sabe-se o que é alegria ainda que nem todos estejam experimentando-a no momento que o outro a comunica (Ales Bello, 2022).

Nesse sentido, as pesquisas de cunho fenomenológico exigem uma atitude de abertura orientada para a relação intersubjetiva por parte do pesquisador para com o participante, superando o distanciamento pesquisador-participante (Oliveira & Cury, 2016). Um deixar-se

tocar pela subjetividade em busca da compreensão do fenômeno em investigação que se desvela e está sendo comunicado pelo outro.

O pesquisador fenomenológico está com seu interesse voltado para a experiência do participante, interessado como o fenômeno é visto por ele e, por conseguinte, acessando o vivido.

Segundo Ales Bello (2006), Husserl diz que “não interessa o fato de existir, mas o sentido desse fato” (p. 23). Importa conhecer a realidade tal como é percebida pelo sujeito e não os fatos que podem ser imediatamente verificáveis com medições, mensurações e explicações causais. Para tal, há uma mudança de atitude natural para uma atitude fenomenológica, e é preciso colocar entre parênteses, tirar do circuito o que existe, ou seja, o fato, e se dedicar à essência representada por uma unidade de sentido invariante que revela o fenômeno como ele é. (Amatuzzi, 2009; Fadda, 2020).

Esse ato de se abster é proposto como *epochè* fenomenológica, como forma de afastar temporariamente todas as opiniões ou conhecimentos objetivo-científicos, incluindo-se aí os conhecimentos produzidos pelo pesquisador (Fadda, 2020). A *epochè* é esse ato que constitui o primeiro procedimento das reduções propostas no caminhar do método fenomenológico husserliano, ao que Ales Bello (2004) chamou de caminhar com duas paradas.

Essa atitude é intencional e está a serviço do que significa a experiência para o participante, a partir de sua perspectiva e de seu lugar no dia a dia, em sua vida cotidiana, prática e concreta. Como, por exemplo, nessa pesquisa, em que a vivência de uma cirurgia é marcante para o médico cirurgião.

À apreensão do sentido, Husserl deu o nome de redução eidética ou redução à essência. Essa redução auxilia o pesquisador a encontrar e analisar resultados que revelarão o que é singular e o que é universal das experiências subjetivas. O que é vivência única do participante e o que é universal para o ser humano. Sai da dimensão singular em busca de alcançar uma reflexão sobre vivências em dimensão universal.

O último passo do método trata da redução transcendental, assim nomeado por se tratar do que é próprio do sujeito, aquilo que permanece e revela a essência de suas vivências. Trata-se de uma redução ao sujeito e ao que é próprio dele, mas que também é próprio de outros. Por meio da percepção, que é estrutura universal, percebe-se o sentido do eu e do não eu. O limite do que é de um e do que é do outro e do mundo, da cultura e do corpo de produção do ser humano (Ales Bello, 2021).

Nessa perspectiva investigativa, pesquisador e participante empreendem uma relação intersubjetiva de fluxo experiencial, quando há a possibilidade para o pesquisador captar o sentido atribuído ao fenômeno e comunicado pelo participante (Brisola & Cury, 2018).

A intersubjetividade seria a ponte na redução transcendental, que promove uma conexão interpessoal de contato de consciências. A intencionalidade de consciência do pesquisador se debruça sobre o participante de maneira empática e em fluxo experiencial, a fim de compreender o que se mostra nessa relação.

O caráter universal das vivências será tomado, então, através das singularidades emergentes de cada participante, em cada encontro. Contudo, a atitude empática é fundamental, quando o “estar próximo” significa “sentir com”, em um acontecer junto (Ales Bello, 2004).

Não se presume que o participante se encontre imbuído da atitude fenomenológica e que se expresse segundo o rigor fenomenológico. A fim de levar a cabo o objetivo husserliano de um método que não seja mera coleta de dados superficiais de conteúdo do universo empírico, mas adentrando e explorando, escavando camadas mais profundas, o conceito de empatia torna possível ao pesquisador essa aproximação e análise intencional dos fenômenos compartilhados e conhecidos (Barreira, 2017).

As vivências podem ser captadas por meio da corporeidade do outro, no gesto, nas expressões corporais, na atitude postural, refletindo o que ele recorda, o que vivencia e atualiza psiquicamente (Ales Bello, 2004). Ao falar de si, os participantes recordam, recortam, fazem

conexões e relatam para um pesquisador que as apreende em uma postura ativa. A experiência vivida pode ser editada no encontro com o pesquisador, num movimento de relatar, refletir e reeditar no presente o ocorrido no passado (Amatuzzi, 2007).

Nesse processo, a subjetividade do pesquisador é instrumento de revelação do vivido (Palmieri & Cury, 2007), mostrando os significados presentes no encontro e fundidos num plural de subjetividades: “nós”, pois é tocado pelo encontro e dele sai impregnado, transformado.

A escrita de narrativas compreensivas é a estratégia metodológica, por excelência, adotada pelo uso de Pesquisa, com vistas às reduções fenomenológicas. As primeiras versões de escrita das narrativas até a versão da narrativa síntese são atravessadas por processo de exame, contemplação e reflexões que visam à composição da complexidade do revelado das experiências vividas em foco.

A subjetividade do pesquisador, revelado no seu modo de comunicar os dados da pesquisa, será alçada à condição de objeto para a interpretação do material (...) acrescentando, no entanto, um conhecimento que extrapole o da vivência da subjetividade, apontando elementos para a compreensão do ser humano universal que transcende o ser humano particular do pesquisador e dos participantes da pesquisa (Cury, 2021, p. 105).

Esta pesquisa buscou manter uma atitude fenomenológica em todo seu processo.

A pesquisa fenomenológica implica, portanto, numa atitude de abertura, sublinhada pela empatia por parte do pesquisador para partilhar e descrever o mundo da vida dos participantes. Esse conjunto de atributos aproxima-se da Psicologia Humanista, particularmente, a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), fundada pelo psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers (1902-1987), que será tratada a seguir.

2.3. A psicologia humanista

Do ponto de vista psicológico, o referencial teórico humanista foi adotado nesta pesquisa, em especial a Abordagem Centrada na Pessoa. No bojo do movimento humanista, do século XX, a psicologia humanista não se refere a uma teoria específica ou a uma escola, mas ao lugar comum onde se encontravam todos aqueles psicólogos insatisfeitos com a visão de homem implícita nas psicologias oficiais disponíveis à época (Amatuzzi, 1998).

Carl Ransom Rogers (1902-1987) foi um famoso psicólogo clínico e psicoterapeuta norte-americano que exerceu a sua atividade como docente, pesquisador e psicólogo. Sobretudo a partir da década de 1940, nos Estados Unidos, ele foi reconhecido pela Academia por ter desenvolvido uma nova abordagem que introduziu no campo da psicoterapia e que o tornou conhecido publicamente e nos centros de educação e pesquisa, sendo considerado por alguns autores como o mais influente psicólogo e psicoterapeuta na história americana.

É central em Rogers a concepção de homem a partir de suas experiências e das suas vivências pessoais, passando depois ao nível de reflexão e teorização (Amatuzzi & Carpes, 2010). Essa concepção constitui o ponto central que suporta a construção vivencial em sua obra. Rogers recebeu muitas influências em seu pensamento e, por serem diversas, fez delas uma síntese pessoal e original. Já no capítulo 1 de sua obra “Tornar-se Pessoa”, ele mesmo se pergunta: “quem sou eu”? (Rogers, 2009), traçando um panorama de sua trajetória de experiências, pessoal e profissional.

Diferentemente de outros teóricos da psicologia, que desenvolveram suas abordagens e posteriormente procuraram implementá-las na prática, Carl Rogers realizou, ao longo de muitos anos, um vasto trabalho clínico e, a partir da experiência acumulada e de suas constatações, propôs uma teoria de personalidade. Para Rogers, a personalidade é um contínuo estado de fluxo, em contínua mutação. Assim, uma personalidade saudável é aquela que pode confiar em sua própria experiência.

A condição essencial para o bom funcionamento psíquico do indivíduo é a representação completa na consciência das experiências afetivas significativas passíveis de simbolização (Rogers & Kinget, 1977). Se o indivíduo deixa de fazê-lo por uma ameaça das condições externas, assim que modificadas as condições ambientais e relacionais que sejam seguras e favoráveis, viabilizam-se as simbolizações intersubjetivas.

Rogers atribui valor primordial à experiência: *“a experiência é para mim a suprema autoridade, posso ter confiança na minha experiência”* (Rogers, 1977, p. 33). Segundo ele, aceitarmos a nós mesmos e a nossa experiência, permite-nos aceitar aos outros. Essa abertura é consequência fundante para relações reais (Rogers, 1977).

A ACP parte do conceito de que o ser humano possui recursos que permitem à auto compreensão e que surgem a partir de atitudes psicológicas facilitadoras de congruência, consideração positiva incondicional e empatia.

Ao ser apresentada pelo pesquisador-psicólogo uma realidade genuína, o participante poderá buscar por uma realidade genuína em si (Rogers, 1977). Essa relação intersubjetiva e a atitude genuína do pesquisador-psicólogo criam uma via de compreensão que permite ao outro sentir-se livre para explorar os espaços de sua experiência.

Rogers atuou fenomenologicamente, tanto em sua prática como psicoterapeuta, quanto como pesquisador, embora não utilizasse a fenomenologia como os enunciados filosóficos de Husserl. Contudo, esteve orientado tanto em seu pensamento, quanto em sua prática, a compreender a experiência humana como ponto de partida, através de uma aproximação dos sujeitos, imergindo em suas vivências em busca do puro vivido. Enquanto Husserl buscava como conhecer o ser humano, pela sua formação de filósofo, Rogers buscava compreender o ser humano e ajudá-lo (Amatuzzi & Carpes, 2010).

Na investigação científica, Rogers se coloca a serviço de algo maior que corresponderia ao aspecto fenomenológico, segundo os enunciados de Husserl, porém, para ele, corresponde à busca dos significados de sua experiência.

Em “Tornar-se Pessoa”, Rogers (2009/1987) descreve seus pensamentos comparando sua busca na investigação científica, apontando que *“nos aproximemos dos fenômenos com o mínimo de preconceitos possível, que assumamos a atitude observadora e descritiva do naturalista, extraindo inferências elementares que parecem ser mais próprias ao material estudado”* (p. 144) (..) e que usou o método que muitos dos psicólogos estavam relutantes: “empreguei-me como método”, “usei-me como instrumento”, disse. Nota-se, ainda, a atitude fenomenológica de Rogers quando menciona o seu “voltar-se para os fenômenos” com o “mínimo de preconceitos” (Rogers, 2009/1987, p. 144).

2.4. Contexto de realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada no âmbito de um Hospital Universitário, situado no interior do estado de São Paulo. Trata-se de uma instituição privada, inserida num sistema de saúde que contempla tanto a saúde suplementar – convênios e atendimento particular – quanto o Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo atendimento de consultas, exames, internações, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), além de cirurgias de pequena, média e grande complexidade, segundo informações publicadas em seu site (2020). A instituição existe há mais de 40 anos, surgindo da necessidade de funcionar como Hospital-Escola para a Faculdade de Medicina que teve sua implantação e início em 1976. Desde sua fundação, em 1978, com 150 leitos, o Hospital vem se ampliando de modo a se adequar à crescente e gradativa demanda do município e região, tanto da rede pública quanto privada (convênios e atendimentos particulares). Atualmente, suas instalações ocupam cerca de 28 mil metros quadrados, sendo referência para uma região da cidade que corresponde a aproximadamente 400 mil pessoas, assim como para outras partes da

cidade e municípios vizinhos. A maior parte dos atendimentos é realizada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 339 leitos hoje disponíveis no Hospital, 204 são ocupados por usuários SUS, embora haja capacidade para instalação de 400 leitos. O hospital tem se consolidado tanto no seu objetivo de formação de alunos das Faculdades da área da saúde como também na referência do atendimento em diversas áreas da saúde.

O serviço de cirurgia foi inaugurado com a primeira intervenção cirúrgica realizada no Hospital em 1979. Desde então o serviço se ocupa da assistência e da formação de alunos e residentes, contando com assistentes e docentes contratados. O Hospital oferece reconhecida residência médica em clínica cirúrgica, constituída por sete vagas para residentes do primeiro ano, sete vagas para residentes do segundo ano e uma vaga para o R3.

O serviço abrange o ambulatório, centro cirúrgico, urgências e emergências cirúrgicas no pronto-socorro e intercorrências do Hospital, atendendo 24 horas por dia. Está dividido em gastrocirurgia, vias biliares e fígado, cirurgia do tórax e o Serviço de Cirurgia de Urgência e Trauma (SCUT), realizando mensalmente uma média de 500 cirurgias e 921 consultas em âmbito ambulatorial (2020).

2.5. Procedimentos desta pesquisa

O desenho metodológico da pesquisa em busca do objetivo de compreender as vivências dos médicos cirurgiões, envolveu várias etapas. Inicialmente, e com o projeto de pesquisa com parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP), sob nº 5.494.426 (Anexo A), conforme diretrizes éticas internacionais para a pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na Lei Brasileira nº 196 do Conselho Nacional em Saúde (1996), a pesquisadora contactou uma médica neurocirurgiã pediátrica voluntária que se interessou e se prontificou a conversar sobre o tema.

Este encontro foi fundamental no sentido de iniciar contato e compreensão da estrutura do contexto onde os médicos cirurgiões estão inseridos e da dinâmica estabelecida entre contexto e cirurgiões, o que facilitou o planejamento e agendamento dos encontros realizados posteriormente.

Depois de realizado esse primeiro encontro com a voluntária, foi feito um contato com um cirurgião do Departamento de Cirurgia de um Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo, onde seria realizada a pesquisa que por sua vez fez indicações e viabilizou o contato de potenciais participantes, além de apontar os departamentos onde havia necessidade de autorização para entrada e realização da pesquisa. Ele mesmo se tornou um participante voluntariamente no mesmo momento que teve conhecimento do tema da pesquisa.

Ressalta-se que autorizações do Departamento de Cirurgia do Hospital, da Superintendência do Hospital e da Comissão de Residência Médica (COREME), foram exigidas e providenciadas.

A abordagem aos participantes seguiu sempre no mesmo expediente. De posse do contato e nome dos cirurgiões indicados, a pesquisadora enviou uma mensagem escrita a cada um dos indicados, por telefone celular, através do aplicativo de mensagens *WhatsApp*. Na mensagem, a pesquisadora brevemente se apresentou, mencionando a indicação feita pelo cirurgião e fazendo o convite à participação. Incluiu também uma rápida descrição do título e dos objetivos da pesquisa, como pode ser verificado a seguir.

Boa tarde, Dr. /Dra.

Sou Geni Wolf, psicóloga, fazendo uma pesquisa sobre cirurgiões no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

O Dr. Y tem me auxiliado e indicado nomes de possíveis participantes, dentre eles, o seu. Tomo a liberdade em contatá-lo (a) para convidá-lo (a) a participar.

Abaixo coloco algumas informações sobre a pesquisa.

Antecipadamente já agradeço.

Geni Wolf

Pesquisa: **“A Experiência vivida por médicos cirurgiões: um estudo psicológico”**, aprovada pelo CEP, sob no. 5.494.426.

São encontros únicos e presenciais, em local, dia e horário combinados previamente e de conveniência do participante.

Permaneço à disposição para quaisquer esclarecimentos e mais informações.

2.5.1 – Participantes

No delineamento desta pesquisa, foi previsto apenas um encontro dialógico com cada participante, individualmente, de modo voluntário, preferencialmente na modalidade presencial, observando-se riscos e benefícios aos participantes, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Na impossibilidade, realizar-se-iam no formato on-line, utilizando-se a plataforma *Teams* (criptografado), garantindo-se a privacidade do local escolhido para o encontro, livre de interferências, com boa iluminação, boa conexão de internet e som. Somente um encontro foi realizado on-line, devido a compromissos que levaram a vários reagendamentos por parte de um participante que continuou interessado em realizar a pesquisa.

Os primeiros contatos com os participantes deram início durante o período de isolamento social decretado pelos órgãos de saúde nacionais e internacionais devido à pandemia de COVID-19 desde março de 2020. Assim, os encontros só puderam ocorrer após julho de 2022, quando houve a flexibilização do isolamento social decretado.

Todos os encontros foram realizados com a utilização de máscaras de proteção. Depois de instalados nos espaços para o encontro, participantes e pesquisadora respeitaram no mínimo

1,5 metro de distanciamento físico e as janelas do recinto foram mantidas abertas. Assim como outras precauções foram adotadas, tais como, não utilizar nenhum tipo de toque para cumprimentos e higienização dos locais e objetos com álcool gel antes e após cada encontro.

Ao todo foram contatados 15 cirurgiões, destes, 9 tornaram-se participantes, de diferentes faixas etárias e gêneros, com tempos variados de prática e experiência profissional, incluindo os residentes em clínica cirúrgica geral, atualmente no Programa, conforme demonstrado na Tabela 1.

Por se tratar de uma pesquisa fenomenológica e de natureza exploratória, não existe um número pré-determinado de participantes para que haja representatividade (Gil, 2008). O que se pretende na pesquisa fenomenológica não é a generalização dos resultados, mas alcançar compreensão do fenômeno e que sejam comunicadas as experiências vividas. Ainda assim, alguns critérios de inclusão foram considerados: interesse espontâneo na participação, envolvimento no encontro e expressão de suas experiências. Além destes, houve a preocupação com a abrangência de participantes em diferentes gêneros e diferentes tempos de formação e experiência, como já mencionado.

Os encontros foram agendados e aconteceram à medida que a pesquisadora recebia as respostas positivas. Em virtude da dinâmica do trabalho destes profissionais, todos os participantes demoraram a responder às mensagens-convite. Mesmo depois do aceite, a maioria dos agendamentos foram cancelados e outras tentativas foram realizadas.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

PARTICIPANTES	MEIO	IDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	ESPECIALIDADE	DATA	TEMPO
Benjamin*	Presencial	55 anos	31 anos	Cir. Geral/cabeça/pescoço	09/06/22	1h40
Kypros*	Presencial	68 anos	43 anos	Cir. Proctologista	07/07/22	1h15
Margaret*	Presencial	25 anos	4 anos	R2 – Cirurgia Geral	07/07/22	1h40
Denis*	Presencial	59 anos	34 anos	Cir. Proctologista	02/08/22	0h40
Nancy*	Presencial	26 anos	2 anos	R2 – Cirurgia Geral	08/09/22	0h55
Júlio*	On-line	32 anos	7 anos	Cir. Proctologista	16/09/22	1h00
Angelita*	Presencial	28 anos	3 anos	R3 – Cirurgia Geral	20/09/22	1h10
Merisa*	Presencial	27 anos	3 anos	R3 – Cirurgia Geral	07/10/22	1h15
Ivo*	Presencial	36 anos	10 anos	Cir. Proctologista	11/10/22	1h10

Fonte: elaborado pela pesquisadora
*Nomes fictícios

2.5.2 – Encontros dialógicos

Um encontro dialógico se dá e se sustenta a partir da disposição do pesquisador em estar com aquele que se aceita conversar sobre a experiência relacionada com determinado tema. É um encontro intersubjetivo, de mão dupla, em que pesquisador e participante se afetam mutuamente (Critelli, 2007). Neste encontro, atualizam-se em suas experiências à medida que também o pesquisador participa ativamente da conversa, permitindo-se ser tocado pela subjetividade do participante, fomentando o compartilhamento de ideias, sentimentos e pensamentos (Brisola, Cury & Davidson, 2017). Para tanto, o pesquisador é exigido a estar genuinamente presente no encontro, não como um entrevistador, coletando fatos e dados, mas estando presente ativa e empaticamente, deixando-se mobilizar de forma intencional pelo que ouve, acompanhando o fluxo das vivências que o participante comunica. Dessa experiência intersubjetiva o pesquisador obterá compreensão sobre a experiência vivida pelos participantes, por isso são chamados de encontros e não de entrevistas. Tais encontros são dialógicos – do grego

dialogikos – justamente por essa via de mão dupla de intercâmbio existencial e baseado, já em seu princípio, na redução fenomenológica. Por esta razão, não necessitam ser gravados, mas aproveitando-se da imersão no estar junto. Embora as gravações em pesquisas deem um senso de segurança a respeito da máxima apreensão de dados, este recurso pode interferir e distrair o pesquisador na conexão com o participante (Brisola, Cury & Davidson, 2017).

Os encontros são iniciados por uma pergunta norteadora que objetiva uma abertura, um sinal para que o participante busque sua forma de falar livre e genuinamente sobre sua experiência. AmatuZZi (2011) pontua que a pergunta norteadora é um convite que o pesquisador faz para a pessoa adentrar o mundo do vivido. A partir de uma perspectiva centrada na pessoa, o pesquisador deve se utilizar das atitudes facilitadoras preconizadas por Carl Rogers: empatia, autenticidade e aceitação incondicional para que o encontro e a relação intersubjetiva sejam levados a cabo.

Os encontros dialógicos aconteceram em diferentes espaços com cada participante, sendo que cada um desses locais esteve sempre próximo ao posto de trabalho do entrevistado, naquele dia e horário. Conforme relatado nas narrativas mais adiante, cada participante buscou um horário conveniente no próprio dia que estivesse de plantão ou em término de jornada de cirurgias, nas próprias dependências do Serviço de Saúde, contexto desta pesquisa.

Após o contato inicial, de cumprimentos e pequeno *rapport*, os participantes em geral se mostraram curiosos, além de receptivos, com o encontro. Foram feitos também esclarecimentos acerca dos documentos requisitados, como o (TCLE) (Apêndice 1) e o Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais e combinado que seriam colhidas as devidas assinaturas ao final do encontro. Também foi esclarecido sobre sua participação voluntária, sobre o sigilo de sua identidade, sobre a não gravação dos encontros, seja por áudio ou por vídeo, sobre a não previsão de custos ou investimentos nem para eles, tampouco para a instituição, bem como não oferecimento de remuneração ou incentivo de nenhuma natureza à participação. Ficou pactuado

que o participante poderia interromper o encontro, se assim o desejasse, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, bem como a informação dos riscos mínimos que esta pesquisa prevê.

Os participantes perguntaram se responderiam questionários, se seriam entrevistadas, se haveria gravação, etc. Após breve explanação sobre o tema, objetivo e a metodologia da pesquisa, a pesquisadora introduzia frases ou incluía a pergunta norteadora: *“(nome do participante), eu estou interessada em conhecer mais sobre os cirurgiões, você poderia me contar sobre uma cirurgia que lhe foi marcante?”*.

Desse modo, dava-se início à conversa. A pesquisadora deixou o participante livre para falar de modo que o diálogo se desenrolasse no ritmo e no fluxo dele. Às vezes, perguntava algo para esclarecer ou clarificar, procurando sempre estar próxima e presente a fim de compreender o universo e a experiência deles.

A pesquisadora esteve também atenta à sua própria vivência, uma vez que a subjetividade do pesquisador passa também a ser objeto de interpretação e posterior comunicação da pesquisa.

A pergunta norteadora que pretende responder ao propósito da investigação e que deu início aos encontros com os cirurgiões se ocupava de se aproximar do vivido singularmente pelos cirurgiões. Contudo, o foco não está na pergunta em si, mas no fluxo da conversa que a pergunta busca promover e provocar.

Cada encontro foi único e a cada participante foi oferecida a oportunidade de navegar em seu ritmo, tempo e fluxo. A pesquisadora procurou embarcar e navegar junto, observando gestos, pausas, relaxamento, reflexões e embargos de emoções acontecendo.

Encerrados cada encontro e assinados os documentos, a pesquisadora permaneceu no local a fim de tomar notas de impressões, ideias e percepções que foram constituindo a espécie de uma “proto-narrativa compreensiva”, ainda impregnada e sob o impacto daquela experiência intersubjetiva. Posteriormente, mas no mesmo dia, a primeira versão da narrativa compreensiva foi elaborada.

A identidade dos participantes foi alterada, de modo a garantir a confidencialidade na sua participação. Também foram dispensadas quaisquer titulações que antecedem seus nomes. Os nomes fictícios escolhidos, para designar cada participante, tratam-se de nomes de médicos cirurgiões conhecidos ampla e publicamente, no cenário mundial da clínica cirúrgica. Não guardam, entretanto, qualquer semelhança com os participantes dessa pesquisa. A escolha se deu, única e exclusivamente, por algum elemento que constitui a notabilidade de tal cirurgião ou cirurgiã, conforme consta na tabela 1.

*“um acontecimento vivido é finito,
ou pelo menos encerrado na esfera do vivido,
ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites,
porque é uma chave para tudo que veio antes e depois”.*

W. Benjamin

3. DAS NARRATIVAS COMPREENSIVAS À NARRATIVA SÍNTESE

No mesmo dia de cada encontro dialógico, a pesquisadora retornou às notas redigidas imediatamente após o encerramento do encontro com o participante e seguiu para uma elaboração da primeira versão da narrativa compreensiva. À medida que redigia, mais elementos experienciais surgiam na memória sobre os encontros.

A pesquisadora retomou às narrativas, à medida que sentiu necessidade de relatar algo importante que lhe surgia na lembrança. Tais narrativas poderão ser reescritas várias vezes, num processo de imersão compreensiva, até que o pesquisador sinta que a narrativa consiga representar em palavras aquele encontro.

O conjunto dessas narrativas abriu caminho e deu luz à narrativa-síntese, em busca, não de uma generalização, como já mencionado anteriormente, mas à elucidação dos elementos estruturantes e invariantes do fenômeno humano vivenciado e expresso pelos participantes. Ampliando, assim, conhecimentos e a compreensão de tais fenômenos na perspectiva da psicologia.

Como já mencionado, o Grupo de Pesquisa “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: prevenção e intervenção” tem utilizado o recurso de narrativas compreensivas e narrativas sínteses como estratégia metodológica no registro e análise dos encontros realizados em suas pesquisas.

Esta estratégia metodológica está inspirada em Walter Benjamin (1892-1940), crítico literário, filósofo e sociólogo alemão, que propôs o conceito de narrativa como “um modo de

expressar experiências” (*Erfahrung*). De acordo com Benjamim (1994), a narrativa seria uma forma de comunicação mais adequada ao ser humano, já que reflete a experiência humana.

Diferente de um romance que há um fim, a narrativa é um acontecimento infinito, uma vez que um acontecimento lembrado é ilimitado, podendo conter o presente, o passado, o antes, o depois, sendo reconstruída à medida que é narrada. Cada narrador retira de sua experiência o que conta ou o que conta de outras pessoas e assim não se esgotando em si mesma, incorporando outros significados que vão sendo compreendidos por cada leitor ou ouvinte da narrativa, que, por conseguinte construirá significados para o que lhe foi narrado.

As narrativas servem ao desvelamento dos significados das experiências que se originam dos encontros dialógicos, fruto da dinâmica dialética entre pesquisador e participante, ressaltando a natureza intersubjetiva da pesquisa, que viabiliza e inclui o processo experiencial do pesquisador (Bezerra & Cury, 2015; Mozena & Cury, 2010).

Desse modo, o narrar de cada participante é um narrar de suas simbolizações, de seus significados atribuídos às vivências, o narrar como contar e elaborar sua própria história. Neste tipo de pesquisa, o pesquisador entra em contato com a essência do objeto de estudo – significado pelo participante – e se deixa impregnar e impressionar, abrindo assim uma via de conexão com sua própria experiência (Dutra, 2002).

O uso de narrativas como recurso em pesquisas tem aumentado desde os anos 1980 em diferentes áreas do conhecimento, como forma adequada de acesso a experiências e seus significados (Brisola, 2018).

Eventualmente, as narrativas foram lidas no Grupo de Pesquisa, de modo a revisitar, voltar-se ao fenômeno, a fim de aprofundar e clarificar interpretações e compreensões. Cada narrativa poderá ser reescrita quantas vezes a pesquisadora julgar necessário, a fim de depurá-la e aprofundá-la em sua compreensão dos significados da experiência.

De posse do conjunto de narrativas compreensivas de todos os participantes, a pesquisadora retornou para cada uma delas, com objetivo de elaborar uma narrativa- síntese que expressasse a compreensão da pesquisadora sobre os elementos significativos das experiências dos participantes.

3.1. As narrativas compreensivas

“Instrumento de Deus”

Benjamin

Benjamin foi o primeiro cirurgião que se prontificou a ser participante da pesquisa.

Entusiasmado, não só respondeu positivamente ao convite como também se colocou inteiramente à disposição para me ajudar a recomendar outros cirurgiões que pudessem participar. Na manhã de uma quinta-feira nublada, encontramos-nos em frente à entrada da emergência do Hospital. Logo após nossos cumprimentos, Benjamin chamou minha atenção e me orientou com relação à colocação correta da máscara cirúrgica em meu rosto, pois gostaria de fazer uma visita pelo Hospital, me apresentando os locais onde os cirurgiões geralmente trabalham.

Entramos pela emergência e seguimos por vários corredores do Hospital, passando pelo centro cirúrgico, enfermarias, salas de exames, policlínica com seus vários consultórios e salas de espera repletas de pacientes.

Durante nosso percurso, passamos três vezes em frente à Capela do Hospital e percebi que Benjamin parou e fez o sinal da cruz ao mesmo tempo que parou de conversar comigo por alguns segundos até que terminasse o ritual.

Durante nossa permanência nas dependências do Hospital, ele parou inúmeras vezes para cumprimentar ou ser cumprimentado por colegas ou alunos. Alguns falaram rapidamente sobre

algum caso. Depois desta visita seguimos para uma sala onde se daria nosso encontro, numa sala reservada.

Ao chegarmos na sala, Benjamin avisou a recepcionista que só o interrompesse em caso de necessidade, pois estaria em uma reunião importante.

Quando íamos começar nossa conversa a porta se abriu e a primeira interrupção aconteceu, pois, a recepcionista trouxe papéis para ele assinar.

Ao ser perguntado sobre uma cirurgia que lhe tivesse sido emocionalmente marcante, o médico foi rápido em sua resposta: *-Ah! Muitas!!! Em mais de três décadas de cirurgia, são muitas. Mas posso falar de pelo menos duas inesquecíveis*, completou.

Benjamin recostou na cadeira e contou sobre um caso de um paciente com estenose de traqueia⁵. Ele encontrou o paciente no Pronto Socorro (PS) que se encontrava com a esposa grávida. Nunca esqueceu esse detalhe.

O rapaz deu entrada no PS em franca insuficiência respiratória pois ele estivera muito tempo intubado e desenvolvera a estenose. Benjamin imitou a respiração do paciente para explicar a gravidade e a aflição de se testemunhar alguém respirando com essa dificuldade.

Nesse momento, senti um aperto no peito e busquei respirar fundo retomando a concentração em nossa conversa. A explicação foi clara e impressionante. O paciente era obeso, precisaria fazer uma traqueostomia⁶. Repetiu várias vezes que o paciente estava em insuficiência respiratória “franca”, de modo a me esclarecer novamente a gravidade. Todo o processo para encaminhamento ao centro cirúrgico foi feito e Benjamin seguiu para lá. O anestesista tentou intubar e não conseguiu. Decidiu-se então pela traqueostomia, mas havia a dúvida de onde fazê-la por não se saber onde estava a estenose. Ao mesmo tempo a saturação⁷ do paciente começou

⁵ A estenose é uma obstrução (fechamento) da região interna da traqueia, podendo causar problemas respiratórios graves.

⁶ Intervenção cirúrgica que consiste na abertura de um orifício na traqueia e na colocação de uma cânula para a passagem de ar.

⁷ saturação é a quantidade de oxigênio que está circulando no sangue no momento da avaliação.

a baixar. Benjamin fez o som dos monitores *bipando* indicando a gravidade da situação. Repetiu o som “*bip... bip... bip... bip...bip...*” por longos segundos. Disse que a tensão foi subindo à medida que ele via o paciente fibrilando⁸ (Fibrilação Atrial) e a saturação caindo. De súbito, tomou a decisão e cortou a traqueia do paciente ao meio e colocou o tubo de ventilação. Interrompeu o relato para dizer que pensava na esposa dele grávida aguardando lá fora, que chegara com o marido andando. Foi o que lhe passou pela cabeça nesse momento de tensão enquanto tomava a decisão de abrir a incisão e fazer a “traqueo”. Tomada a decisão deu um “chutão” na parede, para desestressar. Em seguida, veio-lhe a dúvida do que fazer dali em diante e entendeu que precisava pedir ajuda. Ligou para seu chefe pedindo que viesse socorrê-lo naquele caso. O chefe veio até o Hospital, entrou na cirurgia, explicou tudo o que deveria ser feito, acompanhou-o até o final da cirurgia. Terminada a cirurgia, o chefe lhe disse que não queria ser chamado novamente para auxiliá-lo, sugerindo que ele se capacitasse.

Refletiu um pouco sobre aquela cirurgia e aquele momento de angústia e estresse. Lembrou-se da sensação de estar com a vida do paciente nas mãos, o misto de sentimentos que experimentou. Disse que quando o cirurgião entra em cirurgia, 99% das vezes dá tudo certo, mas pode não dar. E quando o cirurgião erra ou não consegue salvar o paciente, ninguém vai querer saber que o paciente estava com uma estenose que tem alto índice de mortalidade, que é uma situação grave.

Relembra que naquele caso pensou na esposa grávida, em como dar a notícia para ela, no trauma de ela perder o marido durante a gravidez e do filho nascer sem o pai. Contou que tudo isso passou pela sua cabeça, em fração de segundos, durante os momentos mais dramáticos do procedimento. Além disso de todos estes sentimentos, mencionou o medo de um caso como esse desdobrar para um processo médico e/ou judicial.

⁸ A Fibrilação Atrial (FA) é uma arritmia cardíaca caracterizada pela completa desorganização da atividade elétrica dos átrios (câmaras superiores do coração) e consequente perda da contração atrial.

Disse que até hoje se pergunta se vale a pena trabalhar em casos assim para receber R\$1.400,00, quando só a perícia custaria R\$20.000,00, mais o advogado, mais uns 5 anos de tramitação. Ele tinha 32 anos quando vivenciou essa cirurgia e até hoje é das cirurgias que mais marcou sua vida como pessoa e como profissional. Prossegue mencionando uma outra cirurgia marcante que foi quando atendeu um rapaz acidentado de moto que fugia da polícia. Eram dois rapazes jovens, primos, assaltantes, em uma moto, fugindo da polícia. A moto se chocou com um outro carro e o rapaz que dirigia morreu comprimido entre o carro e o corpo do primo na garupa da moto. O rapaz sobrevivente deu entrada no PS no plantão de Benjamin. O paciente chegou em choque⁹, com lesão no abdômen, foi feito drenagem de tórax e levado para centro cirúrgico. Depois de lá estar, o paciente passou a sangrar sem cessar, tiveram que fazer uma toracotomia¹⁰ e descobriram uma lesão na subclávia, onde ela sai da artéria aorta. Benjamin parou para explicar que o sangramento é imenso, uma “tragédia” de sangramento. Ele precisou buscar um colega da cirurgia vascular que, por sorte, estava pelo Hospital e veio auxiliá-lo na cirurgia que era de grande porte. Abriram metade do tórax, mas não dava para acessar a lesão. Tiveram que fazer outra incisão que acabou resultando numa cruz no tórax do paciente. Porém, salvaram-no. Além deste caso ter sido marcante pelo porte e complexidade da cirurgia, Benjamin contou que o paciente se tornou funcionário de um serviço de saúde e que eventualmente eles se encontram. Quando isto acontece o ex-paciente reverencia-o e repete sempre “*esse cara aqui que salvou minha vida*”.

O médico disse que este caso foi impactante. Era madrugada quando foi chamado para receber este paciente que chegou em estado grave.

Houve interrupção de nosso encontro para que assinasse documentos trazidos por um colega médico.

⁹ Choque é definido como insuficiência circulatória aguda com perfusão tecidual inadequada ou inadequadamente distribuída, resultando em hipóxia celular generalizada.

¹⁰ A toracotomia é uma operação em que a parede torácica é aberta para visualizar os órgãos internos do tórax, obter amostras de tecido para exame laboratorial e para tratar doenças dos pulmões, coração ou grandes artérias.

Rapidamente conversaram sobre a agenda de cirurgias para o sábado, checaram os horários, opções de técnicas cirúrgicas e fizeram rápidos comentários sobre as condições dos pacientes e nível de complexidade

O colega se despediu e saiu. Benjamin retornou a cadeira em minha direção, me olhou e disse: *“assim são os cirurgiões, você reparou com que rapidez tratamos dos assuntos?”*

Retomou falando que citou estas duas cirurgias como mais marcantes, pois se tratam de situações *“edge”* (fronteira) tanto para o profissional médico, entre o salvar e o não salvar, quanto para o paciente, viver ou morrer.

Ele explicou que nas cirurgias por trauma, por mais estressante que sejam, a notícia ruim é esperada em função da característica da situação: acidente. Já numa cirurgia eletiva de hérnia ou de apendicite, por exemplo, se, por algum motivo, ocorrer uma embolia pulmonar, um infarto do miocárdio ou um sangramento e o paciente morre, a situação é chocante, pois não é esperado. A cirurgia traz em si mesma a pergunta: *“será que vai dar certo?”*, completou.

Benjamin também se disse um homem de muita fé e que sempre chega para as cirurgias pensando que quem o conduz é Deus. Nesse momento, ele apontou para um crucifixo pendurado na parede da sala e disse que vem rezando e que passa pela igreja todas as manhãs antes do trabalho. Em suas orações, oferece suas mãos a Deus, para que sejam instrumentos, e pede para que Deus ajude-o a ensinar os alunos.

Disse que também é um homem com medo e que não tem vergonha de dizê-lo, acha que o medo não é antônimo de coragem, pois alguns atos de coragem são realizados por medo. Benjamin relacionou essa reflexão com o fato de operar uma pessoa, que não é algo natural, mas que tem que se fazer para salvar.

Ele riu contando que lida com esse sentimento todos os dias, na vida pessoal e na vida profissional, pois pratica luta *muay thai*¹¹ e tem medo dos adversários em toda luta. Riu bastante nesse momento. Disse que é bastante religioso e disciplinado, busca a constância nos rituais católicos, assim como busca a constância no esporte e no trabalho. Sempre chega aos plantões e cirurgias muito antes, para se preparar. Disse que sabe que aprende pelo treinamento sistemático que lhe dá a segurança e o preparo necessário.

Contou também que a viagem mais fantástica e misteriosa foi para dentro de si, seu autoconhecimento, quando fez terapia.

Disse que a terapia trouxe um pouco do seu narcisismo e fez ele entender por que há o narcisismo e os narcisistas. Quando cuidou do narcisismo, percebeu que isso é muito próprio do médico. Achou que na faculdade foi muito narcísico e que hoje como professor conversa com seus alunos a respeito da onipotência do médico. Diz para cuidarem de seus egos para melhor se encaixarem nos espaços que forem ocupar.

Abriu um parêntese para me contar uma piada, perguntando se eu sei a diferença entre os neurocirurgiões e Deus. Respondi que não e ele me respondeu: *Deus não opera!* Ele então explicou: para você abrir e entrar no cérebro de uma pessoa, precisa se sentir Deus.

Contou que teve oportunidade de fazer uma pós-graduação fora do Brasil, e que o curso teórico que foi buscar e a bagagem que trouxe foi do tempo que esteve sozinho com ele mesmo refletindo sobre ele e seu caminho como médico.

Disse que pensava em ser neurocirurgião e foi aconselhado por um neurocirurgião famoso e amigo da família, que ele devia saber muito de cirurgia geral para então seguir para a neuro.

E assim ele fez. Desde o primeiro ano da faculdade ele assistiu a cirurgias e passou a ajudar a instrumentar cirurgia. Com o passar dos anos, naturalmente, foi seguindo para essa área,

¹¹ **Muay Thai:** arte marcial tailandesa ou boxe tailandês. Esta disciplina física e mental, inclui golpes de combate em pé, pelo uso combinado de punhos, cotovelos, joelhos, canelas e pés, estando associada a uma boa preparação física que a torna uma luta de contato total bastante eficiente.

assistindo à sua primeira cirurgia a convite do neurocirurgião amigo da família e à qual passou mal, mas voltou para assisti-la até o final. Ele disse que faz o mesmo com seus alunos que passam mal, aconselha-os a se cuidar e voltar.

Disse que o cirurgião tem que ser resignado, pois nem sempre ele será agradecido ou elogiado, mas será criticado com frequência. Exemplificou com um caso que ele vivenciou recentemente. Uma jovem que se acidentou de moto, chegou em choque e ele estava de plantão. Ela teve o fígado afetado, passaram a noite em cirurgia, até que conseguiram cauterizar e salvar a paciente. Um tempo depois, a jovem o procurou para reclamar sobre o tamanho da cicatriz resultante da cirurgia que ele fizera. Ele pontuou a má interpretação de alguns resultados de cirurgia por alguns pacientes. E é esse ponto de resignação que ele apontou que o cirurgião tem que estar ciente. Enfatizou que há que ter um modo adequado de conversar com os pacientes e familiares. Há que ter um cuidado com o vocabulário e esmerar na comunicação médico-paciente, ele assinalou. Disse que precisa saber sobre o paciente, pode não lembrar qual o trauma que ele teve, mas lembrar da pessoa.

Explicou que no consultório seu paciente o escolheu para ser operado. Já no trauma, não se escolheram, é o acaso que os une. No consultório, ele pode negar a cirurgia e encaminhar o paciente. No trauma, não. No consultório compartilham os riscos, discutem consequências, ponderam tomadas de decisão. No trauma, não. No consultório há uma clínica cirúrgica, onde 90% dos atendimentos não são cirúrgicos. No trauma, não. Ainda assim, o médico disse que desenvolveu uma relação interpessoal com seus clientes que se desdobra naturalmente em confiança. Creditou essa relação à sua personalidade.

Disse que não tem experiência com laparoscopia, pois esta tecnologia veio após suas formações, portanto ele chama outro cirurgião com esta experiência quando precisa.

Emendou falando sobre sua função de professor, como acolhe os alunos e como entende seus dilemas, fazendo um papel de conselheiro. Convida-os para estarem com ele no consultório

e já irem se aproximando da especialidade e suas características. Relembrou seus tempos iniciais na profissão, incluindo suas primeiras perdas.

O entrevistado contou que as primeiras perdas são inesquecíveis e os casos que não deram certo também. Lembrou e fica chocado até hoje com um paciente que fez uma traqueostomia baixa. Estava bem, porém ao longo da noite, edemaciou e fez insuficiência respiratória, falecendo. Disse que reconheceu que foi um erro de julgamento, ficou muito mal e lembra até hoje.

Além desse caso, lembrou-se de um caso de cirurgia de vias biliares que houve intercorrências intrínsecas ao pós-operatório do paciente. Houve uma transferência para hospital de outra cidade, mesmo assim ele continuou acompanhando. Falavam pelo telefone, deu toda assistência e ao cabo de alguns meses ele se recuperou completamente. Porém processou Benjamin, cujo processo ainda está em curso.

O médico seguiu para o encerramento de nosso encontro dizendo que evita operar familiares ou pessoas próximas, pelo envolvimento emocional. Disse que já operou conhecidos, como colegas médicos, mas sempre que pode, evita.

Mencionou que todo cirurgião tem um cemitério onde passeia e chora seus mortos com regularidade. Depois disso, sorriu e começamos nossos agradecimentos mútuos e despedidas.

Assim que terminamos e ele assinou os documentos referentes à pesquisa, pessoas nos interromperam chamando-o para suas diversas atividades.

Nos despedimos e ele saiu. Eu permaneci mais um pouco na sala, refletindo sobre “*o cemitério emocional que os cirurgiões reverenciam de tempos em tempos*”, citado pelo médico, referindo-se à conhecida citação do neurocirurgião Dr. Henry Marsh em seu livro, “*Sem causar mal*”.

Figura 1

Casal grávido



Fonte: pesquisadora

“dedicação integral”

Kypros

Na primeira visita que fiz ao Hospital, fui apresentada a Kypros que, interessado, ouviu a proposta da minha pesquisa e respondeu positivamente ao meu convite para ser um participante. Naquele dia, ele estava à porta de uma das enfermarias rodeado de estudantes do internato da graduação de Medicina e de médicos residentes em cirurgia. Fui informada por Benjamin, que nos apresentou, sobre a competência, dedicação e experiência de Kypros no departamento de Cirurgia. Foi possível ver com reverência Benjamin cumprimentando-o e me apresentando-o.

No mesmo dia, à tarde, entrei em contato com Kypros que prontamente agendou o nosso encontro para a semana seguinte. Sugerí que nos encontrássemos na, já conhecida, sala de discussão de casos. No final da manhã de uma quinta-feira invernal e ensolarada segui para o local de encontro. Ao passar por um longo corredor de uma das enfermarias, avistei Kypros debruçado junto ao leito de um paciente em recuperação. Parei e fiquei à porta daquele quarto coletivo com vários pacientes, observando o atendimento e aguardando quando Kypros pudesse me ver. Alguns minutos depois ele me avistou e então se lembrou que havia marcado um encontro comigo. Convidou-me a seguir com ele nas visitas. Reparei que Kypros se aproximou com calma dos seus pacientes operados, falando baixo e ouvindo atentamente o que o paciente relatava sobre eventuais queixas. Calmamente ele os examinou, auscultou-os e direcionou condutas ao residente que o acompanhava. Seguimos conversando lado a lado por outro longo corredor que nos levou ao local de encontro.

Nossa conversa se iniciou com ele exclamando e colocando os braços para cima dos ombros, e refletindo sobre seus mais de 40 anos trabalhando em cirurgia. Em silêncio por alguns segundos, começou a contar sobre um caso de há mais ou menos uns 12 anos, em que atendeu uma senhora que tomara soda cáustica. Ao ver meu olhar de espanto, respondeu com aceno de

cabeça e olhar concordante de desolação. Seguiu contando que era uma senhora de 54 anos. Espantei-me pela sua memória. Esta senhora estava com depressão e tentara suicídio. Deteve-se para explicar que o efeito da soda cáustica no esôfago é devastador, “*queima muito*”. Continuou contando que a paciente fora atendida em um Pronto Socorro de outra cidade, mas que, diante das complicações que se sucederam ela veio encaminhada para a cirurgia com ele, com estenose total de esôfago¹². Já se encontrava com menos de 40 quilos de peso corporal e com 85 dias desde a ingestão da substância.

Kypros operou-a, tirando-lhe o esôfago, o que a levou a uma série de complicações no pós-operatório resultando numa permanência de mais de 3 meses de internação, sendo dois deles somente na Unidade de Terapia Intensiva e outras cirurgias complementares, sendo a última para a reconstrução do aparelho digestivo, recolocando o intestino mais acima. Ele voltou a explicar que esse é um dos motivos pelos quais esse caso é memorável: pelas intercorrências e pelo tempo de dedicação que exigiu dele. Depois de cerca de 4 meses após os primeiros atendimentos, a paciente recuperou peso, chegando a pesar mais de 60 quilos, que era seu peso original.

Ele lembrou que a paciente falava com ele sobre seu arrependimento de ter feito o que fez e que chorava toda vez que ele passava visita, agradecendo-o por tudo o que estava fazendo por ela, mas que sofria. Ele a consolava dizendo para ter paciência que devagar melhoraria. Ele entrou em detalhes explicando as operações que teve que fazer e que mudaram o trânsito de saliva, as sondas que colocara e as diversas técnicas que utilizara nesta paciente. Repetiu que esse caso é inesquecível pela complexidade, mas também pelo desfecho que ele considera um sucesso. A paciente melhorou a parte emocional durante o tempo de permanência no Hospital e seguiu com acompanhamento psicoterapêutico e medicações, voltando a trabalhar e ter uma vida normal ao longo do ano após a internação.

¹² Trata-se do estreitamento (diminuição do calibre) do esôfago, dificultando ou impedindo que a saliva e os alimentos sigam até o estômago.

Percebi um relaxamento e um sorriso no rosto dele contando a evolução e o desfecho desse caso.

Apontou também esse caso como o de maior tempo de internação que ele já atendeu em tanto tempo de experiência profissional, assim como de envolvimento emocional, pois falava com ela e a visitava todos os dias, incluindo o tempo de festas, Natal e Ano Novo, daquele ano. Envolveu-se também com a família, que estava em contato com ele diariamente e davam detalhes do estado emocional, médico e relacional da paciente.

Ele explicou que essa relação médico-paciente é importante, pois tanto o paciente quanto os familiares merecem o retorno do médico sobre o que estão fazendo com seu ente querido. Disse que entende essa fragilidade emocional de todos e que conversa muito com os familiares, pois ficam com dúvidas, questionam ou pressionam buscando outras opiniões médicas. Muitas vezes, ele foi embora para casa preocupado com essa paciente, dirigindo e pensando sobre como o caso estava evoluindo e o quanto estava comprometido em salvá-la. Considera impossível não levar os casos mais complicados junto com ele quando deixa o hospital.

Contou que é filho de um cirurgião muito conhecido e comprometido e que tem uma base boa, pela influência e modelo de comprometimento médico, além de ter tido oportunidade de estar em cirurgias com o pai, aos finais de semana quando jovem. Rapidamente fez um resumo de todas as atividades profissionais: cirurgias, docência na graduação, na pós-graduação, preceptoria dos residentes, visitas diárias aos pacientes operados e atendimentos em consultório. Disse que quase mora no Hospital, pois devido à pandemia de COVID-19 estão fazendo cirurgias até aos sábados para atender a longa fila de espera que se formou ao longo de dois anos. Citou a tecnologia como uma grande ajuda aos cirurgiões e o quanto ela evoluiu desde que iniciou sua carreira de cirurgião, seja pela laparoscopia ou pela robótica. Entretanto, disse, que tanto os pacientes quanto os cirurgiões jovens se encantam muito com a praticidade e o imediatismo do emprego das tecnologias disponíveis e avançadas, que nem sempre são a melhor opção, apesar

de atraente. Comentou que há muita propaganda e que há que se ter um “pé atrás” para saber quando fazer cirurgia com tecnologia ou não. Vê que há indicação de cirurgia sem necessidade pela sedução e disponibilidade da tecnologia. Contou que alguns pacientes já chegam pedindo a cirurgia de uma hérnia, por exemplo, por robô.

Citou um professor de cirurgia americano famoso que ele, inclusive, teve oportunidade de assistir em congressos, que tinha um ditado para o contexto do cirurgião: *“o médico que vai fazer uma cirurgia, demora cerca de 3 meses para aprender a fazer uma técnica, 3 anos pra saber quando indicar a técnica e 30 anos para saber quando não operar”*. Riu dizendo que é uma forma exagerada de representar a importância da parcimônia nas avaliações e tomadas de decisão do cirurgião sobre quando usar a tecnologia. Enfatizou que primeiro é preciso saber fazer a cirurgia de campo aberto, como base, para depois utilizar-se da tecnologia, de modo a não se tornar refém dela.

Entende que a medicina tem que ser multidisciplinar, conversando e compartilhando com clínicos e outros cirurgiões sobre os pacientes, os casos e as cirurgias. Comparou que a rotina do cirurgião é mais intensa, tensa e exaustiva do que a do clínico e que toda cirurgia tem uma dose de tensão. Lembrou que conheceu médicos que desistiram no primeiro trimestre da residência quando se depararam com a rotina das cirurgias. Seguiram para a clínica e hoje se sentem realizados em outras especialidades. Acha que tem que ter perfil para a atividade. Emendou dizendo que não faz quase nada depois que sai do trabalho. Assumiu que é um grande erro dele, pois atualmente não está fazendo nada de esporte e lazer, está acima do peso, fora de forma física e com problemas no joelho. Relembrou o tempo que nadava, jogava vôlei, fazia academia de ginástica. Depois que virou cirurgião parou com tudo. Apesar disso, disse que se voltasse no tempo ele escolheria a medicina e a área da cirurgia novamente. Aos jovens alunos aconselha que pensem bem sobre a opção pela cirurgia, por exigir comprometimento, dedicação e apoio da família. Explicou que esses elementos são fundamentais, pois a atividade exige uma postura

comprometida do cirurgião e a família precisa entender a rotina deles: longas jornadas de trabalho, as chamadas de urgência e as tensões levadas para casa. Conhece muitos exemplos de esposas de cirurgiões que não compreendem a atividade deles e queixam-se sobre a falta de atenção à família e ao próprio relacionamento do casal. Contou que teve casamento encerrado por questões dessa natureza e que conhece cirurgiões que também tiveram relacionamentos desfeitos devido ao tempo dedicado ao trabalho.

Como forma de relaxar e descomprimir das tensões do hospital, confessa que gosta de assistir filmes policiais.

Encerramos nosso encontro ouvindo o barulho da chuva que caía na janela. Kypros se despediu, gentilmente colocando-se à disposição, caso eu quisesse conversar mais sobre a área da cirurgia e as atividades do cirurgião. Agradeceu o convite para participar da pesquisa e brincou que tinha falado “demais”.

Percebi que Kypros ficou à vontade no encontro logo nos primeiros minutos de nossa conversa. Tive a impressão de que ele tomou um tempo para falar dele e daquilo que ele, majoritariamente, fez todos os dias, há mais de 4 décadas. Depois de nos despedirmos, observei-o desaparecer por um dos corredores que o levaria às enfermarias de seus tantos pacientes pós-operados e que esperavam sua visita, sua avaliação atenciosa e sua voz calma.

Eu fiquei com a sensação de que ele poderia ir de olhos fechados pelos corredores do Hospital, pelo tanto que aqueles sapatos brancos conhecem os trajetos.

Figura 2
Depressão



Fonte: pesquisadora

“primeira cruz no esteto”

Margaret

Margaret me foi indicada por um dos cirurgiões chefes/supervisores do Programa de Residência. Além de ela ter aceitado o convite para participar, ela indicou e passou contatos de todos os residentes atualmente no programa. Margaret demorou a responder à minha mensagem/convite. Algumas semanas se passaram até que começássemos várias tentativas para nosso encontro. Finalmente, numa fria quinta-feira de inverno, ela me contactou e disse que poderíamos nos encontrar num intervalo que ela fazia no trabalho. Esperei por sua mensagem por algumas horas, aguardando no próprio *campus* universitário e dependências do hospital. Por volta das 12 horas me ligou avisando que estava me esperando perto do restaurante universitário. Lá nos encontramos e seguimos para o Hospital em busca de uma sala reservada. Depois de muito caminhar por vários corredores, chegamos numa sala de discussões de casos médicos, perto do setor de patologia, que estava vazia naquele momento.

Rapidamente nos organizamos para utilizá-la e fizemos nossas apresentações. Ela me explicou sobre a utilização frequente da sala por residentes internos e seus supervisores, para discussões e apresentação de casos. Disse que tínhamos tido sorte ao encontrá-la vaga.

Nossa conversa teve início a partir da pergunta norteadora. A médica foi rápida em começar a contar sobre a primeira cirurgia que participou e ainda não estava na residência. Entusiasmada, explicou que era dia de sua colação de grau em medicina e sua irmã faria uma cirurgia de histerectomia¹³. Ela iria acompanhá-la e iria assistir à cirurgia já que a cirurgiã responsável era uma professora sua. Sua intenção era somente servir de apoio à irmã. Quando Margaret chegou à sala, a irmã já estava anestesiada e aguardavam a instrumentadora que estava noutra cirurgia de urgência. Foi quando a professora lhe pediu que preparasse a mesa, ao que ela

¹³ A histerectomia é a remoção cirúrgica do útero, que também pode incluir a retirada das trompas adjacentes e do ovário.

prontamente fez. Isto aconteceria até que a instrumentadora responsável chegasse. A instrumentadora, porém não veio, estivera trabalhando desde a madrugada e aproveitou que Margaret estava na sala e foi tomar um café. Correu tudo bem, mas ressaltou que a todo tempo evitava o pensamento de que a cirurgia era em sua irmã. Antes da conclusão da cirurgia, a professora avisou que sairia para seguir para outra cirurgia e delegou a finalização para o urologista presente. O urologista, por sua vez, convocou Margaret para fechar a pele da irmã. Contou que o urologista comentou *“faz essa parte da sutura da pele, assim se não ficar bom, a sua irmã reclama com você, fica entre vocês”*.

Percebi que a médica alterou o volume da voz nesse momento e gesticulou contando a situação que esteve suturando a irmã e relatou que tremia o corpo todo, que quase não conseguiu fazer a sutura devido à insegurança e ao fato de ser o corpo de sua irmã.

Disse que conseguiu concluir, mas ficou marcada pelo nervosismo que passou e que lhe é inesquecível, sendo essa uma experiência que a fez refletir sobre a complexidade de se operar um familiar ou pessoas de vínculo próximo. Pensa que se tivesse outra pessoa para fazer o que ela fez, ela desistiria de fazer. Explicou que essa cirurgia a marcou emocionalmente porque tinha “cunho familiar”, mas que na residência ela teve uma outra situação que a marcou muito pois envolve um óbito de paciente.

Era um paciente oncológico, com câncer de cólon de intestino já avançado, com metástases, sem grandes expectativas de sobrevida. Hoje ela pensa que ele já estava em situação de cuidados paliativos.

Ele estava com derrame pleural, com desconforto e a equipe – ela incluída – indicou procedimento de toracostomia¹⁴ (colocação de dreno). Na sala de cirurgia estavam ela (R1) e sua R2, o chefe não se encontrava em sala e iniciaram o procedimento. Conta que abriu e tudo

¹⁴ A toracostomia com drenagem pleural fechada, ou popularmente conhecida como “dreno de tórax”, é um procedimento cirúrgico que consiste na introdução de um dreno tubular através da parede torácica, para a retirada de líquido ou ar acumulado de forma anômala na cavidade pleural.

corria muito bem, até que ela colocou o dreno e começou a *“sangrar e sangrar e não parava mais”*. Elas pediram que chamassem o chefe e nesse meio tempo o paciente “parou”. Ali com ela e a R2. Disse que ficou em estado de choque, completamente paralisada com o dreno na mão. Lembrou que só saiu daquele estado quando o chefe, já em sala, berrou com ela dizendo *“para de ficar aí parada igual uma boneca, faz alguma coisa!!”*.

Lembrou que mesmo com esse berro ela ainda estava semiparalisada, atônita. A R2 então começou a passar as coisas e orientá-la para continuarem o procedimento e “fechar” o paciente. Ainda em choque, conta que os pontos da sutura começaram a ficar frouxos. O chefe gritou novamente com ela: *“você não sabe dar ponto também??!!”*. O chefe tomou a frente do procedimento, mas, infelizmente, o paciente *“foi a óbito”*, disse.

Percebi o quanto Margaret estressou sua voz e todo seu gestual, mexeu-se na cadeira e até derrubou o que tinha sobre a prancheta, enquanto narrava sua experiência neste procedimento.

Ao terminar as palavras “foi a óbito” parou de falar por alguns segundos antes de retomar nossa conversa. Nesses segundos, eu também me conscientizei sobre minha respiração, que havia se alterado.

Margaret retomou o relato contando que já conversou muito com vários chefes dela sobre este caso especificamente e tudo indica que ela tenha drenado o pulmão do paciente, entrando com o dreno em lugar errado. Depois de muito analisarem em equipe e com outros chefes o mais plausível que lhe pareceu foi o que um dos mais experientes cirurgiões da casa concluiu: que houve uma sequência de erros neste caso. A ausência do chefe em sala, a inexperiência de Margaret, a imperícia ao colocar o dreno em local errado, entre outros. Mas ela falou com resignação que mesmo com todas as justificativas levantadas nas análises feitas pela equipe, ela se sente culpada, pois apesar da condição de saúde do paciente, não havia iminência de morte. Mesmo ela sendo R1 e não ter responsabilidade em cirurgia, ela foi a culpada pela morte dele.

Lembrou que naquele dia chorou muito! Não conseguia parar de pensar e recomeçava a chorar novamente. Disse que foi difícil de lidar, pois ela estava ainda na metade do primeiro ano da residência, e além de lidar com sua instabilidade, ela foi junto para dar a notícia para a família. Emocionalmente, ela classificou essa cirurgia e seu desfecho como a mais impactante em sua carreira até aqui.

Disse que aprendeu a lidar bem com a perda, com a morte. Mas nesse caso, a culpa pela sequência de erros que levaram o paciente ao óbito, foi difícil. Disse que nenhuma justificativa vai convencê-la que não foi culpa dela, pois o dreno foi colocado por ela.

Costuma contar que esse caso foi a primeira cruz que ela colocou em seu *esteto!*¹⁵ Por ser o primeiro óbito na cirurgia. Cita um ditado que um de seus chefes mais próximos e querido sempre diz: *“Os cirurgiões têm dois cemitérios: um com pacientes que morreram em decorrência de falhas deles, cirurgiões e outro com pacientes que morreram em decorrência das circunstâncias da própria doença, ou porque não havia conhecimento de uma técnica melhor ou mais avançada ou, ainda, uma tecnologia mais adequada”*.

Margaret completou dizendo que em seu cemitério aquele óbito foi trazido pelas mãos dela mesma.

Contou que por muito tempo ficou com bloqueio para procedimento em tórax. Quando tinha que fazer algo parecido, ela sentia que dava uma *“travada”*, mas o chefe que é mais próximo dela, a havia alertado que não era para evitar o procedimento, a fim de não dar chance para traumas. E assim ela fez, mas enfatizou que este caso é inesquecível e emocionalmente o mais pesado que ela carrega. *“Quem o matou, fui eu”*, disse.

A médica ponderou que o cirurgião se expõe mais a riscos que outros profissionais. Que é mais fácil errar em cirurgia do que sentada em seu consultório.

¹⁵Estetoscópio: instrumento para auxiliar a escuta de ruídos internos do organismo, us. esp. na ausculta cardíaca e respiratória.

Contou que a avó um dia perguntou por que ela não pensava em fazer medicina. Ela então começou a pesquisar e achou que seria uma boa escolha. Já a cirurgia entrou na vida dela depois de ter conhecido um cirurgião muito querido, que hoje é seu chefe mais próximo e uma inspiração como profissional. Se disse muito feliz com a escolha que fez. Em todos os estágios que fez se perguntava se gostava mais de cirurgia, e foi chegando à conclusão que era cirurgia mesmo.

Ela acredita que o cirurgião vai se fortalecendo como pessoa à medida que vai integrando à rotina a disciplina de acordar cedo, passar visitas várias vezes ao dia (pode chegar a 7-8 ao dia, dependendo do pós-operatório), acompanhar outros residentes, acompanhar chefes, acompanhar a recuperação de cada pacientes, e operar, muito.

Considera que agora, como R2, tem um pouquinho mais de tempo. Dá para encaixar uma academia alguma vez na semana e até fazer as unhas, complementou rindo mais e me mostrando as unhas. Mas ressaltou que em termos emocionais vai ficando mais pesado, vai piorando à medida que a residência vai avançando, pois também avança a responsabilidade, o comprometimento e a cobrança. Sendo R1, todos sabem que se é recém-formado, recém-chegado, não se sabe muita coisa e que há mais gente pensando as decisões e as resoluções. Explicou que por 15 dias os R1 ficam sozinhos em razão de 15 dias de férias dos R2. Esse período é um choque, é uma luta desgastante ficar sem o respaldo deles, mas que acha importante já no primeiro ano cortar esse cordão umbilical. Tem aprendido também a importância do respeito à hierarquia, que é uma tradição na residência. Disse que está contente por ter feito a escolha do terceiro ano. Pretende seguir para especialização, mestrado e doutorado, para estar apta a dar aulas e ser independente financeiramente.

Desde que começou o Programa teve problemas físicos, principalmente com joelho, mas acha que tudo está valendo a pena e sabe que é uma fase que tem que ser enfrentada. Lembrou que alguns residentes desistem, uns por não estarem certos que queriam cirurgia mesmo e outros porque não querem passar pelas etapas da hierarquia. Reclamam que não querem ficar segurando

câmera em cirurgia por vídeo, por exemplo, por eles já serem médicos formados e acham que esse é um trabalho inferior. Ela explicou que é importante começar segurando a câmera para entender as próximas etapas do aprendizado dentro do programa.

No ano de 2022 aconteceram desistências de residentes, com isso o serviço de cirurgia ficou desfalcado. O serviço tem que se adaptar com menos residentes no atendimento e na cirurgia geral. Margaret fez uma parada para ressaltar que uma coisa é respeito à hierarquia tradicionalmente existente no serviço de cirurgia, e que ela entende importante, mas outra coisa é abuso de poder. Disse que na hora que o “bicho pega” são os chefes, eles sabem que os superiores que estarão na retaguarda, no suporte e responsabilizando-se.

Ela percebeu em si mesma o quanto esta estrutura e dinâmica do serviço deixou-a mais corajosa, mais resiliente, mas também mais compassiva e empática e com mais medo também. Medo de perder pacientes e de não fazer bem o seu trabalho. Na residência vive-se intensamente emoções e ela exigirá de seu limite físico, ela resume.

Explicou que o pós-plantão a que eles têm direito nem sempre ocorre na prática. O pós-plantão é um direito do residente de 6 horas de descanso pós plantão noturno¹⁶. Ela não se importa de trabalhar mais, afinal diz que escolheu a residência para trabalhar e aprender o máximo que puder. A hora é agora, falou!

Contou uma experiência para exemplificar sua determinação em buscar sempre mais e melhor aprendizado: ela foi entubar uma paciente que estava vomitando sangue, mas ela não estava enxergando nada, não sabia se estava fazendo certo. Lembrou-se então da regra na residência: se tiver alguém mais apto que você para executar um procedimento, não faça, passe para outro. Ela passou para a colega residente que também disse que não estava enxergando nada. Outra regra é: na dúvida, não entuba. O chefe então veio e fez a colocação do tubo. Margaret disse que saiu da sala intrigada e buscou pelo chefe para tentar esclarecer e aprender com ele

¹⁶ Resolução nº 1 de 16/06/2011 / CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

estratégias melhores para aquele procedimento. O chefe lhe respondeu então que também não estava enxergando nada, mas ele era o mais apto para realizar o procedimento. Essa é a diferença entre quem tem experiência e responsabilidade. E o porquê de a hierarquia ter que ser respeitada e sendo passada tradicionalmente.

Ela disse que busca essa excelência.

Disse que também não quer ser escrava da profissão depois que terminar a residência e especializar-se. Quer dar vazão a outros talentos e interesses. Apontou que alguns chefes mais antigos só vivem a medicina. Só vivem no Hospital. Alguns, inclusive, discordam da implantação do pós-plantão¹⁷ na residência, pois entendem que na vida real não há pós-plantão. Ela acha retrógrado esse pensamento, porém está intensamente imersa no programa o máximo que consegue.

Acha a residência um mal necessário e é por isso que tem que ter certeza se quer mesmo a cirurgia, pois enfrentará uma jornada intensa e pesada.

Disse que nunca teve dúvidas se queria cirurgia, mesmo assim tem questionamentos constantes sobre sua aptidão e habilidade, sobre planos pessoais futuros competindo com a atividade profissional exigente.

Comentou que alguns cirurgiões são naturalmente habilidosos e citou, a título de comparação, dois grandes cirurgiões do serviço. Os dois são indubitavelmente excelentes, porém um é experiente e fluidamente/naturalmente habilidoso, enquanto o outro é experiente e bem treinado.

Ela confessou que para ela não é natural, treina muito, é mais “*by the book*” nas técnicas cirúrgicas. Teme não conseguir ser do nível dos dois cirurgiões citados. Se acha muito exigente com ela mesma, sobretudo porque está num espaço majoritariamente dominado por homens. São

¹⁷ Estabelecimento e condições de descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno.

poucas mulheres neste serviço. Contou que ainda ouve que cirurgia não é especialidade para mulheres. “*Sim, ainda falam isso*”, exclama, me olhando nos olhos.

Quando comunicou a amigos e familiares sobre sua escolha pela cirurgia, logo ouviu: “*mas você não vai querer ter filho?*”.

Ela acha que dá pra ter filho e ser cirurgiã, também dá pra ser cirurgiã e não querer ter filho. Tudo dependerá do estilo de vida que a médica quiser ter. Mas admitiu que no serviço que está trabalhando há apenas uma cirurgiã no quadro. Como mulher, refletiu, precisa mostrar mais trabalho para conquistar seu espaço e não se importar com conversas e posturas machistas que possam ocorrer. Acha que as diferenças de gênero serão suplantadas através de um trabalho bem feito, da pessoa que ela é e da cirurgiã que ela está se tornando. Dá um exemplo, em meio a muito bom humor, que um dia estava numa sala de procedimentos fazendo esforço com um instrumento, quando um cirurgião chefe passou e brincou com ela: “*Margaret, não faça tanto esforço... Mulher faz esforço é no tanque!*”.

Com humor, ela respondeu: “*não se preocupe, fazemos força no tanque e aqui também!*”. E soltou uma gargalhada. Disse que o cirurgião ficou sem graça e a tendência tem sido de diminuição deste tipo de piada e não se chateia.

Por outro lado, se chateia com pacientes que ainda acham que ser atendidos e operados por cirurgiões homens é melhor que por mulheres. Contou que naqueles dias ajudou a operar e acompanhou o pós-operatório de uma paciente, passando visitas de manhã, tarde e noite, às vezes mais de uma vez por período. Contudo essa paciente fez uma queixa que não estava sendo atendida devidamente, pois o médico, ainda não passara para vê-la desde a cirurgia, só tinha vindo uma médica.

Apontou esta situação como retrato das cirurgiãs no imaginário coletivo. Disse que não se chateou com a paciente, mas com a imagem social.

Disse que o irmão também está finalizando a faculdade de medicina e veio acompanhá-la para saber se ingressaria na carreira da cirurgia. Desistiu. Questionou-a muito sobre a rotina estressante e o tanto de visitas que realiza nos pós-operatórios, dia e noite, (podendo ser 6-7 num dia). Fora as cirurgias, procedimentos e atendimentos.

Ela pensou que quer ter sua clínica, mas não pretende deixar a SCUT (Serviço de Cirurgia Urgência e Trauma). Em geral, os residentes não querem voltar para a cirurgia geral depois de se especializarem. Mas ela quer.

Lembrou que quando fez a escolha, sabia que era difícil, mas que hoje diria pra ela mesma que é muito pior do que ela imaginava e do que qualquer um imagina. Tanto do ponto de vista físico quanto emocional.

Pensa que faltou se preparar fisicamente para enfrentar longas jornadas, de pé ou andando. Se culpa por isso. Não compromete sua performance como cirurgiã, mas ela sofre mais.

Acha que a transição entre a faculdade é muito impactante. Um pulo grande, ela disse. Nesse sentido, acha que a faculdade não aborda, nem prepara mais como antigamente. Hoje em dia o internato não é ficar internado e nem a residência residir todo tempo no Hospital.

Acha que a preparação para a prova da residência hoje em dia é muito maior do que a preparação física e emocional para a jornada que virá.

Ela passou medo, dormiu pouco, comeu mal, engordou, esteve sedentária, ficou distante da família e vida social, machucou o joelho. Entretanto, foi o preço que ela pagou para se fortalecer e chegar melhor no R2.

Complementou dizendo que 80% da excelência do cirurgião na residência é prática, repetição. Obviamente precisa ter mão firme. Não pode ter tremor essencial¹⁸, por exemplo.

¹⁸Tremor essencial é um distúrbio neurológico do movimento que geralmente afeta as mãos, mas que também pode afetar a cabeça, a voz e as pernas.

Até um macaco opera, se treinado, explicou. Mas não toma decisões como o cirurgião e, portanto, tem que treinar e se expor, dia e noite, nesse intenso programa, para se tornar uma boa cirurgiã. Disse ser nítida sua evolução de R1 para R2.

Mencionou a tal frieza com que se referem aos cirurgiões no imaginário coletivo, e isso se deve ao fato de que naquele momento da cirurgia, o autocontrole é imperativo. Se você tem um paciente morrendo, sangrando em suas mãos, você tem que manter o controle e continuar o trabalho, não dando espaço para o desespero, explicou. Disse que usa da estratégia de apenas focar no que tem que fazer, pois, se começar a pensar que aquele paciente é pai de alguém, filho de alguém, esposa de alguém, não conseguirá fazer seu trabalho a termo, inundada por tais pensamentos. Em caso de óbito, deixa para pensar e sofrer depois.

Explicou que supostas grosserias que possam ocorrer na sala, não são grosserias, são comandos firmes, tais como: “passa o dreno!” (fala em alto tom a frase, demonstrando comando ativo e claro). Tudo o que se falar não será tomado como desrespeito, mas como fruto da situação estressante e que demanda rápida resolução. Depois saem conversando do centro cirúrgico.

Mencionou que a terapia antes, durante e depois da residência é importante como um suporte, mas que só conseguiu fazer por um mês no início da residência, pois o tempo era escasso. Optou então por dormir e descansar nas raras horas vagas. Relatou que acabam dando suporte uns aos outros dentro do grupo e também com algum chefe, quando a necessidade é muito grande. Não conta com a família, pois eles não entendem do que se trata esse trabalho. Pensam que é um exagero da parte dela e que só pensa em trabalhar. Não consegue uma interlocução razoável com os familiares. Acredita que se tivesse um serviço de apoio psicológico dentro do programa seria bom.

Lembrou que uma vez ela “surtou” com um paciente que chegou drogado e o serviço estava muito confuso e funcionando acima da capacidade de vagas. Ela estava, portanto, sobrecarregada e no atendimento o paciente, alterado, falava improperios. Até que ela perdeu o

controle e gritou com ele e com os funcionários que o haviam admitido sem ter vaga. Ela admitiu que foi um sinal do tamanho da pressão que ela estava enfrentando. Todos perceberam que ela estava em nível máximo de estresse e a ajudaram no rápido atendimento. Depois que tudo passou, achou que foi desnecessário seu descontrole. Nesse momento, recostou na cadeira e riu alto e relaxadamente.

Ela retomou dizendo que, ao mesmo tempo, aquele “destempero” foi importante para ela balizar seus limites e entender que tem que aprender lidar melhor com tais situações.

Às vezes, ela se pega emocionada e deixando extravasar suas emoções ao ouvir mensagens de acolhimento que voluntários e religiosos trazem para pacientes, familiares e até funcionários do Hospital. E exclamou: “Nunca é para nós, os pobres residentes!”.

Contou que um dia um paciente faleceu e ela estava preenchendo o formulário de óbito. Ao mesmo tempo, um capelão estava refletindo uma bonita mensagem sobre a passagem do paciente e prestando conforto aos familiares. Ela disse que começou a chorar e todos achavam que fora pela perda do paciente. Mais tarde, ela explicou para a equipe que a questionara sobre o choro, que aquelas palavras de acolhimento do capelão foram o gatilho para ela extravasar toda a tensão represada. Disse, rindo muito e imitando a cena que escrevia no formulário, chorava um pouco, enxugava as lágrimas no jaleco, escrevia mais um pouco, soluçava...

Disse que é uma pessoa emotiva e que se emociona com pacientes e familiares, mas que não chora na frente deles. Deixa para chorar depois, abrindo espaço para isso quando já passou o atendimento, a cirurgia etc. Tenta separar bem as áreas pessoal e profissional, mas sabe que elas tendem a se misturar, inevitavelmente. Disse que acha que tem que ir para a terapia. E gargalhou!

Finalizamos nosso encontro com a médica Margaret se desculpando por ter falado demais e enfatizando que gostara da experiência de se ouvir falando sobre ela mesma e sua trajetória.

Assinou todos os documentos pertinentes à pesquisa e se despediu alegre e gentilmente colocando-se à disposição caso a pesquisadora precisasse de algo que ela pudesse colaborar.

Seguiu pelo corredor que a levaria às enfermarias e aos pacientes pós-operados, com parte de seu esteto pendurado e balançando no bolso do jaleco.

Figura 3*Cruz no esteto**Fonte: pesquisadora*

“Esforço”

Dênis

Dênis me foi apresentado por um dos primeiros participantes. Assim que soube da pesquisa, pronto e entusiasmadamente, pediu para participar. Apesar de sua disponibilidade, foi o participante de maior dificuldade de compatibilidade de agenda. Foram inúmeras tentativas e trocas de mensagens. Por força de sua agenda repleta de compromissos administrativos e de cirurgias de urgências que surgiam ao longo de seus dias e semanas, somente conseguimos nos encontrar cerca de 2 meses depois de nosso primeiro contato. Estive, inclusive, por várias vezes, disponível nas dependências do Hospital, esperando em salas perto de onde ele estava atendendo ou operando, para caso surgisse alguma oportunidade. Dênis sempre me enviava mensagens explicando suas remarcações e pedindo desculpas por mais um cancelamento.

Numa terça-feira, iluminada por um sol forte de final de inverno, logo cedo, recebi uma mensagem dele me dizendo que organizara sua agenda de modo a encaixar nosso encontro ao final de seus atendimentos no consultório.

Seguindo suas instruções, segui para o local. Não aguardei muito tempo até que a enfermeira me fizesse um sinal para que me dirigisse ao consultório 3, onde me esperava entusiasmado e, mais uma vez, pedindo desculpas pelos tantos reagendamentos.

Antes mesmo que conseguíssemos começar nossa conversa, fomos interrompidos por secretária e enfermeira que traziam documentos para ele assinar. Pedidos de desculpas. Além dessas interrupções, outras se deram ao longo de nosso encontro, ora pelo interfone, ora pelo celular pessoal dele. Além de cirurgião, professor e preceptor, Dênis acumula funções administrativas em diferentes serviços de saúde onde trabalha, razão pela qual é solicitado por várias pessoas para autorizações, assinaturas, reuniões e, mais comumente, para cirurgias de urgências. Ele decidiu fechar a porta do consultório e avisar a recepção que estava começando

uma reunião e não queria ser interrompido pelos próximos 30 minutos. Dênis ouviu atentamente a pergunta norteadora e tomou alguns segundos olhando para mim, enquanto parecia buscar mentalmente entre seus tantos casos cirúrgicos, em seus mais de 30 anos de profissão, algo para conversarmos. Ele então disse: “*são tantos casos atendidos, tantas cirurgias que nos impactam, por tantos motivos*”. Em segundos, começou a falar sobre um paciente que ele atendera pela primeira vez há cerca de um mês. Um homem de aproximadamente 45 anos, que viera encaminhado por outro serviço de saúde, especificamente para ele. Apresentava dores abdominais, já havia feito algumas intervenções cirúrgicas gástricas que resultaram em sequelas. Denis operou-o mais uma vez, sabendo que devido ao histórico mencionado, sua recuperação seria lenta e sofrida. Explicou que o que mais o impactou foi a situação pessoal deste paciente. Pois ele era relativamente jovem, sentia dores e desconforto gástrico, estava deprimido, separado da última esposa, sem rede de apoio social que o sustentasse naquela jornada em busca da recuperação da saúde e qualidade de vida.

Denis justificou o impacto que esse paciente causou nele, não pela questão técnica e da patologia em si, mas pela situação pessoal em que se encontrava, enfrentando sozinho aquela jornada. Acabou se aproximando mais do paciente do que está acostumado. Acompanhou sua recuperação diariamente, comunicando-se e verificando o longo pós-operatório a fim de se antecipar a possíveis intercorrências. Disse também que ainda continua se comunicando com o paciente. A preocupação com aquele paciente estava clara em sua fala. Descrevia o desconforto físico e emocional desse paciente e exclamou: “*ah! difícil, né, enfrentar tudo isso sozinho, em depressão, sem uma família por perto*”.

Apesar do estereótipo do médico cirurgião, distante, explicou que costuma ter relação estreita com seus pacientes. Como cirurgião de urgência, não há tempo de saber da história daquela pessoa, pois precisa salvá-la. Fazer o que tem que ser feito. Gosta, entretanto de conhecer o paciente e sua história no pré e no pós-operatório, sempre que possível. Pensa que ali há um

pai, uma mãe, um filho, um ente querido de alguém, o membro de uma família. Entende que algumas pessoas necessitam de uma atenção mais próxima e que ele fica em alerta para esses casos, mesmo depois da cirurgia e depois que sai de alta. Compreende como necessária essa disponibilidade que estabelece uma conexão de segurança tanto para ele quanto para o paciente.

Explicou que a especialidade exige esforço e dedicação, explicando como são seus dias “normais” e intensos. Sua agenda semanal é dividida entre períodos de cirurgia, períodos de docência e períodos de atribuições administrativas. Aos finais de semana – quando não opera aos sábados ou quando não é chamado para alguma urgência – procura descansar, desfrutar da companhia da família e se preparar para a semana seguinte.

Se voltasse no tempo, Denis faria as mesmas escolhas: médico e cirurgião, apesar da adaptação quando se mudou para fazer a faculdade. Relembrou a mudança que fez de outro estado, a distância da família e a saudade da comida. Resistiu em nome de seu propósito e se orgulha disso, assim como toda sua família. Não foram anos fáceis, nem na graduação, nem na exaustão da residência. Muitos plantões, privação de sono, pouco tempo livre. Riu ao lembrar dessa época, “tem que ser jovem para aguentar”. Percebe que o curso de medicina mudou em termos de alunado e hierarquia. Os professores tinham uma autoridade diferente, distante dos alunos, mas acha o comprometimento era maior. Considera o curso “light”, com mais concessões e menos hierarquia do que ele vivenciou há 3 décadas. Ponderou vantagens e desvantagens, mas que na especialidade de cirurgia a hierarquia em sala cirúrgica é importante, é funcional, em virtude da responsabilidade e nível de competência e delegação de cada membro da equipe.

Denis derivou a conversa sobre sua carreira administrativa que não tardou a chegar desde que se tornou professor e que nela progrediu e permanece. Também falou entusiasmado sobre sua carreira de sucesso. E sobre as inovações e desenvolvimentos que viu e participou na instituição durante o tempo que ali trabalha. Credita à sua perseverança, dedicação e com a ajuda de Deus.

Enquanto falava sobre sua trajetória em cargos administrativos, citou que já operou colegas e até funcionários de diversos cargos dentro da instituição, por ter sido nominalmente solicitado, porém, se puder, ele evita. Acha que há uma exigência emocional maior quando se opera conhecidos. O mesmo acontece com familiares. Se puder, indica aos colegas que confia, para executar tal missão. Dênis foi diminuindo o ritmo de nossa conversa anunciando que chegava ao fim.

Não tardou para que o celular recomeçasse a vibrar sobre a mesa e alguém batesse à porta. Mais documentos para que ele analisasse e um caso no consultório 1 o esperava, a enfermeira anunciou, desculpando-se por nos interromper.

Enquanto assinava meus documentos da pesquisa, aproveitou para se desculpar novamente pelos agendamentos e para dizer que gostara de participar e poder recapitular a trajetória dele como cirurgião. Também aproveitei para enfatizar meus agradecimentos, sobretudo com um profissional-participante com tantos compromissos. Nos despedimos e ele saiu apressado, avisando-me que eu poderia ficar na sala o quanto precisasse pois não seria mais usada naquela manhã.

Ao sair, vi a porta do consultório 1 entreaberta e num golpe de vista pude ver Dênis com a mão direita segurando o queixo e ouvido atento junto ao paciente sentado numa maca.

Sentei-me um pouco na sala de espera, pois precisava me preparar para sair e me lançar em outra atividade que me esperava. Pensei no desafio dele sair de uma conversa comigo numa sala e, ato contínuo, entrar em outra sala para se articular com outra atividade e raciocínio.

Ao sair pela porta da emergência, encontrei uma ambulância chegando, segurança abrindo portas, maca entrando e socorrista atrás... não há tempo a perder. Tem que fazer o que tem que ser feito. Desviei meu trajeto para chegar aonde tinha que chegar.

Figura 4*Tempo exíguo**Fonte: pesquisadora*

“e se fosse alguém da minha família?”

Nancy

Nancy respondeu a meu convite algumas semanas depois de recebê-lo e marcou nosso encontro para um horário de almoço daquela mesma semana de agosto. Porém, teve de desmarcar no dia seguinte por um compromisso familiar e remarcamos para dali duas semanas, já em setembro, em uma quinta-feira nublada.

Segui para o hospital muito antes do horário marcado a fim de saber sobre a vacância da salinha de discussão de casos ou partir em busca de outros espaços possíveis para usarmos, antes que ela chegasse. Logo descobri que a salinha estaria ocupada a tarde toda naquele dia. Avisei-a por mensagem e pedi sua ajuda para pensar num lugar. Aguardei-a na sala de espera da emergência do Hospital. Uma hora depois, Nancy me abordou na recepção e me surpreendi com sua juventude e delicadeza. Depois de nos apresentarmos, pensamos juntas em possibilidades de lugares que nem eu e nem ela tinha checado ainda. Ela teve a ideia de conferirmos se o auditório estaria vazio. Eu não sabia onde ficava, mas ela me conduziu por um labirinto que passava pela tal salinha e seguiu além, entrando em outro corredor. Ao chegarmos ao auditório vimos que não estava trancado, então logo nos apropriamos, pelo menos até que alguém reclamasse a utilização. Despendemos cerca de 10-15 minutos para encontrarmos o acendimento das luzes, buscando-as em plena escuridão, utilizando as lanternas de nossos celulares. Rimos juntas da dificuldade que estávamos enfrentando, quando finalmente Nancy encontrou o quadro elétrico.

Relaxadas pelas risadas, iniciamos nosso encontro de forma leve. Nancy transpareceu receptividade pelo encontro, pela participação e disse que ficou interessada pela pesquisa assim que recebeu o convite. Repetiu várias vezes que era um prazer estar ali.

A médica iniciou nossa conversa dizendo que é R2 e que lembrou de uma cirurgia que lhe marcou e a fez lembrar imediatamente para falar, em que ela era R1, e estava atendendo um paciente que estava com uma massa abdominal e em cirurgia eletiva, para biópsia.

Era um paciente de meia idade, saudável, sem comorbidades. Durante a cirurgia, o paciente teve uma hemorragia, sangrando muito devido ao tamanho da área onde estava a massa, e por isso, acabaram retirando mais do que imaginavam, tirando até um pedaço do pâncreas.

Contou que estava tão difícil que quem tomou a condução foi o chefe e não ela. Ela disse que foi uma cirurgia tensa, difícil e complicada. E quando falou que foi complicada se referiu ao acesso para a retirada de tecido para biópsia e a intercorrência da hemorragia. Disse também que não ficou impressionada com a cirurgia em si, pois acabou e pronto. Mas preocupou-se e angustiou-se em ter que dar a notícia para a família, pois o paciente teve que seguir para a UTI, ser entubado¹⁹, utilizar drogas para monitoramento de pressão, etc.

O que mais a surpreendeu e a assustou foi o fato de ser uma cirurgia eletiva, para biopsiar e acontecer essa intercorrência. Lembrou que a esposa e a filha estavam desde a consulta e depois no Hospital acompanhando e aguardando o pai sair da cirurgia.

Lembrou que esse caso foi um peso para ela. Ficou muito triste e chateada, pois estava no primeiro ano de residência, recém-formada e o paciente acabou falecendo. Disse que ficava rezando para que ele não falecesse, e se falecesse que não fosse no plantão dela, para não ter que dar a notícia para a família – esposa e filha. Ao mesmo tempo, ficou preocupada e angustiada com a evolução dele, mesmo estando fora do Hospital. Ele permaneceu cerca de um mês internado e ela o acompanhou, ligando, inclusive, para saber como ele estava. Entendeu que foi o melhor para ele, pois sua situação era muito grave e sentiu-se aliviada por não ter sido ela quem deu a notícia para aquela família. Lembra que sentiu muita responsabilidade em acompanhá-lo todos os dias, um paciente tão grave sendo apenas R1.

¹⁹ Introduzir tubo em paciente, de modo que ele receba ar (por meio da traqueia).

Exclamou e respirou fundo falando: *“foi bem difícil!”*.

Ela disse que se colocava no lugar daquelas duas mulheres e pensava *“se fosse meu pai!”*, e completou dizendo que sempre que vê um paciente grave pensa: *“ai, meu Deus e se fosse alguém da minha família?!”*.

Disse que nestas circunstâncias, quando está acompanhando pacientes graves, sempre pensou o quanto a família deve estar sofrendo, se colocando no lugar deles. Então me perguntou: *“isso deve ser ruim, você não acha?”*.

Enquanto eu pensava em sua pergunta, ela mesma respondeu: *“humano lidando com humano!”*.

Nancy disse que sempre lembra desse caso, o quanto ficou triste, preocupada e que assim que eu lhe fiz a pergunta norteadora, foi o primeiro paciente que lhe veio à cabeça, pois a marcou muito.

E emendou contando que depois desse caso, teve um outro que ela considerou inesquecível. Um paciente jovem, vinte e poucos anos. Ele fazia uso de anticoagulante e chegou na urgência com sangramento abdominal, muito grave, com pressão quase zero e taquicardia. Não havia vaga na UTI para ele. Ela chamou o residente colega no plantão com ela para irem juntos falar com a mãe, informando que talvez ele não sobrevivesse. Contou que se preocupou tanto com a situação grave desse paciente e, principalmente por estar fora da UTI, que ficou ao lado dele durante a noite toda, chegando até a dormir e vigiando-o.

Quando falou com a mãe, escutou dela uma resposta de esperança; *“Fred é um milagre. Ele já sobreviveu uma vez. Vai sobreviver de novo”*. Nancy disse que se preocupou muito com a negação da mãe em relação ao real risco de morte do filho. Pois ela tinha certeza que ele ia morrer, visto que o prognóstico era muito ruim. Porém, ele era jovem e sobreviveu, para surpresa e alegria de Nancy. Disse que esse caso mobilizou toda equipe, primeiramente pela gravidade e

negação da mãe e depois pelo desfecho inacreditavelmente positivo. Percebi que ao contar esse caso, a médica identificou o paciente quando citou a fala da mãe. Ela não esquecera seu nome.

Explicou que tem percebido que com o tempo ela foi se “blindando”. Acha que é natural com todos os residentes. Vai ficando resistente aos casos mais graves, como falar com a família e como lidar com perdas. Lembrou que tinha dor de barriga quando tinha que falar com a família. Mas não tinha como fugir, tinha que falar, então aprendeu a ir com dor de barriga mesmo.

Entendeu que a prática e o exercício de falar, vão construindo um amadurecimento no dia a dia. Disse que foi aprendendo que tem família que grita, que se joga no chão, que se tornam agressivas. No começo ficava nervosa só de pensar que isso ocorresse com ela, pois sabia que ficaria chocada, mas isso não aconteceu até agora. Tem tido a postura de pensar que ela é que tem que dar a notícia, que fará o que tem que ser feito, tanto para diagnóstico quanto para notícia de morte. Disse que desenvolveu uma forma positiva de dizer que o diagnóstico é de câncer, por exemplo, mas já emenda em seguida os tratamentos possíveis.

Ela veio de uma turma de medicina e que já aprendeu o protocolo *spikes*²⁰ (para comunicação de más notícias). E mencionou que acha o protocolo muito abstrato, embora suas recomendações de estruturação e organização espacial, informacional e abordagem dos familiares façam sentido e ajudem o profissional nesta delicada tarefa. Brevemente, conversou comigo sobre a aplicabilidade do protocolo, pois sabe que psicólogos também o utilizam e confirmou comigo o quanto sei e tenho experiência com ele.

Contou que é filha de mãe médica, anestesista, e que sempre gostou de ouvir os casos que a mãe cuidava. Rindo, contou que não quis fazer anestesia, pois quis ver o paciente de frente na sala cirúrgica, não ficar atrás dele. Mas pretende se especializar em exames de colonoscopia e endoscopia. Dessa forma, não terá uma vida tão exaustiva como a de cirurgiã geral e outras

²⁰ O **protocolo SPIKES** (six-step protocol for delivering bad news) tem o objetivo de facilitar a abordagem de assuntos delicados diante de pacientes com câncer, como diagnóstico, recidiva da doença e início de tratamento paliativo, **mas** seus princípios podem ser expandidos para outros cenários na prática médica.

especialidades que precisam ser chamados para assistir aos pacientes que se complicaram e que precisam ir ao hospital. Isso pode permitir que ela tenha cirurgias eletivas, previamente agendadas tendo uma vida mais estruturada.

Nancy refletiu que o trabalho de cirurgia exige muita doação de tempo e de vida. Acha que os cirurgiões estão mais dedicados para o trabalho do que para a vida familiar e pessoal.

Sabia que a vida de cirurgia era assim, exaustiva, intensa, de muita entrega, de compromisso e responsabilidade constantes, mas que não tinha a verdadeira dimensão disso até chegar ao segundo ano da residência. Exemplificou que se o paciente complica no pós-cirúrgico e fica um mês internado, tem que passar a visita e acompanhar todos os dias. *“É um casamento com o paciente, exclamou! Ele é seu, você tem que acompanhar”*.

Disse que quando vai de folga no final de semana pra casa, fica passando mensagem para saber dos pacientes. É sobre essa responsabilidade que a médica Nancy falou enfaticamente. Por mais que o chefe seja o responsável, são os residentes que cuidam, examinam, passam visitas.

Disse que quando era interna acompanhou cirurgia, e até chegou a suturar pele, mas essa experiência não dá a dimensão do que é ser cirurgiã, nem o que é a residência em cirurgia.

Disse mais que quando tem tempo vai pra casa dormir, único autocuidado que tem conseguido ultimamente. Contou uma curiosidade que já lhe aconteceu de pegar o carro para vir para o hospital e o aplicativo de GPS anunciar: *“20 minutos até sua casa”*. Ele detectou o endereço do hospital como sua casa, pela sua longa permanência no local, e completou dizendo que sabe que não tem opção de desistir, vai aguentar o que tiver que aguentar.

Disse que é pesado o dia a dia e que tem pessoas que desistem.

Lembrou que nos primeiros meses de residência teve dores nas pernas e nos pés, parecendo que tinha feito muitas horas de *crossfit* na academia.

Não soube dizer o que mais os impacta, se o físico ou o psicológico. Além da cansaça física, mencionou que a hierarquia e a demanda estressante tornam o ambiente hostil.

Acha que não precisaria ser assim, mas que tradicionalmente é. Acha desnecessário e até “ridículo”. Eles não têm apoio psicológico na Instituição e nem fora dela. Nancy disse que não teria tempo para a terapia com a residência em curso.

Tem contado com o apoio da família e conversa com os colegas quando algo mais pesado acontece. De modo geral, ela acha que está seguindo bem, sabendo que tudo o que acontece nos relacionamentos não é pessoal, não é com ela, mas parte de uma estrutura e de uma dinâmica instituída.

Mas, enfatizou, que veio preparada para ficar até o fim, passe o que passar. Aprendeu a pensar o hoje, sobreviver ao dia de hoje. E pra aguentar disse, rindo, que toma bastante café! Sabe que é uma fase, e que vai passar. Busca todo tempo tratar todos bem, mas teve que aprender a brigar, a responder e assim desenvolveu a resiliência. Disse que investe constantemente em criar um ambiente bom entre os residentes.

Citou que atualmente um residente colega dela está com a mãe enfrentando um câncer e os colegas estão se mobilizando para apoiá-lo e até assumir o que precisar do trabalho do colega nesta fase.

Contou que o dia de sua graduação como médica foi o dia mais feliz de sua vida. Que era um sonho fazer medicina. Não acalentou o sonho de ser cirurgiã, mas agora sabe que é algo que quer muito, que estudou muito e está feliz e orgulhosa com ela mesma pela conquista em andamento.

Explicou que se encanta com as possibilidades da cirurgia: de poder descobrir, tratar e salvar. E complementou que sempre esteve aberta para Cirurgia Geral e Trauma.

Não acha que tenha uma habilidade especial ou que o aspecto “mão na massa” que envolve a especialidade da cirurgia a seduziu para a residência. Acredita que um bom cirurgião se faz com treino, muito treino e dedicação.

O encontro com Nancy foi finalizando com ela contando que tem disposição interna para ajudar pessoas, e que sempre foi assim. Desde criança se prontificou a socorrer e ajudar pessoas. Nunca se viu fazendo outra coisa. Contou que quando vê acidentes no trânsito, para seu carro e vai oferecer ajuda.

Nancy agradeceu várias vezes pela oportunidade em poder contribuir com a pesquisa e pelo espaço que teve para parar, pensar e falar sobre o que tem sido a escolha que fez por esta especialidade e colocar em perspectiva.

Despedimo-nos logo após as assinaturas na documentação da pesquisa e ela se foi fechando a porta do auditório. Lá permaneci por algum tempo, fazendo minhas anotações e ainda com a sensação da presença jovial e delicada da cirurgiã.

Seu testemunho sobre seu cuidado e temor em comunicar más notícias àqueles que esperam notícias de cirurgia bem-sucedida para seus entes queridos, ecoavam em meu imaginário. Falava de sua empatia, seu cuidado com o outro.

Ao mesmo tempo eu percebi uma pessoa resiliente, persistente, planejada e também com disposição interna para enfrentar os desafios que a jornada como cirurgiã tem lhe trazido.

Saí do auditório e caminhei pelos labirintos que me levariam à uma das portas de saída do hospital. No trajeto encontrei-a seguindo para a Emergência.

Figura 5

Notícia



Fonte: pesquisadora

Julio

O médico Julio me foi indicado por um outro participante, e prontamente aceitou meu convite e tentou por diversas vezes encaixar o nosso encontro em sua agenda bastante atribulada entre vários Serviços de Saúde. Diante da dificuldade em encontrar espaço em sua agenda, sugeriu que fizéssemos o nosso encontro on-line na ocasião em que ele estaria em um Congresso por vários dias sozinho num hotel. No penúltimo dia de Congresso, Julio me contatou e enfim marcamos o encontro para a manhã do dia seguinte. Pontualmente às 11 horas da manhã nos encontramos em ambiente virtual, utilizando a plataforma *Teams*. Julio pareceu estar à vontade, vestido casualmente, num quarto de hotel, numa sexta-feira ensolarada de quase primavera.

Feitas as apresentações e esclarecimentos com relação à documentação a ser assinada, partimos para nossa conversa.

O médico me perguntou se devia relatar impacto emocional positivo ou negativo em cirurgias que tenha feito. Esclareci que ele poderia ficar à vontade para escolher o que quisesse me contar. Rapidamente ele passou a relatar uma cirurgia realizada há cerca de três meses. Explicou que se tratava de uma cirurgia relativamente simples, uma hemorroidectomia²¹, e o paciente teve uma complicação grave. Tal complicação está descrita na literatura, mas pouco descrita, sendo de baixa estatística. A gravidade da complicação expõe o paciente a risco de vida

²¹ hemorroidectomia: cirurgia de remoção de hemorroida interna ou externa.

podendo trazer, nos próximos meses e anos, sequelas permanentes. Disse que esse tipo de cirurgia é feito por ele, rotineiramente, sendo rápida e simples, sem intercorrências, porém não foi o que ocorreu com esse paciente. Contou que três dias depois da alta hospitalar, o paciente entrou em contato referindo alguns sintomas e Julio imediatamente encaminhou-o ao P.A.²². Em seguida teve que atendê-lo para procedimentos de drenagem. Ele explicou que o paciente adquiriu uma infecção que ocasionou uma lesão grave em seu períneo²³. Julio repetiu esse procedimento de drenagem por mais três vezes, pois o paciente retornou com os sintomas, contatando-o novamente. Contou que durante todo o tratamento se sentiu muito inseguro, sobretudo, porque não é uma complicação que ele tivesse visto até então em sua carreira como cirurgião. Até porque, como ele repetiu várias vezes, é uma cirurgia de baixo risco, de uma doença benigna, realizada com técnica dominada e índice baixo de complicações no pós-operatório.

Repetiu que só tinha visto informações de casos de complicações no pós-operatório desse tipo de cirurgia em congressos e na literatura, mesmo assim pouco descrita.

A fim de minimizar a sua insegurança, procurou colegas cirurgiões mais experientes do que ele para trocar informações sobre como continuar conduzindo este caso. Contatou professores e preceptores na instituição que trabalha e confessou que todo esse processo o abalou psicologicamente. Também deu detalhe a mais e informações sobre este caso, explicando que este paciente mora numa outra cidade, cerca de 40 km da cidade que trabalha.

Disse que em uma semana, foi todos os dias para a outra cidade para visitar esse paciente mesmo estando informado pela enfermagem sobre o andamento de sua recuperação e a respeito do andamento do tratamento. Julio contou também que ficou muito tenso, estressado e preocupado, de modo que teve seu sono e suas atividades diárias afetadas. Disse que sua

²² PA: pronto atendimento

²³ Períneo: anatomicamente, é a região situada na parte inferior da pelve. É formado por um conjunto de músculos denominados assoalho pélvico e por tecidos (fáscias e ligamentos), além de ser ricamente innervado e vascularizado. No homem, fica entre o pênis e o ânus.

preocupação era muito grande pois sabia quais complicações o paciente poderia ter em sua vida, mas o paciente não tinha noção real da gravidade e tinha confiança nele.

O cirurgião explicou que já teve complicações no pós-operatório de vários pacientes, mas nenhum dessa magnitude e com esse tipo de cirurgia. Exemplificou uma complicação muito comum que ele tem que lidar, que é uma fístula²⁴ em pós-operatório de hemorroidectomia. Ele costuma conversar com os pacientes sobre possíveis intercorrências e incidência, pois, afinal, é uma doença benigna. Mas o que ocorreu com esse paciente é de outra ordem e magnitude, a qual ele não mencionou a possibilidade ao paciente e, no final, pegou-o de surpresa. Todo o tratamento tem envolvido intervenções, drenagens, tratamento com antibióticos diversos e até câmara hiperbárica, pois trata-se de uma ferida complexa que ele, inclusive, já prevê outras operações possíveis no futuro.

E todo esse processo tem debilitado o paciente e comprometido sua vida cotidiana. Júlio foi sentindo sua preocupação e estresse aumentando na medida que o caso foi se tornando complexo. Passou a pensar todo tempo no caso, no paciente, rememorar a cirurgia, pensar em tratamentos alternativos, buscar informações sobre essa intercorrência incessantemente, ligar para o hospital para acompanhar a evolução e estar em contato com o próprio paciente com frequência. Disse que tudo isso lhe trouxe uma insegurança muito grande e como consequência passou a ter insônia. Acordava no meio da noite e voltava a pensar no caso. No início relutou em utilizar medicação para indução do sono, mas lançou mão quando viu que precisava trabalhar bem no dia seguinte para trabalhar e operar. Além disso, mencionou que tem filho pequeno e não queria que o cansaço e a privação de sono afetassem suas horas de cuidado e lazer com seu filho.

Na primeira fase do tratamento, o paciente ficou internado por um mês, período mais crítico do estresse de Julio. O médico contou que os sintomas de ansiedade, insônia e pensamentos intrusivos foram intensos nos primeiros 30 dias de acompanhamento desse caso.

²⁴ fístula: conexão anormal, um canal, entre duas estruturas não normalmente conectadas, como um órgão que se liga a outro órgão.

Disse que raramente perde o controle de sua ansiedade, mas nesse caso ele se sentiu muito afetado psicologicamente. Além de pensar todo tempo no que teria possivelmente ocorrido na cirurgia e na recuperação do paciente, também pensava na possibilidade de enfrentar um processo judicial.

Refletiu um pouco sobre seus temores centrais nesse caso e ponderou que talvez o processo judicial tenha sido o mais ameaçador. Falando pausadamente, Julio disse que considera muito boa sua relação com os pacientes. Acompanha e atende seus pacientes a qualquer hora, compartilha o número de seu telefone pessoal para facilitar a comunicação. Acha que lida e cuida muito bem da relação médico-paciente. Concluiu que não teme, nem temia nesse caso, uma falha em sua relação com o paciente. Sobre a parte técnica, ele também considerou que lida bem com o que domina e procura ajuda, parceria ou informações sobre o que não sabe. Entende que tudo isso está sob seu controle. Porém, acredita que o processo médico judicial era o temor central que o impactava psicologicamente por não estar sob seu controle.

Teme que, além do impacto em sua imagem, os gastos envolvidos com advogados que ele não poderia arcar. Citou que processos dessa natureza chegam facilmente a 400-500 mil reais de indenização. Um gasto que afetaria drasticamente as finanças de sua família, disse. Confessou que recebeu pela cirurgia R\$164,00, e sobre isso ainda incide impostos. Desse total pagou R\$50,00 para a instrumentadora. O que resta, no final, são cerca de R\$50,00/60,00. Refletiu rapidamente sobre o que recebem pelas cirurgias *versus* a responsabilidade e quantidade de trabalho/estudo investido.

Ressaltou que este é um caso atípico que está relatando, não é a rotina, sendo um caso que ainda está em curso e que ele ainda deverá manter relações por bastante tempo. Disse que ainda ontem passou mensagem para o paciente perguntando como ele estava. Esse “*check in*” tem sido uma rotina.

Considerou que está mais controlado com relação à ansiedade, mas não totalmente. Lembrou que lidou com várias complicações pós-operatórias durante o período da faculdade, residência e especialização, mas naquele contexto o paciente não era “seu”, tinha uma instituição e um cirurgião responsável. Agora, o cirurgião responsável é ele. Sabe que o abalo psicológico agora é maior.

Contou que trabalha muito com cânceres e esse caso que relatou se trata de uma doença benigna, razão pela qual o surpreendeu e o afetou tanto. Houve uma interferência do cirurgião numa doença benigna que seguiria seu curso natural, diferente do câncer, cuja interferência é pela sua malignidade e salvação. Julio emendou dizendo que discorda do senso comum que retrata o cirurgião como um profissional diferente do clínico, só vendo diferença na objetividade e no tempo que ambos têm para conversar com o paciente, pois o clínico é essencialmente um médico de consultório.

Afirmou que a praticidade e a objetividade são características do trabalho de todo cirurgião, em resposta à demanda do contexto de sua prática. A vida do cirurgião é mais corrida, pois seu horário de trabalho não termina quando ele vai para casa. Disse que continua recebendo mensagens e ligações de pacientes em pós-operatório depois que deixou hospital e consultório. Ilustrou o caso de um paciente que ligou à 1 hora da madrugada para contar que conseguira evacuar quando ele, Julio, estava com filho recém-nascido, cansado, sonolento. Riu e comentou, *“será que não dava para ele me ligar às 7 da manhã pelo menos?”*.

Refez a frase dizendo: a vida do cirurgião é mais que corrida, é exaustiva, pois, como as cirurgias são de remuneração baixa, e ele está em início de carreira, explicou que precisa trabalhar com alto volume de pacientes e em diferentes serviços de saúde.

O médico-cirurgião trabalha em dois hospitais em cidades diferentes, além de conduzir seu próprio consultório na cidade em que mora. Exemplificou-me uma rotina básica semanal:

- Trabalha todos os dias da semana, exceto segundas (há apenas um ano conseguiu colocar a segunda-feira como *day off*);

- Começa às 5h30min, passa visita e segue para o consultório;

- Faz cirurgias na hora do almoço (almoça no centro cirúrgico);

- Dá aula das 15h às 16h30;

- Retorna ao consultório e atende até as 20h30min;

- Trabalha 3 finais de semana ao mês;

- Às quintas-feiras faz plantão em urgência de trauma e agenda cerca de 3 a 5 pacientes do consultório. Já chegou a operar 11 pacientes numa quinta-feira.

Além disso, tem os desdobramentos das cirurgias e da docência: passar visita, responder mensagens, encaminhamentos, receitas, relatórios, notas, etc.

Disse que sua prioridade é a família e o trabalho. A prioridade dele, Julio, ele mesmo, não existe. Temporariamente deixou a saúde de lado, não fazendo mais esportes, o que acarretou ganho de peso de mais de 10 quilos desde a residência, abandonou os *hobbies* de ler e de pesquisar e prioriza o tempo livre para a família. Tem um filho pequeno que o motiva a encerrar o trabalho a tempo de chegar em casa e ainda encontrá-lo acordado. Não tem tido tempo nem de encontrar os amigos.

Pretende ajustar todas as áreas de sua vida com a vida profissional assim que der, pois considera que está ainda no início da carreira e que não será assim para sempre. Mencionou, em especial, que é uma pessoa religiosa e praticante, de ir à igreja todo domingo e se envolver nas atividades da comunidade, mas pelo fato de dar plantão e atendimentos por 3 finais semanas no mês, não tem frequentado a igreja com a frequência que gostaria.

Diariamente, tenta reservar uma hora para si mesmo, pela manhã. Tomar um banho e um café tranquilo além de ler a Bíblia. Mesmo que esteja atrasado de manhã, toma o café no carro a caminho do hospital, mas não deixa de fazer a leitura da Bíblia.

Entrou na faculdade pensando em pediatria, pois gosta muito de criança. Enfatizou que gosta “muito” de criança!

Durante a faculdade, porém, (interrompeu para dizer que acha essa parte de sua trajetória engraçada!) passou mal quando viu o sangue do colega, num exercício de exame de sangue. Desmaiou durante o exercício e por isso nem imaginava que viesse a fazer cirurgia. Mas quando chegou a hora de fazer urgência e emergência no internato, reparou que o cirurgião é uma figura resolutiva e fundamental no contexto do trauma, como uma cirurgia de um acidente, na retirada de uma bala, por exemplo. Começou a reparar e se inspirar em cirurgiões mais velhos e tomou a decisão de seguir para a cirurgia. Entendeu que o cirurgião precisa de muitas horas de treinamento, assim como um piloto de avião precisa de muitas horas de voo. Como preceptor de estudantes em cirurgia, sempre recomendou aos alunos que aproveitem ao máximo as horas de “voo” em centro cirúrgico. Disse que a residência é oportunidade para treinamento tanto da habilidade técnica quanto da resistência física às horas exaustivas de trabalho. Explicou que faz parte do treinamento do cirurgião estar vigilante e atento para uma cirurgia de urgência que chega às 3 horas da manhã num plantão de pronto atendimento. Brincou dizendo que nunca jogou videogame, mas que sua habilidade em cirurgia laparoscópica e robótica está relacionada com o tanto de treinamento que realizou.

Já operou sua madrinha de casamento e sua babá, que trabalha na casa de sua família há mais de 33 anos. Em breve vai operar uma aluna. Disse que não tem dificuldade em fazê-lo, porém reparou que se prepara psicologicamente para operar pessoas com vínculo próximo. Estuda bem o caso, se respalda ao máximo com exames de toda ordem, busca estar bem descansado, de modo a se sentir mais seguro e preparado. E no pós-operatório acompanha de perto a evolução e recuperação, conversando com frequência com o “ente-paciente”.

Nosso encontro foi chegando ao fim com Julio refletindo novamente sobre sua escolha profissional. E continuou falando. Diz-se apaixonado por cirurgia e muito feliz como cirurgião!

Enfatizou que se pudesse voltar no tempo faria tudo de novo. Entretanto, faria tudo com um pouco mais de calma e, principalmente, cuidaria da saúde, não deixaria de fazer esportes e cuidaria de sua ansiedade para não ganhar peso como ganhou. Disse que está chateado por ter engordado tanto, sente-se desfigurado e constantemente com preocupações com diabetes e hipertensão.

Julio emendou falando um pouco sobre sua ansiedade. Relembrou que sofreu um impacto emocional quando saiu de perto da família para fazer medicina. Tinha planejado fazer faculdade na mesma cidade em que morava com a família, mas não foi o que aconteceu. A cada ano na faculdade sua ansiedade aumentava e também o acompanhou na preparação para a residência, na especialização e continua presente agora no seu trabalho profissional. Repetiu mais uma vez: *“Já sei que preciso cuidar da ansiedade sempre!”*.

Disse que sempre conversa com seus alunos e fala *“não façam cirurgia se não querem abrir mão da família e da vida social”*. Disse que também os aconselha a pensar muito, principalmente as mulheres – assinalando que não quer parecer machista – pois tem visto muitas mulheres tentando conciliar a maternidade com a vida intensa da cirurgia.

Nossa conversa foi se encerrando e ao fazer-lhe os agradecimentos pela participação, o médico disse que tinha gostado muito de poder falar um pouco dele, de refletir sobre os últimos anos de sua vida profissional que se enlaça com eventos importantes de sua vida pessoal, como o nascimento do filho. Disse que se sentia satisfeito em poder contribuir com a pesquisa. Combinamos como eu levaria e buscaria os formulários referentes à pesquisa em seu consultório para obter suas assinaturas. Despedimo-nos e desligamos a plataforma.

Ao desligar a plataforma, tomei um tempo para me organizar e sair do ambiente que preparara para aquele encontro. Pensei se Julio estaria aproveitando relaxar e descomprimir de seu período de tensão, num congresso, numa cidade de praia, longe da rotina.

Chamou-me a atenção que ele se referiu à intercorrência do paciente do caso que relatou como “*eu tive uma complicação grave nessa cirurgia*” ou “*eu nunca tive complicações com essa cirurgia de rotina*”.

Figura 6*Insônia**Fonte: pesquisadora*

“tem que ter um emocional bom”

Angelita

Angelita respondeu ao meu convite no mesmo dia que o recebeu. Explicou que os dias em seu trabalho e agenda eram bastante incertos, mas que estaria disposta a me encontrar nalgum intervalo que aparecesse de surpresa ao longo de suas semanas. Pelo aplicativo *WhatsApp* estabeleceu uma conversa inicial, fazendo várias perguntas sobre a pesquisa. Esse *rappor* à distância foi facilitador para o contato presencial que tínhamos dali uns dias. Nosso encontro foi possível depois de várias tentativas, devido a imprevistos que ocorriam em seu plantão no hospital. Algumas vezes ficava pelo *campus* aguardando possibilidades, mas acabava indo embora, porém esperando novas oportunidades.

Finalmente, numa terça-feira ensolarada e de muito calor, Angelita sinalizou a possibilidade de encontro durante seu almoço, que seria por volta das 12 horas. Encontrei-a em frente à entrada da emergência e depois de nos apresentarmos, saímos em busca de um lugar privativo para conversarmos.

Exploramos juntas um local para conversarmos e achamos uma sala de aula, onde uma aula de endocrinologia acabara de terminar pois o quadro ainda continha o conteúdo.

Angelita leu um pouco em voz alta e comentou que as aulas da Faculdade ainda estavam frescas em sua memória, apesar de já estar no terceiro ano da Residência.

Prontamente ela começou a falar sobre sua vida de cirurgiã. Explicou que durante a cirurgia em si nem dá para parar pra pensar, mas depois, acompanhando o paciente *“paro pra refletir como foi minha performance na cirurgia, sabe?”*. Disse que diante de minha pergunta, lhe veio à cabeça um caso bem específico e bem recente, de uma paciente que entrou pela urgência e que chamou sua atenção. Uma paciente com um câncer gástrico, internada com fortes

dores abdominais, diagnosticada recentemente, não recebeu estadiamento²⁵ e nem nada. Na internação, foi feito exame de intestino e foi detectado que uma parte dele estava “isquemiado”²⁶. O cirurgião responsável decidiu não só retirar essa parte, que estava com problemas de irrigação e conseqüentemente provocando as dores, mas também retirar a lesão oncológica diagnosticada. Eram duas coisas distintas, mas ele decidiu resolver na mesma cirurgia. O pós-operatório acabou não evoluindo muito bem e ela ficou a pensar se deveria ter feito as duas coisas na mesma cirurgia. Se tivessem deixado a lesão oncológica para uma cirurgia posterior talvez tivesse sido melhor, pois a paciente evoluiu para óbito nesta internação. As complicações tinham a ver com a lesão. Foi necessário intervir cirurgicamente mais duas vezes.

Em certo momento tive que interrompê-la, Angelita falava muito rápido. Ela pediu desculpas dizendo que é muito objetiva e fala mesmo muito rápido. Esclareci as partes que havia perdido ou não entendido, de seu relato e seguimos. Ela retomou a nossa conversa e continuou falando rápido. Tive que redobrar meu foco e atenção a fim de acompanhá-la. Exigiu bastante de mim.

A paciente voltou mais duas vezes para a cirurgia a fim de manter seu conforto, mas chegou um ponto que não havia mais o que fazer. A situação clínica dela também não era favorável, pois tinha problemas com cicatrização.

Estava mencionando esse caso por ele ser recente e com desfecho ruim. Ela ainda estava refletindo sobre a evolução daquele pós-operatório e conseqüente óbito, ocorrido há apenas 2 dias. Estava ainda “matutando”. Para ela, esse matutar é importante, é quando repassa o raciocínio clínico e análise do que aprendeu para futuras cirurgias. Acha que nesse caso aprendeu que o “*menos é mais*”. Um critério a ser considerado com especial atenção nas decisões cirúrgicas.

²⁵ Estadiamento é o processo para determinar a localização e a extensão do câncer presente no corpo de uma pessoa.

²⁶ A isquemia intestinal ocorre quando os vasos sanguíneos (artérias) dos intestinos se estreitam ou bloqueiam, reduzindo o fluxo sanguíneo. A isquemia intestinal pode afetar o intestino delgado, o intestino grosso (cólon) ou ambos. O fluxo sanguíneo reduzido pode provocar dores e danificar permanentemente o intestino.

Estava incomodada essa semana pensando neste caso e por isso logo quis falar sobre ele. Costuma refletir o pós-operatório de todas as cirurgias que participa, pois gosta de pensar e analisar sobre o que poderia ter feito diferente, sobre o que deu certo, sobre o que faria diferente.

Angelita sempre sai feliz das cirurgias, dizendo que cada uma é um aprendizado e, principalmente agora que é R3, ela utiliza e aprimora técnicas cirúrgicas e interage e discute casos com os chefes, o que lhe é muito gratificante. Sente que até o estresse do ambiente da emergência desaparece quando ela entra na sala cirúrgica. Gosta daquele ambiente, por mais cansativo que seja. A concentração numa única atividade no centro cirúrgico é diferente do ambiente caótico e demandante do lado de fora.

Fez silêncio de alguns segundos, tomou um fôlego e começou a falar de um outro caso que lhe chamou a atenção, que não foi cirúrgico, foi trauma, durante seu primeiro ano da Residência e no período da pandemia de COVID-19. A instituição onde trabalha virou referência em trauma naquele período e, portanto, chegavam muitos casos, subindo e muito o número de atendimentos. “*Virou um inferno*”, disse. Chegava desde batidas de motos com lesões leves até casos muito graves.

Rememorou o caso de um paciente jovem, 18 anos, que tinha acabado de tirar carteira de motorista e, andando de moto, bateu contra um poste. Chegou na urgência em estado grave. Ela foi atendê-lo e ele “parou” (parada cardiorrespiratória). Foi um processo de uma hora de tentativas de reanimá-lo, sem sucesso. Como era jovem, ela e os colegas tinham esperança de que houvesse resposta, mas não houve. Ela disse que esse caso a incomodou demais e explicou que não se incomodou pela parte da equipe médica que chegou no seu limite do atendimento, utilizando todas as técnicas para reanimação a fim de salvá-lo. Incomodou-se pela negligência da pessoa que provocou o acidente, causando danos a si mesma e a outras pessoas no trânsito. Considera que no setor de urgência muitos casos graves são imprudência do paciente. Casos em que o paciente é o motoqueiro que estava dirigindo sem prudência, em alta velocidade ou

embriagado. No dia-a-dia esse cenário lhe causa aborrecimento, deixando-a irritada: *“não cuida da sua própria vida e vem dar trabalho pra gente”*.

Repetiu que esses pacientes/casos dão trabalho e estressam a equipe do setor do trauma. Quando estão só embriagados e sem graves traumas também dão muito trabalho, pois precisam ficar sob observação e monitoramento, mas chegam descontrolados, desorientados, não responsivos e agressivos. Acha que a maioria dos residentes em trauma deve se sentir e pensar como ela, pois estão sempre cansados e estressados.

Chega a pensar: *“podia ter morrido no transporte, assim não chegaria aqui, não daria todo o trabalho que deu, tirando a vaga de outro atendimento que não se trata de imprudência e negligência”*.

Apressou-se em explicar que sabe que não se trata de um pensamento empático, mas que essa é a realidade vivida por ela e pelos profissionais que estão trabalhando na Urgência, sobrecarregados de trabalho, com todas as privações que passam. Acha que a residência é de cobrança e exigência o tempo todo.

Disse também que se sente melhor no R3, pois já está com mais experiência e sente que os supervisores confiam mais nela, deixando que ela conduza procedimentos, acatam suas sugestões, etc. Sente-se valorizada no status de R3, embora se cobre muito, definindo-se como uma pessoa auto exigente. Sempre acha que dá pra melhorar e quer se sentir mais segura para fazer cirurgias sozinha. Participa de cirurgias e toma atitude e postura como se estivesse sozinha e fosse a principal responsável pela cirurgia.

Sabia que a residência seria *“puxada”*, pois foi buscar saber como era, falou com residentes em serviço, mas que não imaginava que seria tanto, não tinha a dimensão do que era esse *“puxado”* que mencionaram.

Vê a área da cirurgia a mais completa dentro da medicina e não gostaria de ficar somente em consultório, fazendo clínica. Ela gosta também de procedimentos e por isso foi para essa

especialidade, mais ampla, que combina as duas atividades. Os casos chegam como clínico e seguem para cirúrgico. O clínico não faz o trabalho de cirurgião, mas o cirurgião faz clínica.

Não acha que precisa ter uma habilidade especial para cirurgia, pois é questão de treino e domínio de técnicas. Ela gosta também da adrenalina que envolve o trabalho do cirurgião.

Parou um pouco para refletir e disse que talvez haja uma personalidade para esta especialidade. Tem que estar preparada para ouvir “xingos”, saber filtrá-los, não levar pra si, treinar muito, estar num ambiente altamente estressante, num trabalho pesado. *“Tem que ter um emocional bom”* e gostar disso tudo junto, disse rindo.

Resumiu que gosta de ser resolutiva: *“tem um problema com apêndice? vai lá e tira!”*. E a residência dá esse treinamento e esse senso de resolutividade. Além da adrenalina, que ela gosta, repetiu rindo.

Assistia às médicas *“poderosas”*, em séries de TV e pensava que queria ser uma delas. Ela tem colegas que fogem das “urgências”, mas ela aprendeu que é questão de manter a calma e aplicar o protocolo aprendido e tudo dará certo. Há tempo para construção do raciocínio e tomada de decisão dentro do atendimento, disse.

Apesar disso, confessou que carrega sempre com ela o medo de algo não dar certo. Medo da complicação ou perda do paciente devido a uma decisão mal tomada, principalmente. Rotineiramente, faz uma retrospectiva dos atendimentos e cirurgias a fim de checar suas decisões. Por medo, usa precaução com consistência. Acha que tem a ver com sua personalidade exigente.

Angelita pretende se especializar em cirurgia vascular, sem abandonar a cirurgia geral, e a possibilidade de sentir todas as emoções e a adrenalina que gosta, citou rindo.

Acredita que a cirurgia vascular dará um pouco de estabilidade de agenda, podendo atuar em consultório, com menos intercorrências, sem chamadas na madrugada, como é o caso da área de gastroenterologia, por exemplo.

A possibilidade de combinar as duas áreas – consultório e cirurgia – é o que tem atraído mais mulheres para a residência de cirurgia²⁷, atualmente. Pontuou que ainda acha que há diferenças de gênero no contexto da clínica cirúrgica. Percebe que os pacientes parecem confiar mais quando o cirurgião fala com eles, do que quando as mulheres cirurgiãs o fazem.

Seguindo para a finalização de nosso encontro, Angelita disse que tem sido difícil arranjar tempo para seu autocuidado. Tem feito plantões em outros serviços de cirurgia e devido a isso o tempo livre está escasso, mas sempre que pode prioriza dormir, descansar e estar com os familiares.

Recebe apoio e acolhimento muito grande dos pais e que traz da família a característica da perseverança, apesar de todas as dificuldades que enfrenta na medicina e na residência.

Entrou na residência assim que se formou, sem trabalhar muito como médica, e com isso aprendeu logo a lidar com hierarquia, aspecto predominante na residência. Em geral, disse, os residentes ingressantes que não vêm direto da faculdade como ela, e, portanto, tem dificuldade de se encaixar na hierarquia. Ela já traz da cultura familiar o respeito à hierarquia e credita sua adaptação à hierarquia imposta no ambiente da residência, do corpo cirúrgico e da sala de cirurgia. Havia reserva de autoridade e respeito entre pais, avós, tios e outros membros mais velhos da família e do círculo social. Sempre ouviu e não respondeu, por respeito aos mais velhos e experientes.

Não tem nenhum médico na família que a inspirasse, mas teve apoio para a carreira. Quando estava no internato, assistiu à cirurgia de amígdala da irmã. Disse que foi tranquilo, pois era um procedimento simples e ela só observou, e logo viu que não gostaria de operar familiar ou pessoa muito próxima, desde que fosse imprescindível.

“O médico não é frio!”, exclamou. E disse que não sabe o porquê de as pessoas acreditarem que são. Garante que ela, pessoalmente, não é assim. Percebe que seu “emocional”

²⁷ No momento, há um equilíbrio no número de gêneros dentro do programa de residência em cirurgia. Antigamente, o número de homens era predominante.

está mais “*calejado, mais treinado*” para comunicar más notícias, mas é fruto de experiência construída através do trabalho, não de ausência de contato emocional com o acontecido ou com o paciente e seus familiares.²⁸

Angelita não se vê fazendo outra coisa, fora da medicina ou da cirurgia. Se voltasse no tempo diria pra si mesma que fosse em frente e persistisse, pois ela estava certa no que queria, embora a residência fosse bem mais “puxada” do que ela imaginara.

Despedimo-nos e fiquei na sala de aula por mais um tempo para minhas habituais anotações. Esse encontro exigira bastante de minha atenção pelo fato de a Angelita falar rápido e ir e vir no tempo e nos tópicos que mencionava em nossa conversa. Sua voz foi suave e seu ritmo objetivo, resolutivo, prático, direto, porém leve. Falou de suas questões emocionais de maneira pragmática sem, contudo, deixar de mencionar e de reconhecer a presença e a integração delas em sua rotina, em sua profissão e em sua vida pessoal.

Eu estava agradecida que nosso encontro finalmente acontecera, e que tivéssemos encontrado aquela sala disponível para mais um encontro se concretizar na pesquisa.

Ao fechar as janelas vi Angelita entrando pela porta da emergência do hospital, vestindo novamente seu jaleco, para completar a jornada daquele dia.

²⁸ Formou-se em 2019 e não tinha a disciplina comunicação de más notícias e protocolo spike, ele fez workshop por conta própria noutra Instituição à qual atualmente faz parte.

Figura 7*Negligência**Fonte: pesquisadora*

“uma ponte pênsil que se deve passar sem parar para pensar”

Merisa

Merisa me contatou numa manhã de uma sexta-feira ensolarada e quente, dizendo que, se tudo corresse bem no centro cirúrgico, faria horário de almoço por volta das 16 horas e que poderíamos nos encontrar em seguida. Sugeri a sala de discussão de casos médicos, se tivéssemos sorte que estivesse vazia.

Chegamos juntas à porta da sala, minutos antes das 16 horas. Antes que nos sentássemos, Merisa foi logo falando de seu entusiasmo pelo tema da pesquisa e de seu desejo em participar assim que recebera meu convite. Prossegui com as apresentações e as informações gerais sobre o estudo e sobre a pergunta norteadora.

A médica ouviu e ficou em silêncio alguns bons segundos. Olhava pela janela semiaberta da salinha como quem buscasse em sua coleção de experiências algo para falar. Retomou o olhar para a sala e em seguida em minha direção. Falando devagar, ela disse se lembrar “muito bem” de uma cirurgia que aconteceu no início do ano de 2022, que considera bem marcante em sua vida pessoal e profissional. Considerou essa cirurgia um divisor de águas. Avisou que antes, porém, de me contar sobre essa cirurgia, precisaria me explicar sobre a estrutura geral do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral e suas recentes modificações, ainda em implementação, a partir de 2019, pois tal modificação daria o contexto do que ela relataria.

Explicou então que, até 2019, o Programa de Residência em Cirurgia Geral²⁹ tinha duração de 2 anos, podendo se estender por mais um ano, opcionalmente. Desde 2019, no entanto, o programa mudou, passando a integrar obrigatoriamente o terceiro ano na formação do Residente em Cirurgia Geral. Em seu caso, encontrou-se na finalização do terceiro ano, por opção, pois passou no programa em 2019.

²⁹ Os hospitais e faculdades estão ainda se preparando para esta nova proposta. 2022 já é uma turma obrigatória.

Merisa retomou sua postura de reflexão como que se lembrando daquilo que iria falar. Ajeitou-se na cadeira e iniciou, calmamente, o relato sobre a cirurgia que lhe marcou. No começo do corrente ano, estava estagiando (no R3, residentes vão a outros hospitais para estagiar) e chegou um paciente com problemas vasculares e que “*fez um abdome agudo*”³⁰, estava sangrando bastante e necessitava de cirurgia. Dividia o plantão com um outro cirurgião residente, que no momento da decisão pela cirurgia a surpreendeu dizendo que ela seria a responsável. Explicou-lhe que ele só sabia fazer hérnia e vesícula, e que ele estivera em um Hospital pequeno, que não atendia traumas, portanto seria ela a fazer.

Percebi a agitação dela enquanto tentava explicar em palavras o quão assustada ficou ao ouvir do colega cirurgião que ele não estava apto para aquela cirurgia. Ela falava mais alto e mais rápido. Lembrou que num certo momento se pegou não mais ouvindo o colega, pois estava num diálogo com ela mesma. Se perguntava: “*mas eu estou somente no início do R3! Eu me comprometi a estar mais um ano na cirurgia para ter mais um ano de treinamento, não me sinto com competência de assumir esta cirurgia. E, de repente, estou me sentindo jogada nesta situação!*”.

Disse que ao mesmo tempo respondia a si mesma que não tinha jeito, se não havia outra pessoa, seria ela mesma a responsável. Merisa se agitou na cadeira disse que ficara com muito medo! Assumi a cirurgia sob muita tensão e medo.

Percebi a emoção dela grifando e exclamando cada uma das palavras – **fiquei com muito medo!** –, enquanto se lembrava e contava.

Ouvindo-a, senti-me assustada. E fiz uma imagem mental dela atônita, sozinha, enquanto organizava seus pensamentos, driblava seu medo e reunia todo seu conhecimento adquirido até ali, para seguir para uma cirurgia que lhe desafiava a capacidade em assumi-la.

³⁰ abdome agudo: O termo pode ser definido como um processo intra-abdominal causando dor severa e, frequentemente, requerendo intervenção cirúrgica de emergência.

Ela então colocou a mão no peito, num gesto de alívio e disse: *“Foi uma boa cirurgia! Deu tudo certo”*. Respirou fundo e continuou contando o quanto ficou focada em sua atitude de cirurgiã naquele dia. Concentrou-se na atitude proativa de um cirurgião responsável pela cirurgia.

Relembrou que se concentrava em esquecer a postura passiva de residente e buscava a de cirurgiã assistente.³¹ Sorrindo, afirmou que *“foi uma experiência legal! Mas no momento da cirurgia eu me debati com o conflito que eu tinha que fazer o melhor para aquele paciente, com tudo que eu sabia, com tudo que eu havia aprendido, buscando cumprir com a minha responsabilidade. Era eu! Era eu a responsável ali! Era eu! Todo o medo que eu estava sentindo, eu não podia deixar transparecer no procedimento”*.

Percebi o peso da responsabilidade que ela tomou para si naquele dia e tentava colocar em palavras ao lembrar para contar. Mas também percebi que havia orgulho pela sua performance.

Merisa prosseguiu dizendo que apesar de tudo ter dado certo, o medo persistiu naquela cirurgia. Aquele paciente inspirou cuidados e ela temeu a evolução do pós-operatório dele, devido ao prognóstico reservado e suas comorbidades. Ela continuou preocupada com ele depois de ter saído de uma cirurgia bem-sucedida, e disse que sabia que ele tinha chances de não sobreviver. E, de fato, ele não sobreviveu.

No momento que falou isso, tomou uns segundos para tomar fôlego e contar do quanto ficou triste quando soube do desfecho desse caso. Ficou muito triste. *“Chorei horrores”*, falou entristecida, devagar e pesarosa.

Ela havia se envolvido com esse paciente, com esse caso, com essa cirurgia, com essa situação de saúde que ela já se antecipara cognitivamente para um possível desfecho ruim. Ela torceu por outro desfecho e fez tudo por isso.

³¹ Composição básica da hierarquia em uma sala de cirurgia: Cirurgião responsável/assistente/auxiliar/residentes. Dependendo da cirurgia, pode ter mais membros.

Foi impossível não pensar se teria alguma coisa a mais que ela pudesse ter feito pelo paciente, embora não houvesse, ela sabia! Cognitivamente ela sabia, mas tinha esperança de um outro desfecho clínico. Confortou-se com a verdade que os residentes ouvem já no início da residência em cirurgia: *“o cirurgião tem uma limitação”*.

Com olhar reflexivo disse que isso precisa ser entendido, pois os médicos tendem a ter *“um ego grande e querem ser maiores que a morte”*.

Ela avaliou que teve que aprender a lidar com sentimentos ambíguos de medo e de orgulho, desde essa cirurgia. *“Medo do que eu estava fazendo e orgulho de ter feito. Orgulho de saber o que eu estava fazendo em termos de procedimentos e uma culpa muito grande quando eu soube que o paciente morreu. O que mais eu poderia ter feito?”*.

Merisa se esmerou em explicar esses sentimentos, falando várias vezes como se estivesse falando para ela mesma ouvir mais uma vez e poder refletir e compreender tais sentimentos.

Repetiu uma vez mais: *“meus sentimentos eram, exatamente nessa ordem: medo, muito grande (da responsabilidade grande que se impunha), orgulho, muito grande (pois eu sabia o que eu estava e devia fazer), culpa, muito grande (o que mais eu poderia ter feito?). Tudo isso junto. É muita coisa!”*.

Ao terminar essa fala, respirou fundo, recostando-se na cadeira e continuou lembrando que não falou com ninguém no dia que soube da morte do paciente. Não conseguiu. Ficou perdida, transtornada, não conseguiu levar seu dia. Foi difícil se organizar para atender outros pacientes. Levou horas, dias, para se organizar novamente. Mas completou dizendo que tem que continuar, não se pode paralisar a cada perda.

Seguiu falando que ao me contar esse caso e desabafar sobre seus sentimentos, lembrou-se do início da residência quando perdeu um paciente de hemorragia digestiva que acabara de examinar e estava bem, sentado, conversando. Enquanto ela foi recepcionar outro paciente que chegara, o paciente da hemorragia sangrou e morreu. *“Bem ali!”*, gesticulou mostrando ao seu

lado. Merisa ficou paralisada olhando o paciente e tentando entender o que acontecera. O que ela não viu? O que ela fez? O que ela não fez?

Nesse dia, a residente veterana dela consolou-a dizendo que essas situações acontecem e que eventualmente pacientes vão morrer e ela vai ter que lidar, ou guardar, ou falar com alguém, fazer terapia, virar a página e ir para o próximo, pois há mais pacientes para atender.

Achou duro o que ouviu, mas foi processando aos poucos, ainda se perguntando: “*processei mesmo?*”. Aos poucos foi voltando à ativa, recapitulando o atendimento e compreendendo que não foi incompetência, não havia falha e a culpa foi se dissipando. “*Até o próximo caso*”, brincou.

Foi aprendendo que a evolução desfavorável é intrínseca à cirurgia, à medicina, à vida. “*Tem que lidar com isso*”.

Explicou que o sentimento pela perda de uma pessoa com histórico de doenças, comorbidades e idade avançada é compreensível, pois é percebido como ciclo natural da vida. Já no caso de pessoa jovem, como foi o caso que ela atendeu no dia anterior ao nosso encontro, que era uma garota de 18 anos que ficou paraplégica numa queda de cavalo, o impacto é muito maior. “*Nos atingiu a todos que estávamos no atendimento desse caso ontem*”. Mencionou a religião e a fé em Deus como um suporte integrado em sua vida pessoal e prática profissional.

Fez considerações acerca da diferença da prática do clínico e do cirurgião. O cirurgião tem pouco tempo para programar uma cirurgia. Em geral tem 1, no máximo 2 horas para reunir e processar todas as informações, se indica ou não indica um procedimento e avaliar decisões. Ao passo que o clínico tem tempo de estudar o caso, explorar o diagnóstico, conversar com outro colega clínico, podendo ampliar seu conhecimento, pois tem mais tempo para isso.

Contou um exemplo que lhe aconteceu no mês passado, quando chamou a psicologia para ajudá-la em um atendimento, cujo paciente com câncer de próstata relatou-lhe em consulta que

havia se auto lesionado no peito com uma faca. Felizmente não havia atingido nenhum órgão e sua tentativa de suicídio fracassara.

Merisa disse que ficou extremamente preocupada com o paciente e principalmente com sua responsabilidade em deixá-lo ir embora e não tomar nenhuma providência, já que ela havia operado ele. A psicóloga refletiu com ela sobre sua onipotência e limitações. Em seguida, emendou falando sobre autocuidado, que gosta de fazer atividade física, quando se concentra em si mesma e cuida de si. Gosta muito de estar com sua família que mora numa cidade próxima. Procura estar com eles sempre que possível, a fim de descomprimir tensões do exaustivo cotidiano nos hospitais e salas de cirurgia. Casou-se há um ano e o marido não é médico, o que facilita não continuar falando sobre medicina quando chega em casa. Mas, por outro lado, muito do que vivencia no trabalho fica com ela, não comentando com o esposo, que não tem ideia do contexto e da dinâmica de seu trabalho. Mas não se vê fazendo outra coisa. Sempre quis ser médica e acha que escolheu a cirurgia, pelo desafio. Entrou na medicina pensando em neurocirurgia, mas quando chegou a disciplina de neuro, “odiou”. Gosta de paciente grave e difícil, gosta de caso que ela vai poder fazer algo, gosta de ser desafiada. Quando foi entrevistada para o Programa de Residência, acharam que ela não aguentaria a prática. Ela foi alocada nos piores horários na emergência, nas piores situações pra ver se ela conseguiria, conseguiu. Disse que acha que foi ficando resiliente, desde as primeiras dificuldades enfrentadas no primeiro ano da residência, quando percebeu que seria muito intensa e desafiante a rotina de longas horas em pé, com privação de sono e se alimentando profilaticamente (quando estivesse em intervalos, mesmo que não estivesse com fome). Mesmo com esses cuidados e usando meias elásticas, teve que lançar mão de medicamentos anti-inflamatórios para aplacar dores em membros e coluna e conseguir dormir. Também se organizou pessoalmente para essa rotina intensa e longa na vida de residente, optando por usar dispositivo intrauterino por 5 anos, até a finalização da residência, de modo a facilitar a vida nos períodos menstruais, por exemplo.

Explicou que sair da sala de cirurgia, sobretudo em cirurgias de longa duração, é complicado e, muitas vezes, impossível. Cada vez que sai da sala o protocolo de entrada e saída³² tem que ser refeito, tomando tempo e alterando a dinâmica da equipe e dos trabalhos. Essas saídas também podem ser entendidas como fraqueza/desorganização por parte do residente. Portanto, a coordenação entre idas ao banheiro e alimentação, é muito importante. Comenta que já viu colega que usou fralda para estar em cirurgia de modo a não se preocupar em sair caso precisasse ir ao banheiro. Citou também que a rotina faz com que eles percam a referência de tempo dentro de sala cirúrgica e nas longas semanas em hospital.

Merisa apontou o preparo físico como primordial para o enfrentamento da rotina de atividades do cirurgião. Aos poucos o corpo vai se acostumando, e embora pareça estranho, considera um luxo poder escolher um horário para suas refeições, estando na condição de R3 agora. Ri do tanto que já passou de “perrengues” nos últimos anos. Definiu a cirurgia geral como uma montanha russa e que por isso tem muita gente que toma antidepressivo de maneira generalizada.

Não acha que há que se ter habilidade especial para cirurgia, o que tem que ter é treinamento e nunca achou que tivesse aptidão. Entendeu que há um jeito, uma técnica descrita, dominada e a ser executada. Há pessoas com mais facilidade e melhor coordenação, mas é questão de treinamento da técnica. E brinca dizendo a máxima: *“O cirurgião é um macaco treinado, que toma boas decisões”*.

Disse que quando fala com os residentes dos primeiros anos os aconselha a não fazerem cirurgia, pois não vão aguentar as dificuldades. Essa formação é boa, mas é cruel, te prepara para chegar na cirurgia e saber o que fazer. Tem havido desistências de residentes nos anos recentes.

Merisa adora estar com os pacientes, poder contar para seus familiares o que faz, ser respeitada por isso, ser procurada por colegas para opinar sobre procedimentos, ver seus

³² protocolo de segurança, esterilização, etc.

procedimentos dando certo, aplicando técnica cirúrgica que levou anos para aprender e poder dar qualidade de vida aos pacientes. Ela vai se especializar em urologia.

Atualmente, faz plantões em cirurgia em outros hospitais para compor rendimentos e tem toda a responsabilidade dessa fase do terceiro ano da Residência.

Percebi alegria e orgulho em sua voz, em sua espontaneidade nesse momento da conversa, quando falou de todos os seus perrengues, mas também de todas as suas realizações até aqui. Emendou falando sobre o imaginário coletivo sobre o cirurgião, que é direto, resolutivo e de pouca fala. Enfatizou que concorda parcialmente com isso, pois toma por ela mesma e muitos de seus supervisores que a inspiraram com relação à comunicação médico-paciente. Considera que se comunica bastante com os pacientes e os familiares e acredita que dá para ser cirurgião e ser simpático. Disse que a figura dos cirurgiões de antigamente eram pessoas sérias, que não davam muita atenção e explicação para o paciente, não tendo empatia e às vezes até sendo confundidos como pessoas grosseiras. Disse que ela mesma tem imagem de alguns cirurgiões com essa atitude. Mas que cada vez mais ela vê cirurgiões amáveis com pacientes e acolhendo seus familiares. Entende que isso não demanda muito esforço por parte do profissional e é muito melhor para aquele que está vulnerável ali no atendimento. Há uma tendência ao acolhimento do paciente, independente da especialidade, e ela aprecia isso.

Ela mesma teve experiência de ser paciente no sexto ano da faculdade. Sentiu-se desconfortável e exposta numa maca no corredor de um hospital e todos passando. Achou bom ter a perspectiva do paciente.

Também estive na posição de familiar de paciente internado, durante a pandemia de COVID-19, quando seu sogro adquiriu a doença com evolução grave. Foi necessário procedimento de traqueostomia³³, em que ela teve o cuidado de escolher o cirurgião de sua

³³ procedimento cirúrgico, realizado pelo médico na região da traqueia (pescoço), com o objetivo de facilitar a chegada de ar até os pulmões

confiança para fazer. Ela mesma não quis fazer o procedimento, embora estivesse totalmente apta para tal. Optou por nem estar presente quando a realizassem.

Embora tenha tido todos esses cuidados, teve que lidar com a situação de um dia entrar na UTI com a sogra e encontrar o sogro sangrando numa escara, e que ao perguntar à enfermagem, achou a resposta insuficiente. Ela mesma tomou providências em cauterizar e cuidar diretamente do sogro. Ela diminuiu o ritmo da fala nesse momento, parando para pensar um pouco. Ao retomar, disse que fez o procedimento no sogro chorando. Refletiu sobre a vulnerabilidade dos familiares de entes queridos internados e que ela esteve neste lugar naquela ocasião.

Seguiu dizendo que acha “complicado” tratar familiar, devido aos laços. Ela acha que atrapalha e que, eles, médicos, já têm uma “carga emocional” muito grande em seu cotidiano para ainda colocar mais isso. Não acha que dá pra se eximir de cuidar, caso seja imprescindível, mas se puder escolher, não faria.

O encontro com Merisa foi chegando ao final com as reflexões que ela arrematou sobre o quanto ela enxerga a humanidade em si e nos outros profissionais da saúde. Compreende que tudo é feito dentro de um contexto possível de atenção e cuidado. Me olhou e perguntou: *“quem foi que inventou que os cirurgiões não têm emoção?”*.

Tentou fazer terapia várias vezes, mas a rotina apertada não a permitiu e ela acabou resolvendo ela mesma as questões que lhe apareceram e seguiu adiante. Se tivesse um serviço de apoio psicológico na instituição acha que seria bom, pois a exigência não é só física, mas também emocional.

Fez um paralelo entre a residência e uma ponte pênsil. Uma ponte que se deve passar sem parar para pensar, para não desequilibrar ou pensar em voltar, em que há que se passar e atingir o objetivo de estar do outro lado, com a especialidade. E frisa que a residência é uma ponte “muito” pênsil, onde quase se cai o tempo todo.

Embora seus chefes lhe tenham dito que mesmo depois da residência a ponte continua pênfil, ela acha que pelo menos poderá fazer suas escolhas.

Merisa afirma que se hoje se encontrasse com ela mesma em 2019 quando estava para entrar na residência, diria: *“finca o pé e vai, não vai ser o que você pensou, mas vai e faça o R3”*. Dizendo isso soltou uma gargalhada.

Encerrei o encontro com Marisa, despedindo-se e enfatizando alegremente o quanto gostou de estar nesse encontro. Pedi desculpas por ter falado demais e reafirmou a admiração pela área da psicologia.

Permaneci na sala com a porta aberta. Acompanhei-a seguindo pelo longo corredor branco que a levaria para mais uma cirurgia agendada naquela tarde. Mas aquela tarde já se tornara noite e eu só soube disso quando abri a porta de saída do hospital e a escuridão me conduziu de volta à realidade lá de fora. Ela, entretanto, só encontraria o lado de fora quando o seu horário de almoço chegasse no dia seguinte.

Figura 8*Ponte Pênsil**Fonte: pesquisadora*

“quase cai no chão”

Ivo

Recebi mensagem do médico Ivo na manhã de uma terça-feira nublada, propondo que nosso encontro fosse realizado no seu intervalo de almoço, cujo horário dependeria do término das cirurgias. Segui para o Hospital a fim de já me adiantar na busca de um local disponível para usarmos. Ao me aproximar da entrada da emergência havia um bloqueio policial e tive que aguardar uns minutos até que me deixassem passar. Enquanto esperava, entendi que se tratava de um paciente de urgência trazido de uma penitenciária, razão do forte esquema de segurança. Imediatamente, pensei se o médico Ivo estaria envolvido neste atendimento, de modo a impactar nosso encontro. Enviei-lhe uma mensagem dizendo que o aguardaria na sala de discussão de casos o tempo que fosse necessário.

Ao chegar na sala, ele já estava à minha espera. Surpreendi-me com sua aparência jovem, apesar de seus 10 anos de formado. Depois de nos apresentarmos e organizarmos a sala, Ivo me disse que ficou curioso e interessado em participar da pesquisa quando recebeu a mensagem/convite que eu havia enviado. Disse, rindo, que também está fazendo Mestrado e que sabe o quanto é difícil encontrar o “n” e que tem prazer em ajudar quem está fazendo pesquisa. Aproveitei para agradecê-lo e para explicar sobre o objetivo do estudo, o método, iniciando com a pergunta norteadora. Ivo ouviu atentamente e ficou pensando por alguns segundos com o olhar fixado no teto. Em seguida, explicou que queria iniciar falando sobre o que ele faz como cirurgião e contar rapidamente sobre a formação dele, de modo a contextualizar o caso cirúrgico que lhe vinha à mente.

Contou que é filho e neto de cirurgião e desde pequeno já gostava de medicina e só se imaginava seguindo a carreira do pai e avô. Seguir para a Medicina foi uma escolha natural.

Quando ainda estava na graduação pensou em neurocirurgia, mas depois que fez a disciplina, desistiu e achou muito complicada esta especialidade, exclamando “*Deus me livre!*”.

Ao término da residência teve a oportunidade de integrar a equipe de cirurgia neste Hospital e desde então atende pacientes de cirurgia eletiva. Fez mais de 1000 cirurgias durante a residência e os dois primeiros anos operando no horário que lhe foi oferecido. Nesse período de início de carreira, ele tinha o auxílio e supervisão de cirurgiões mais experientes da equipe de cirurgiões da casa. À medida que foi adquirindo experiência, só os chamava em caso de necessidade, até que passou a operar sozinho e ser o cirurgião principal de seus pacientes.

Também tem consultório e faz cirurgias particulares e por convênio em São Paulo. Ressaltou que gosta da rotina dinâmica de ter vários lugares para trabalhar, dar aula, realizar atendimentos, apesar de exigir disciplina e planejamento. Ivo contou que achou necessária essa explicação para contar sobre a cirurgia que lhe é marcante emocionalmente. Era uma paciente “dele”, atendida por ele no ambulatório SUS, uma cirurgia eletiva. Explicou a diferença de responsabilidade numa cirurgia de urgência e uma cirurgia eletiva. Na situação de urgência é um acaso que seja ele o plantonista. “*O paciente não é dele*”, diz. Já a cirurgia eletiva é realizada por encaminhamento e indicação dele especificamente. O paciente está ali porque confia nele, pela orientação e agendamento que ele faz para o paciente. Percebi que Ivo se detém nesse preâmbulo de modo a deixar claro o nível de envolvimento com a pessoa do paciente e, conseqüentemente, a responsabilidade que tem nesse tipo de cirurgia.

Era uma cirurgia oncológica, paciente mulher, marcada para as 15 horas, era uma cirurgia grande de dissecação pélvica³⁴, e houve uma hemorragia intensa. Ele estava com um cirurgião residente auxiliar na sala, mas foi ele mesmo quem causou a lesão vascular. Explicou que a estrutura da área onde aconteceu a lesão, o vaso encontrava-se bem junto ao osso, não tendo

³⁴ **Dissecação** (ou **dissecção**) significa o ato de dissecar, de separar as partes de um corpo ou de um órgão. Emprega-se tanto em anatomia (**dissecção** de um cadáver ou parte deste) como em **cirurgia** (**dissecção** de uma artéria, de uma veia, de um tumor etc.).

como dar ponto para parar e represar a hemorragia. Há relatos de óbito por conta desse tipo de lesão em intraoperatório. Ivo diminuiu o ritmo com que contava o caso, lembrando detalhes do contexto: a lesão aconteceu por volta de 19h15min, horário que os cirurgiões plantonistas que ele confia já deviam ter ido embora, pois a troca de plantão se dá às 19 horas. A paciente sangrou mais de um litro em questão de segundos, ele enfatizou pensativo e falando mais devagar. “*Quase caí no chão de tanta adrenalina*”, disse. Sentiu vontade de sentar-se, sentiu formigamento e aumento de batimentos cardíacos. Tentou manter a calma e comprimir com as mãos a lesão na tentativa de estancar o sangramento. Comprimiu e soltou várias vezes, mas não viu resultado. Lembrou que usou todas as técnicas que havia aprendido e o sangramento simplesmente não parava. Pediu que alguém da equipe que fosse verificar qual cirurgião já estava no plantão, enquanto continuava com as mãos “*lá*”, explicou com as mãos executando o gesto. Lembrou da tensão em seu corpo, sentia os músculos doloridos e rijos e da profusão de pensamentos. Pensava em soluções para evitar o pior, pensou o que estava fazendo ali, naquela sala, naquela função, pensou na paciente que confiara nele, lembrou das filhas que estavam na sala de espera e do que tinham conversado antes de ele entrar pra cirurgia, questionou a vida e escolhas que estivera fazendo. Tudo isso em minutos, disse.

Acompanhei Ivo falando mais devagar e parar pensativo por uns segundos. Senti meus ombros tensos e fiz uma imagem mental daquela cena cirúrgica. A enfermeira voltou com a notícia de que um plantonista da noite estava a caminho, que não era da área, era de cabeça e pescoço. Não lhe adiantava um cirurgião de cabeça e pescoço e, portanto, diante desta notícia, ele decidiu deixar as compressas na região e voltar com a paciente para a cirurgia novamente no dia seguinte. Explicou que esse é um procedimento que pode ser feito e que era o que ele achara melhor naquela situação.

Antes de finalizar essa decisão, subitamente, viu entrar na sala o cirurgião plantonista do dia, que já deveria ter ido embora, mas ainda se encontrava pelo Hospital e resolvera passar para

ver quem estava operando. Esse cirurgião é justamente o cirurgião que o médico estava buscando, um profissional de altíssima experiência em “abdominal”, em quem ele confiava muito e recorria quando precisava de auxílio. Ivo respirou fundo e com a voz alterada contou que imaginou um anjo entrando na sala. Lembra que pediu – com vontade de chorar – para o colega auxiliá-lo. Ele fez as mesmas coisas que Ivo já tinha feito, mantiveram a técnica das compressas, mantiveram a calma juntos e aguardaram até que o estancamento se desse por completo. Sorrindo, ele disse que a paciente estava bem, que foram 7 horas de cirurgia. Lembrou que saiu do Hospital ainda ligado no “220”, mas ao mesmo tempo num estado de exaustão física que poucas vezes experimentou praticando esportes.

Ivo disse que continuou acompanhando-a no ambulatório periodicamente e que ela não fez a mínima ideia do que ocorreu naquela cirurgia e de que a mulher quase morreu na mão dele. O médico falou essa frase umas 3 vezes: “*ela quase morreu em minhas mãos*”. Refletiu sobre esse caso dizendo que não se arrepende de nada do que fez, pois estava tudo correto em termos de técnicas, de procedimentos, de cuidados, mas que esta cirurgia o marcou, tornando-se inesquecível por tudo o que ele sentiu. Principalmente pela sensação de ter alguém “*literalmente morrendo em suas mãos*” e por ter sido culpa dele a lesão no vaso. Explicou que viu muitos pacientes morrerem na emergência durante seus plantões e atendimentos, mas que essa cirurgia que ele citou foi a primeira cirurgia que um eventual óbito seria por culpa dele. Exemplificou ainda que, alguém que chega baleado, não é culpa dele se o desfecho não for positivo, mas a paciente que se consultou e decidiu fazer a cirurgia com ele, tem outro peso em sua responsabilidade.

Além disso, o sangramento é um fator de estresse, e contou uma espécie de anedota que circula entre os cirurgiões com relação ao escalonamento de sangramento e nível de tensão em procedimentos:

Estágio 1- por que entrei nessa cirurgia?

Estágio 2 - por que virei cirurgião?

Estágio 3 - por que virei médico?

Estágio 4 - por que nasci?

Rimos juntos da escala e percebi que a tensão dos últimos minutos, tanto dele quanto minha, se dissiparam em boas gargalhadas. Notei que Ivo mudou a postura na cadeira, parecendo mais relaxado. Eu também me senti mais à vontade e perguntei-lhe qual seria o estágio da escala naquele sangramento que acabara de descrever. Sem pestanejar, respondeu: “*estágio 3, com certeza!*”.

Durante aquela situação angustiante, em meio a tantas decisões e pensamentos, ele teve tempo de se questionar por que resolvera ser médico.

Disse que naquele momento de extremo estresse e angústia, teve tempo de pensar nos amigos que não são médicos, que têm restaurante e que suas reclamações giram em torno de um garçom que não veio trabalhar, um motoboy que fez uma entrega errada. E que ele acha esses problemas tão inofensivos e simples de resolver. Riu novamente e confirmou que no momento seguinte de todos esses pensamentos ele voltou-se para si e reconheceu que o que ele gosta mesmo é da cirurgia, com todas suas características, desafios, riscos e adrenalina.

O médico comentou que agora eu estaria mais próxima do contexto em que os cirurgiões trabalham, inclusive por estar conhecendo a tal escala.

Disse que esse caso cirúrgico é sempre utilizado por ele em aulas e considerou um divisor de águas em sua carreira. E que aquela experiência o tirou da posição de onipotência comum em médicos e, sobretudo, em cirurgiões. Conversou sobre o caso mencionado com seu pai e seu avô. Refletiram juntos sobre o ego do médico e sobre o choque de realidade que ele teve. E que o sentimento de culpa que experimentou naquele dia o tirou um pouco da onipotência e o colocou de novo no chão.

Refletiu ainda que aprendeu também o valor do equilíbrio, da calma, do autocontrole. Definiu-se uma pessoa calma. Não gosta de confrontos, não gosta de discussões e nem de embates. E lembrou que pensava nisso também quando estava nervoso durante o sangramento daquela paciente, pois imaginou possíveis discussões com a família, questionamentos das filhas que aguardavam na sala de espera. Mas o final foi feliz. Quando encontrou a paciente no ambulatório sente satisfação em vê-la bem, curada de seu câncer de reto e o quanto ela é agradecida por ele tê-la operado. Pontuou que apesar de existir uma ideia de que o cirurgião não tem muita relação com o paciente, na prática, não é assim. Disse que acha que, sim, médico clínico e cirurgião têm um *modus* diferente de atuação, mas ambos têm relação estreita com paciente.

Mas considerou este caso essencial para seu aprendizado e emblemático sob muitos aspectos e por isso usa-o em aulas com residentes. Achou que o tornou mais resiliente, serviu como impulso para ser ainda mais comprometido e aprender, estudar mais sobre sua área, aprofundar técnicas, mas que não gostaria de passar por aquele estresse novamente.

Desde esta experiência, tem ponderado quando indica uma cirurgia a um paciente, analisa se está mesmo confiante para fazê-la. Em caso de dúvida e em cirurgias de alta complexidade costuma convidar um cirurgião de maior experiência. Ele continua sendo o cirurgião responsável, mas com um auxílio.

Citou também o livro do Dr. Henry Marsh, *Sem Causar Mal*, e o quanto as histórias desse médico, incluindo as que não tiveram final positivo, ajudaram-no a olhar os procedimentos cirúrgicos de forma mais normalizada e validada.

Ao final de nosso encontro, enquanto eu agradecia sua participação e desejava bom retorno ao trabalho, Ivo me convidou para assistir uma cirurgia e entender o contexto da sala cirúrgica e dinâmica hierárquica da equipe. Surpresa e já agradecida por tal convite, aceitei

prontamente. Ele ficou de me contatar quando tivesse uma “boa” cirurgia eletiva que eu pudesse entrar.

Observei-o seguindo pelo corredor enquanto eu lidava com a alegria do convite para estar numa cirurgia e poder entender melhor aquele contexto tão distante e abstrato para mim.

Figura 9*Pélvis**Fonte: pesquisadora*

3.2. “Você já esteve em um centro cirúrgico?”: a experiência da pesquisadora

O convite do Ivo foi uma surpresa. Estar em uma sala cirúrgica observando a dinâmica do contexto da pesquisa, ao vivo e a cores, encheu-me de entusiasmo, como pesquisadora, e de fantasias em meu imaginário leigo. Desde o dia do convite até o dia 27 de fevereiro, alguns meses, festas, feriados, recessos, cancelamentos e reagendamentos se deram. Na noite do dia 26 do mesmo mês, a mensagem aguardada durante todo o domingo finalmente chegou. Ivo confirmava a minha ida ao Hospital, porém para assistir a uma cirurgia conduzida por um outro cirurgião da equipe, que ele recomendava. Passou-me, então, o contato do referido cirurgião e imediatamente mandei uma mensagem, a qual já era esperada pelo Dr. José Eduardo que foi receptivo e me orientou a chegar ao Centro Cirúrgico antes das 7 horas da manhã do dia seguinte. Perguntei se teria mais alguma recomendação a me fazer e ele disse que não, apenas que eles costumam utilizar as salas 10, 11 ou 12 do CC (Centro Cirúrgico). A partir daquele momento, deixei tudo organizado para a manhã seguinte: jaleco, sapato fechado, máscara, elástico para prender cabelo, etc. Dormi mais cedo e coloquei alarme para despertar, com receio de perder o horário e a oportunidade.

Cheguei ao Hospital por volta das 6h35min da manhã e dirigi-me diretamente ao Centro Cirúrgico, buscando por indicações. Lá chegando, deparei-me com a recepção e uma recepcionista muito atarefada em entregar pijamas cirúrgicos azuis, cumprimentando o grande fluxo de pessoas que solicitavam apenas o número dos pijamas. Homens chegavam à sua direita e as mulheres à sua esquerda. Levei alguns segundos observando uma brecha para entrar na fila e pedir informações de como adentrar o CC, cuidando para não atrapalhar o fluxo. A recepcionista me perguntou que número eu usava, estendeu-me rapidamente um conjunto azul de calça e blusa de algodão espesso, uma touca descartável e pediu que eu trocasse a minha máscara por uma outra. Indicou uma porta atrás de mim e mais nada disse. Segui novamente o fluxo de mulheres, que ainda estava intenso. Atrás da porta, um pequeno corredor estreito e mais

uma porta que levava a um vestiário.

Sem saber como exatamente proceder com a troca de roupa e meus poucos pertences, sentei-me num banco e observei o que acontecia naquele ambiente, de modo a me localizar. Apesar de atenta ao local, eu comecei a me preocupar em não me atrasar para a cirurgia. Não tardei a descobrir que algumas mulheres colocavam o pijama sobre a roupa e outras tiravam suas roupas e vestiam-se somente com o pijama. Tomei a decisão de somente estar com o pijama, sem levar em conta nenhum critério. Mais tarde eu descobriria que aleatoriamente eu tomara a melhor decisão. O ritmo no vestiário era frenético, circulação e cumprimentos rápidos entre o vai e vem de mulheres. Percebi também que os cumprimentos eram mais formais em relação às médicas. Entre as demais percebi espontaneidade.

Vestida, passei a investigar onde colocar minha roupa e os poucos pertences que trouxera (o essencial que coubesse no bolso de minha calça). Nada que se parecesse com armário existia no recinto. A fim de não perder mais tempo, retornei à recepção passando novamente por portas e corredor. A recepcionista surpreendeu-se com meu retorno e então atentou-me que eu não possuía uma chave para um *malex*. De posse da chave corri para o local dos armários, já eram 7 horas. Depois dos armários mais uma porta. Depois dela, corredores e salas. Um labirinto à primeira vista. Salas sem número. Segui por um corredor e surgiram as salas numeradas. Muita gente de azul e mascarada circulando. Como encontrar o Dr. José Eduardo? Comecei a perguntar a todos que cruzassem o olhar comigo: “Dr. José Eduardo?”. Meneavam a cabeça. Segui por 2 corredores e passei pelas salas 10, 11 e 12 como ele mencionara, mas ninguém nelas. Mudei a estratégia e passei a ir ao encontro de quem passasse perguntando pelo Dr. José Eduardo. Nada. Mais um corredor e encontrei muitas pessoas vestidas de azul e encostadas na parede. Parei e observei por alguns segundos tentando entender. Parecia que todos recebiam uma espécie de orientação, pois todos olhavam para a mesma direção. Mas eu não via o que eles viam. Decidi me juntar a eles. Avancei para o corredor, localizei um espaço viável para eu me encaixar e segui.

Na mesma posição deles tive a visão. Todos olhavam para um quadro enorme de informações sobre todas as cirurgias daquele dia. Uma enorme planilha com nome dos pacientes, tipo de cirurgia, número da sala, horário, nome do cirurgião e etc. Não demorei a localizar as salas 10, 11 e 12 e descobri que a bariátrica por videolaparoscopia aconteceria na 10. Ao chegar na sala encontrei profissionais já trabalhando na preparação para a cirurgia. Demorei a perceber que a paciente já estava na mesa, pois haviam muitos equipamentos e profissionais. Fui recebida pela instrumentadora que se apresentou e pediu que eu melhorasse a colocação da touca pois meu cabelo não estava todo protegido. Mencionou que o Dr. José Eduardo é muito exigente. Em seguida, me apresentou à técnica de enfermagem, - responsável pela sala - ao responsável pelos instrumentos e aos dois anestesistas. A instrumentadora me indicou um local para permanecer, de modo a visualizar o trabalho dos cirurgiões e o monitor da câmera. Acompanhei por mais de 15 minutos os procedimentos de preparação realizados por todos os profissionais. Por volta de 7h10min a cirurgiã residente (R5) chegou e preparou a paciente para receber os primeiros cuidados para o procedimento. Em seguida, o Dr. José Eduardo chegou e logo veio falar comigo. Depois de me cumprimentar perguntou: “*Você já esteve em um Centro Cirúrgico?*”.

Respondi que sim, poucas vezes, apenas como paciente. Como observadora, seria uma experiência inédita.

Ele me explicou, então, rapidamente sobre a cirurgia que seria feita: uma bariátrica via videolaparoscopia, com colocação de “*bypass*”.³⁵ Em seguida, me disse que estaria à disposição para responder qualquer pergunta durante a cirurgia. Explicou que geralmente essa cirurgia tem duração de cerca de 1 hora, que a paciente tem 32 anos e tem IMC (índice de massa corpórea) superior a 40% e que a indicação da cirurgia visa diminuir marcadores de pressão arterial e diabetes, entre outros. O segundo cirurgião – ou cirurgião auxiliar – chegou em seguida e ambos

³⁵ **Bypass gástrico**, também conhecido por bypass em Y de Roux, é um tipo de cirurgia bariátrica que reduz o tamanho do estômago e altera o local de ligação com o intestino. Essas alterações levam a pessoa a comer menos, além de diminuir a quantidade de calorias que são absorvidas pelo intestino.

deixaram a sala para seguirem para a esterilização. Em questão de minutos retornaram com a clássica pose das mãos para cima e aguardaram que fossem colocados seus aventais e suas luvas. A cirurgia teve início, então, às 7h20min.

Percebi que a anestesista cobriu a paciente com um tecido azul e somente a região abdominal ficou exposta, onde foram feitas as incisões, e os instrumentos da videolaparoscopia foram introduzidos. Um outro tecido azul foi colocado acima do peito da paciente, como uma cortina, de modo a isolar a parte superior de seu corpo. Percebi que o Dr. José Eduardo, primeiro cirurgião e responsável pela cirurgia ficou à direita da paciente, posicionado de frente para o monitor. À sua direita estava a Residente, segurando a câmera e à esquerda da paciente estava o cirurgião auxiliar. À esquerda dele estava a instrumentadora com um arsenal de instrumentos sobre uma mesa cuidadosamente organizada. Percebi a concentração e a experiência dessa profissional ao oferecer e tomar de volta todos os instrumentos, providenciando com rapidez e precisão tudo o que o Dr. José Eduardo necessitava. Poucas vezes eles se comunicavam verbalmente, a dinâmica do trabalho parecia ser bem conhecida e havia sintonia entre eles.

Em certo momento contei 8 profissionais na sala, comigo 9. Fazia calor, apesar do ar-condicionado estar ligado. Por um momento pensei que estivesse com queda de pressão por ver órgãos internos projetados no monitor. O Dr. José Eduardo pediu que diminuíssem a temperatura do ar-condicionado pois estava com calor. Entendi que a auxiliar responsável pela sala ficava a postos para solicitações fora da mesa de cirurgia. Não só ela providenciou a mudança da temperatura do ar-condicionado como ela secou a testa suada do Dr. José Eduardo e ajeitou sua touca. Nesse momento agradei a mim mesma a decisão de estar vestida somente com o pijama azul de algodão espesso.

Uma turma de oito alunos do 4º ano de Medicina bateu na porta e solicitou autorização do Dr. José Eduardo para assistir. Ele autorizou e orientou-os a abrir a persiana da janela de vidro da sala e pediu que se dividissem em 4 dentro da sala e 4 assistindo no corredor do lado de fora.

Explicou do que se tratava a cirurgia e o histórico da paciente, colocando-se à disposição para qualquer pergunta durante a cirurgia, mas pediu que não houvesse conversa paralela na sala para não atrapalhar a concentração deles.

Observei o entrosamento entre os cirurgiões e a instrumentadora. Tive a impressão de que estavam acostumados a trabalhar juntos. Conversaram amistosamente sobre vários assuntos, como quem tem algum grau de intimidade. O mesmo não ocorreu com os anestesistas e a auxiliar de enfermagem e o responsável pelos aparelhos.

Decorridos mais de 60 minutos de cirurgia, iniciou-se uma discussão técnica entre os 2 cirurgiões a respeito de um “achado” na rota. Encontraram algo que decidiram enviar para a biópsia. Reparei que a Residente não opinava, mas atentamente acompanhava a discussão dos cirurgiões sobre o achado. Realizada a retirada da “peça” para envio para a patologia retomaram a cirurgia.

Os alunos aproveitaram para fazer perguntas sobre o “achado” e demais informações a respeito de anatomia do aparelho digestório. O Dr. José Eduardo respondeu a todas as perguntas aproveitando para ensinar.

Um pouco mais adiante, o Dr. José Eduardo iniciou um questionamento técnico acerca de uma área onde ele estava realizando o “grampeamento”. A discussão e a avaliação das estruturas levam muitos minutos. Ele tem uma opinião e levanta uma hipótese de execução, enquanto o auxiliar levanta outras possibilidades. Em dado momento a anestesista interveio contribuindo com uma informação que estava lendo no prontuário da paciente: ela teve uma intercorrência na cirurgia cesárea, que acarretou num coma por 10 dias. Os cirurgiões agradeceram a informação e pararam a cirurgia para pensar o que fazer. De súbito o Dr. José Eduardo pede que verifiquem se o Dr. X estaria desocupado pelo centro cirúrgico para vir conversar. A auxiliar responsável saiu da sala e voltou com o Dr. X minutos depois.

Neste intervalo, olhei para o relógio e vi que já eram 9h30min, senti um peso na lombar e aproveitei para olhar os sapatos dos cirurgiões. Pareciam confortáveis.

Dr. X se aproximou do monitor e o Dr. José Eduardo explicou o que já fez e o que encontrou no caminho da execução. Os 3 cirurgiões então analisaram e discutiram a necessidade de desfazer o que foi feito ou seguir aproveitando o trabalho realizado. Ao cabo de algumas discussões, o Dr. X aconselhou a desfazer o procedimento e refazer segundo uma outra técnica por outro caminho. O Dr. José Eduardo então agradeceu sua participação e seguiu com a cirurgia até sua finalização perto das 10 horas da manhã.

A cirurgia terminou para os 2 cirurgiões, que saíram da sala rapidamente. Mas o trabalho prosseguiu com a Residente e demais profissionais. As suturas de fechamento das incisões para introdução das pinças foram realizadas pela Residente. Observei sua delicadeza e destreza com agulha e fio cirúrgico passando e juntando cuidadosamente a pele num ponto pequenino, quase imperceptível. Nesse momento, a Residente conversava tranquilamente com a instrumentadora e anestesista que finalizavam a organização, descarte e limpeza de instrumentos, equipamentos e ambiente. A residente despediu-se e saiu da sala, ao mesmo tempo que o Dr. José Eduardo voltou e veio me perguntar o que eu tinha achado da experiência. Explicou-me que a cirurgia havia fugido do comum, pois havia ocorrido um “achado cirúrgico”. E acrescentou que tinha sido uma cirurgia “tensa” e da qual ele ficará pensando, “sem sossego!”, sobre essa cirurgia e essa paciente até saber do resultado da biópsia. Considerava que exames mais complexos que mostrassem estruturas internas teriam mostrado aquela pequena anomalia que chamou a atenção durante a execução da cirurgia.

Perguntei-lhe se estava cansado de tanto tempo em pé, tenso e movimentando as mãos presas às pinças cirúrgicas. Ele respondeu que tinha sido uma cirurgia tranquila, que está acostumado e que essa não tinha sido uma cirurgia que exigira tanto de seu corpo.

Disse que estava indo para a sala 12 fazer outra cirurgia e me convidou a acompanhá-lo. Agradei respondendo que a experiência daquela manhã já me era suficiente para falar sobre o contexto da minha pesquisa. Enfatizei minha gratidão pela receptividade e oportunidade. Desejei boa cirurgia e ele se foi.

Decidi acompanhar toda a finalização da cirurgia naquela sala 10. Os tecidos azuis e a máscara de anestesia foram retirados do rosto da paciente e então pude ver a jovem de 32 anos. A anestesista chamou-a pelo nome e a paciente respondeu colocando as mãos sobre o abdômen. A auxiliar de enfermagem rapidamente retirou a mão dela, colocando de volta na lateral da maca e perguntou se ela estava com dor. Ela respondeu que sim e voltou a fechar os olhos pois ainda estava sob efeito da anestesia. Oxigênio e demais cabos de monitoramento foram retirados, ficando somente o equipo do soro.

A instrumentadora e o responsável pelos instrumentos de laparoscopia guardaram seus pertences enquanto conversavam animadamente sobre assuntos pessoais. Ela me explicou que no dia seguinte faria 30 anos de profissão e que faria uma pequena celebração com os colegas de centro cirúrgico. Assim que eu a parabenizei ela se aproximou de mim e disse em tom baixo: *“não vou parar de trabalhar, mas daqui pra frente quero diminuir meu ritmo. Amo o que faço há 30 anos, mas quero curtir minha família. Hospital e centro cirúrgico exigem bastante da gente”*.

Agradei sua companhia e receptividade assim que cheguei na sala, além da ajuda com a colocação da touca. Rimos juntas do “pito” que ela me deu. Simpaticamente ela despediu-se para seguir para outra cirurgia.

Na sala restavam a auxiliar responsável, a paciente e a anestesista. Entendi que a responsável da sala ficou até que tudo estivesse em ordem e a paciente fosse removida para a sala de recuperação.

Alguns minutos depois chegou o enfermeiro com a cama hospitalar para transportar a paciente. A anestesista acompanhou a operação e pediu à paciente que os ajudassem a passar a paciente da mesa para a cama, pois ela já estava semiconsciente.

Agradei à auxiliar e à anestesista a oportunidade de observar o trabalho delas naquela da sala. Desejei boa sorte à paciente, embora ela não estivesse me vendo e talvez nem me ouvindo. A porta fechou-se e, sozinha, observei mais uma vez a sala. Agora vazia.

Meus pés doíam, assim como minha lombar. Fiz alguns movimentos de alongamento e saí. No corredor, repassei todas as salas com persiana aberta e observei pelas janelas as equipes em seu ofício. Algumas salas eram cirurgias por vídeo, outras de campo aberto. Tecidos azuis cobriam corpos de pacientes e equipe de profissionais. Cabeças e corpos inclinados sobre corpos e órgãos.

Passei pela sala 12 e lá estava o Dr. José Eduardo, ereto, em seus mais de 1,80m, atento, olhos no monitor, braços e mãos ágeis manejando pinças cirúrgicas e precisas. Intimamente desejei-lhe que essa cirurgia fosse mais rápida e menos tensa que a anterior.

Saí calmamente pelo labirinto de corredores que agora me desafiava a achar a saída. Enquanto isso eu refletia: nenhum paciente, enquanto anestesiado, tem ideia do que ocorre numa sala cirúrgica. Não tem ideia de quanto exige de trabalho, técnica, presença física e psicológica daqueles profissionais. Quanta confiança e autoconfiança está presente naquele evento e naquela fortuita relação, tanto do paciente que se entrega integralmente àquelas pessoas, quanto dos profissionais que se dispõem a cuidar daqueles pacientes.

De volta ao vestiário, retomei a noção de tempo e a realidade do lado de fora. Calmamente me vesti e saí pela recepção do CC. Absorta em meus pensamentos sobre a experiência que tivera, passei pela capela do hospital. Resolvi entrar e meditar um pouco. Quando me sentei no banco, assustei-me com uma mulher que estava ajoelhada no chão e debruçada no assento do banco da

frente. Ela me pediu desculpas e disse que rezava por um familiar que estava passando por uma cirurgia.

Disse-lhe que rezaria também para que tudo desse certo em sua cirurgia. Permanecemos em silêncio em nossos pensamentos e orações.

Saí do Hospital e o sol brilhante do meio-dia me trouxe de volta à segunda-feira e à lembrança da rotina que tinha pela frente. Precisava comer e relaxar minha coluna, mas me sentia impregnada daquela experiência, querendo escrever sobre ela.

Você já esteve num centro cirúrgico, observando uma cirurgia?

Sim, estive!

3.3. A narrativa-síntese

Durante o tempo de realização dessa pesquisa, o mundo experimentou mudanças que impactaram estruturalmente a vida de todas as pessoas em todos os setores da sociedade e em suas vidas pessoais. O processo de desenvolvimento da pesquisa aconteceu na passagem entre o “antes” e o “depois” da pandemia de COVID-19, começando com reuniões e contatos presenciais da pesquisadora no grupo de pesquisa institucional, mas teve que se adequar às imposições protocolares que impuseram isolamento social por quase um ano e à temporalidade da pandemia.

A proposta da pesquisa objetivou a aproximação e a compreensão sobre o contexto cotidiano de trabalho dos participantes, o hospital geral, que foi - e continua sendo – também o local para o atendimento à população atingida por essa doença. Foi necessário ajuste ao planejamento inicial da pesquisa, tanto do ponto de vista psicológico quanto na vida concreta cotidiana.

A paciência e a esperança estiveram juntas aguardando o momento da “abertura” do mundo, abertura dos países, das cidades, das instituições e a retomada da realidade presumida e conhecida como “normal”.

Com entusiasmo, fui recebida por todos os médicos cirurgiões que aceitaram compartilhar experiências pessoais e profissionais em suas jornadas na especialidade médica de cirurgia geral e demais especialidades cirúrgicas.

Estiveram à vontade para falar de si e explicar com riqueza de detalhes situações que envolvem o cotidiano de suas atividades e suas relações com a instituição hospitalar, as relações intersubjetivas com pacientes e familiares de pacientes.

As dificuldades dos primeiros tempos de contato com a rotina intensa e tensa, quando se deparam com pessoas em situações limítrofes de vida, atendendo em Emergências e Urgências de Pronto Socorro, desafiam e constroem a base de todos os cirurgiões que seguem ou desistem da carreira nessa especialidade.

Os participantes percorreram de formas singulares e não lineares os acontecimentos que os trouxeram onde estão: a decisão de serem médicos, as dificuldades longe de suas famílias, a adaptação à faculdade e à cidade, a saudade, as privações, a decisão de serem cirurgiões, as dúvidas na escolha e o investimento na formação.

A história de suas vidas e a profissão se entrelaçam e se fundem. Uma missão e um sacerdócio com muita entrega. Uma doação de vida e de tempo.

Eles sabem, de antemão, sobre o quanto a especialidade é desafiadora e exigente, mas somente estando imersos no acontecer do cotidiano do trabalho, conseguem dimensionar o que sentem, vivenciam e realizam: “É muito mais do que eu imaginava”.

Aprendem logo nos primeiros anos da graduação, a tradição e a importância da hierarquia. Na clínica cirúrgica isto é especialmente importante, onde cada membro, em sua área de

competência, responsabilidade e delegação fará sua parte na equipe na hora da cirurgia. Como numa orquestra.

Para muito além da pergunta norteadora que os convidava a discorrer sobre uma cirurgia marcante, eles falaram despreocupados com o tempo, aproveitando, cada um em seu ritmo, o espaço que se concederam naqueles encontros para falarem deles mesmos.

As respostas são semelhantes, a princípio: “Ah! são tantas cirurgias!”. Mas em poucos segundos resgatam de suas memórias as cirurgias inesquecíveis. Aquela, dentre tantas.

Lembram-se da hora, do local, da circunstância em que se encontraram com o paciente – e seus familiares – e os desdobramentos que revestem esses casos de especial lembrança.

Um jovem, um filho, um marido prestes a ser pai, uma jovem deprimida, uma mulher saudável, um acidente fortuito, um pós-operatório que não evoluiu como esperado, uma seqüela, uma tristeza, o primeiro óbito, a primeira má notícia a ser comunicada, um salvamento improvável, todos guardados, com alguma distinção.

Não tardam a aprender com os professores e colegas veteranos que todo cirurgião tem seu cemitério particular onde vai prestar tributo de vez em quando. E que não devem paralisar diante das perdas inevitáveis na jornada; devem prosseguir na capacitação e nos atendimentos que não cessarão. Mas é possível que se perguntem mais uma vez o porquê escolheram a medicina, serem médicos e serem cirurgiões.

A cirurgiã relembra o choque e a tristeza de quando “cravou a primeira cruz imaginária em seu esteto”, referindo-se pesarosa ao primeiro – e inesquecível – óbito acontecido em suas mãos. Explicou o processo de luto que vivenciou, chorando “horrores” por alguns dias, e enfrentando dificuldades de retomar a rotina.

Conseguem compreender cognitivamente o evento do óbito e a limitação da técnica e do médico, entretanto a impotência diante do irreversível e a esperança que o quadro possa ser revertido suplanta a dimensão do entendimento: “O médico não é maior do que a morte”.

Verbalizam a dificuldade de integrar a limitação do médico, num conceito em que o médico é treinado para salvar. E se perguntam: “o que mais teria para ser feito?”.

Aprendem a ir processando tudo aos poucos e buscam retomar o foco para o atendimento, em salvar e curar vidas, ainda que a finitude se apresente e os faça lembrar do sofrimento dos familiares dos pacientes e, em alguma instância, de seus próprios entes queridos. “E se fosse um familiar meu?”, perguntam-se.

Reconhecem que vivenciam sentimentos ambíguos de orgulho em ser o cirurgião que pode ajudar a salvar, mas convivem com o peso da responsabilidade dessa posição. Não deixam de mencionar o alívio quando uma cirurgia termina bem e a tensão quando não corre como planejado.

Ficou claro o quanto sentem o peso da responsabilidade de suas ocupações, assim como enfatizam o cuidado e a importância da relação médico-paciente, contrariando estereótipos de que os cirurgiões são distantes e nem sempre sabem quem são seus pacientes.

A preocupação no atendimento de um paciente grave levou a cirurgiã a fazer vigília ao lado do leito até que estivesse segura de sua estabilização.

A religiosidade e a fé em Deus foram mencionadas como aspectos importantes e integrados em suas vidas, fomentando autoconfiança, força e esperança para o enfrentamento das adversidades.

Dentre os desafios, coexistem preocupações constantes com a possibilidade de processos judiciais movidos por pacientes e familiares em virtude de má interpretação de resultados de cirurgia, complicações no pós-operatório e óbitos. Mesmo quando a sequela, temporária ou permanente, em um paciente operado, não seja fruto de imperícia, os cirurgiões temem processos que podem significar ruína profissional e financeira. Apontam, entretanto, que a quase totalidade das cirurgias são bem-sucedidas, sobretudo nos dias atuais, quando a tecnologia e a profusão de técnicas cada vez mais modernas estão amplamente dominadas.

O sentimento de orgulho, realização profissional, satisfação pela escolha acertada tanto da medicina quanto da cirurgia como especialidade, superam os percalços, o desgaste e o investimento pessoal que empreendem diariamente. Percebem esse orgulho presente também em suas famílias, apesar da constante ausência deles. Sentem-se apoiados por eles, condição fundamental para que possam entregar-se ao trabalho.

Reconhecem que têm receio em operar familiares e pessoas de vínculo próximo; caso não seja necessário, preferem encaminhar. Nas vezes que o fizeram, perceberam que o custo emocional foi grande, que exigiu mais preparação, organização, e muito estudo: “Como se os laços atrapalhassem”.

Descrevendo e refletindo sobre suas trajetórias, foram rápidos em afirmar que não se veem fazendo outra coisa. Que se voltassem no tempo, fariam as mesmas escolhas e aconselhariam a si mesmos a seguirem o mesmo caminho, só que “mais devagar”, e que “não desistissem”, pois, apesar de árdua, a caminhada vale a pena!

Apontam a falta de tempo para cuidarem de si, física e mentalmente, como ponto negativo dentro da rotina que enfrentam. Alguns participantes lamentam-se por não estarem fazendo atividade física e terem descuidado da saúde em virtude do excesso de trabalho nesta fase da vida. Reconhecem que faz falta e que precisam se organizar para retomar os cuidados consigo mesmo.

Outros participantes estão organizados e focados em atividades que permitam que relaxem após o trabalho e os prepare para longas jornadas diárias.

Confessam que a disciplina precisa ser rigorosa.

O mesmo tempo escasso para a atividade física foi apontado para os cuidados com a saúde mental. Acham importante a terapia individual, apreciaram quando puderam fazer no passado, mas, atualmente, não encontram espaço em suas agendas apertadas.

Os participantes expressaram gratidão pela oportunidade em falar deles, rememorar a caminhada desde a entrada na faculdade até o ponto em que se encontram em suas carreiras. Bem-humorados e à vontade, avaliaram que falaram “demais” e que talvez isso fosse um indicativo de que eles precisam falar.

Perguntei-me se o estereótipo do que cirurgião fala pouco é um modelo que caberia em todos os cirurgiões.

“Torna-se pessoa”

Rogers, 1977

4. OS ELEMENTOS ESTRUTURAIS E A REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS

A fenomenologia se apresenta à psicologia como um recurso apropriado para pesquisar o mundo vivido do sujeito ao investigar o significado da vivência no intuito de buscar a estrutura essencial ou invariante do fenômeno (Andrade & Holanda, 2010).

Ao considerar o conjunto de narrativas produzidas, foi possível extrair elementos que são considerados essenciais na experiência dos participantes como um todo e que ora apresentaram organizados.

Para tanto, nesta etapa da pesquisa, a pesquisadora fez um retorno às narrativas, impressas individualmente, debruçando-se sobre elas novamente em busca de significados das experiências que apontassem a uma estrutura do fenômeno estudado.

Vale dizer que, ainda que se esteja apresentando e interpretando os elementos significativos desvelados neste ponto do estudo, a centelha deles já eram presentes desde as primeiras notas tomadas depois de cada encontro dialógico.

Alguns elementos se mostraram explicitamente por terem assim sido comunicados de forma mais direta, outros foram se revelando, aos poucos, na elaboração das versões das narrativas e reflexões da pesquisadora.

Tais elementos não devem ser tomados isolados e estanques em si, pois são partes que se conectam, entrelaçando-se na trama do todo experiencial.

Nesta etapa, invoca-se o que Ales Bello (2004, p. 107) nos alerta: “eu vejo algo, mas *o que é* este algo que eu vejo?”. Segue a explicação abaixo:

4.1. A vivência da potência e da impotência

Os participantes se referem à construção de suas carreiras com orgulho. Esse sentimento está impresso nas lembranças narradas dentro de uma perspectiva temporal, resgatando desde a infância – e a primeira vez que se perguntaram ou pensaram em ser médicos – até o momento em que se encontram. Mencionam o apoio e o orgulho da família quando verbalizaram a intenção em seguir a profissão.

As razões que os levaram à medicina podem estar na própria família, inspirados que foram por familiares médicos que lhe serviram de modelo. Outros justificaram suas escolhas no ideal humanístico, em poder ajudar o outro, poder diagnosticar, tratar, curar e salvar.

Isso corrobora com o que uma pesquisa recente, com escolas brasileiras de medicina, investigou: os estudantes ingressam na graduação em medicina com a concepção principal de altruísmo (Kamijo et al., 2021). O aspecto da medicina ser um meio para se ser útil ou ajudar as pessoas foi o principal, recebendo alto índice de resposta como muito importante na escolha. Os aspectos estabilidade financeira e realização pessoal foram outros aspectos que foram apontados como primordiais.

Nancy verbalizou essa satisfação de ser médica cirurgiã quando disse: *“encanta-me as possibilidades da cirurgia: de poder descobrir diagnósticos, tratar e salvar”*. Percebe-se a expressão do sentimento de grandiosidade, idealizado por terem o poder de curar uma enfermidade através de suas habilidades cirúrgicas.

As falas são carregadas de satisfação, e os participantes não se furtam a descrever suas vivências durante o percurso realizado, linear e cronologicamente, até o momento do encontro. Vivências que revelam renúncias, sofrimentos, angústias e privações, porém relatados como um custo compatível com o valor que o ser médico cirurgião significa. Fica patente o reconhecimento que eles próprios têm do investimento e do prestígio que a profissão exige e goza.

Rogers (1977) enfatiza que, somente se estiver consciente dos fenômenos que o cercam, poderá o indivíduo tomar decisões acertadas. Neto & Ponte (2018) explicitam que devido a sua vasta experiência clínica, trabalhando, inclusive com pessoas hospitalizadas, Rogers confirmou que mesmo em condições desfavoráveis, a tendência formativa ou atualizante continua potencialmente presente nas pessoas. Esses mesmos autores constataram manifestações desta tendência atualizante nas experiências vividas pelos cirurgiões, impressa no empenho em “crescerem” e “serem”, utilizando-se de todos os recursos, internos e externos, de que dispõem dentro das estruturas a que pertencem e que os cercam.

No entanto, sentimentos ambivalentes fazem parte do contexto de suas experiências. Ao mesmo tempo que eles se sentem poderosos, julgando-se com conhecimento competente para o trabalho a executar, podem igualmente se verem não suficientes sob determinadas intercorrências que fogem ao controle. Um achado cirúrgico que muda o curso da cirurgia e o diagnóstico do paciente, um pós-operatório com sequelas, um óbito, todas contingências reveladoras da fragilidade humana, suscitam o sentimento de impotência. Afinal é a vida e a saúde de alguém que está na mesa cirúrgica.

“...ter que lidar com sentimentos ambíguos de medo e orgulho (...) medo do que eu estava fazendo e orgulho de ter feito” (Merisa).

A estrutura e a dinâmica do programa de residência que forma os cirurgiões, proporcionam a integração da coragem, da resiliência, da empatia e da compaixão nos jovens cirurgiões. Mas agrega também a angústia de perder pacientes ou de não executarem bem o trabalho.

“Quem foi que inventou que o cirurgião não tem emoção?” (Merisa).

Angústia, segundo o dicionário etimológico da língua portuguesa, deriva da palavra latina “*angere*” que significa apertar, afogar e estreitar. Um fenômeno constituído de inquietação e ansiedade.

Na concepção de homem na teoria de Rogers está a noção da pessoa como seu próprio centro de avaliação, portanto a angústia faz parte do processo de crescimento pessoal, confrontando a pessoa com o desconforto surgido diante de uma eventual necessidade de mudança pessoal (Moreira, 2007). A compreensão sobre a angústia surge num movimento de desafio ao processo de crescimento da pessoa, apresentando-se como um aspecto de incongruência, mas que alavanca a possibilidade de uma maior consciência de si (Netto & Ponte, 2018).

Nesse sentido, a vulnerabilidade dos participantes diante das perdas inevitáveis, sobretudo da morte, coloca-os diante das próprias angústias existenciais. Mesmo eles, que detêm em suas mãos os instrumentos, a tecnologia, a técnica, o senso de responsabilidade e a preservação da vida dos pacientes, podem ser surpreendidos pelo enfrentamento da concretude da finitude e do luto.

Pontua-se aqui que na revisão para o embasamento desta pesquisa não se encontraram subsídios para o luto do cirurgião especificamente, mas do profissional médico em geral.

Os profissionais da saúde costumam não tirar um tempo para elaborar seus sentimentos diante da morte e dificilmente buscam apoio psicológico. A compartimentalização que emerge em decorrência do óbito de um paciente, é a descrição mais recorrente entre médicos pesquisados sobre como lidam com o luto (Granek, et al., 2012). De acordo com a teoria da inteligência emocional (Salovey & Mayer, 1990), a compartimentalização é uma estratégia pessoal adotada para gestão de emoções, na tentativa de separar as emoções do âmbito pessoal e profissional. Os profissionais da saúde justificam que a adoção de tal estratégia está ligada à preocupação com o

impacto emocional, de emoções mal gerenciadas, nas decisões clínicas (Lobão, 2021). Como se eles tentassem, empiricamente, guardar vivências em diferentes compartimentos, incomunicáveis entre si, de forma a não haver contaminação de emoções passadas afetando o presente.

Outro mecanismo de enfrentamento conhecido é o da negação, que surge com o objetivo de proteger a pessoa de fazer contato com experiências dolorosas e com a inexorabilidade da morte, correndo-se o risco de desenvolver um luto mal elaborado que provoca consequências emocionais (Kovács, 2010).

O constante contato com o processo de morrer, com a morte e com o luto é realidade recorrente na rotina profissional dos profissionais da área da saúde, que nem sempre estão preparados para lidar com esse fenômeno (França & Botomé, 2005). A exposição frequente e prolongada aos estressores do ambiente de trabalho prejudicam aspectos da sua vida pessoal e profissional (Costa & Lima, 2005).

O sentimento de fracasso ante a morte vai além da perda de alguém é algo que remete também à capacidade que cada um acredita possuir de evitar a própria finitude e a dos outros (Tinoco, 1997). Ocorrência semelhante se dá em situações que tratam de comunicação de desfechos delicados, diagnósticos reservados e óbitos, pois todos requerem um trabalho de elaboração subjetivo ao desencadearem sentimento de insegurança, medo e incertezas.

Nancy expressou a dificuldade vivenciada ao encarar a família que recebera a notícia de morte que ela teve que comunicar. Ainda que estivesse treinada na utilização do protocolo SPIKES, confessou que tentou passar a incumbência para outro profissional, evitando o enfrentamento. Sentiu-se inundada por emoções e medo da reação da família, mas “fui fazer o meu trabalho”.

Ao se depararem com as perdas que inevitavelmente acontecem no ambiente de trabalho, os jovens cirurgiões ouvem, dos chefes e colegas mais experientes, que não devem paralisar e nem se traumatizar. Precisam continuar o trabalho, pois muitos outros pacientes aguardam

atendimento e outras perdas acontecerão. Não há tempo e nem espaço para refletir e acolher o sentimento emergente. Mais tarde, quando forem para casa ou estiverem na sala destinada aos médicos, e a angústia for ainda uma emergência, poderão falar com um colega mais próximo, ou mais experiente, mas isto nem sempre acontece. Geralmente, aguardam que o tempo se encarregue de dissipar o mal-estar e aplacar a culpa.

Cada um dos participantes revisitou momentos de glória e potência por serem o que são, incluindo a beleza e a responsabilidade que carregam quando literalmente estão com o paciente em suas mãos. São poucos os pacientes que retornam para agradecer ou tecer elogios ao cirurgião que os operou. Entretanto, podem conviver com o sentimento da frustração de eventuais sequelas decorrentes de cirurgias ou óbitos. Tal fracasso pode se desdobrar em possível responsabilização judicial ou processo ético. Alguns participantes se encontram, atualmente, defendendo-se em processos dessa natureza, e cada um deles sabe que está sujeito a este tipo de intercorrência ao longo de sua carreira como cirurgião.

As consequências destes processos jurídicos são motivo de temor. O aspecto financeiro foi mencionado como um dos mais impactantes, sobretudo para aqueles cirurgiões que estão em início e ascensão de carreira. Outro aspecto temido é a repercussão na reputação profissional que pode colapsar e afetar projetos futuros.

“além de pensar todo tempo no que teria ocorrido na cirurgia, também pensava na possibilidade de enfrentar um processo judicial (...) trouxe uma insegurança muito grande, passei a ter insônia” (Júlio).

Além disso, a consequência de serem declarados responsáveis em processos movidos por pacientes ou familiares pode atingir a relação deles com a instituição onde trabalham, pois em

alguns casos a instituição poderá ser envolvida no processo, recorrendo, então, a partir disso tensões interpessoais com gestores e pares.

Por fim, a consequência mais grave e mais angustiante é o risco de ter ameaçada a construção árdua da formação, em caso de perda de licença profissional.

Por esta razão a medicina defensiva vem crescendo no âmbito da medicina contemporânea, iniciada, principalmente, nos Estados Unidos, tendo no Brasil a sua expansão na ampliação e consolidação dos direitos à saúde, dos direitos humanos e da defesa do consumidor (Vasconcelos, 2012).

Apesar da judicialização trazer a oportunidade de esclarecimento sobre a ocorrência, que pode não guardar relação com imperícia, imprudência ou negligência, mas ser decorrente de fatores fruto de imprevisibilidade ou de insuficiência científica, por exemplo, ela é temida e sempre vista como negativa.

Percebe-se que quando os participantes discorrem sobre o sentimento de impotência, referem-se majoritariamente ao medo de consequências negativas que possam causar ao paciente ou a seus familiares. Esta visão está intimamente ligada ao entendimento das pessoas em geral de que o cirurgião se constitui no elemento principal para promover a remoção das doenças e trazer a cura. Porém, ante a possibilidade de serem processados, os participantes descrevem como se sentem impotentes e angustiados.

A experiência dos participantes, portanto, está pautada em dois polos: um refere-se a se sentirem competentes, capazes de promover tratamento e cura dos pacientes, outro diz respeito ao sentimento de incapacidade, de impotência quando se deparam com intercorrências que podem levá-los a comprometer a saúde e até a vida do paciente.

Exemplos dessas duas posições foram dados por Ivo e Benjamin.

“ela quase morreu em minhas mãos” (Ivo).

“esse cirurgião aqui salvou minha vida” (paciente reverenciando Benjamin).

4.2. Tempo exíguo: tempo de si, para si, com a família e com o social

“falo para os meus alunos: não façam cirurgia se não querem abrir mão da família e da vida social” (Julio).

“quase moro no Hospital (...) a família precisa entender a rotina, as longas jornadas, as chamadas de urgência, os plantões, tensões levadas para casa” (Kypros).

A vivência da temporalidade foi uma importante dimensão na compreensão do modo como os médicos cirurgiões percebem o tempo disponível a ser articulado com a vida profissional, pessoal e social.

O elemento “tempo exíguo” esteve presente nas falas de todos os participantes, de maneiras diferentes e em diversos contextos e aspectos de suas vidas.

Husserl (2017) descreve o tempo como sendo constituído pelas percepções conscientes que o homem tem do mundo ao seu redor. Entende que a consciência e o tempo são conceitos intimamente ligados numa relação de constituição, além de ser imanente à consciência. Qual seria a relação entre o tempo objetivo e a consciência do tempo e como o objeto temporal pode ser constituído subjetivamente? Em seu trabalho *“As Lições de 1905 para uma fenomenologia da consciência interna do tempo”* (2017), o primeiro trabalho de Husserl a se ocupar dessas questões, fez apontamentos de que a consciência se organiza por meio das particularidades do tempo, sendo que seus aspectos indissociáveis são os responsáveis por unificar a forma como as diversas consciências se relacionam entre si, ocorrendo num fluxo de consciência (Tostes 2022).

Ales Bello (2015) chama esse fluxo de consciência como fluxo de consciência originário e constituído, visto que vem antes do tempo, junto com uma consciência advinda desse fluxo, permitindo-nos o entendimento de tempo e o determinando. Fala-se em fluxo, pois se conserva no presente algo que passou enquanto se espera pelo que virá. Esse fluxo seria formado por anéis,

como uma corrente, num *continuum*, fluindo. O fluxo é contínuo, mas tem fases. Cada fase esvanecendo a anterior, sendo cada novo momento imprevisível (Bello, 2015).

Na realização dos encontros, os participantes revisaram suas trajetórias, transitaram entre passado, presente e futuro, refletindo sobre o tempo vivido. Ao fazerem estas retrospectivas de suas vidas, atualizaram a vivência do caminho percorrido no tempo de formação e no tempo que já percorreram na carreira profissional.

Arriscariam aconselhar a si mesmos, se tivessem a oportunidade de se encontrarem num retorno ao passado, para que caminhassem mais devagar. Como se estivessem se convidando a saborear o caminho com mais calma. A percepção é a de que eles estão em desleal concorrência com um tempo consumido pelas atividades.

4.3. Os impactos da sobrecarga de trabalho na vida pessoal e na saúde

Aspectos relacionados à sobrecarga de trabalho foram relatados por todos os participantes, afetando diferentes áreas de suas vidas: queixam-se da impossibilidade de dedicação à vida espiritual ou à prática semanal de exercícios físicos, da ausência em reuniões familiares e da abdicção ao lazer; da mesma forma, sentem-se constantemente atribulados em seu cotidiano. Relatam conviverem com uma sensação constante de estarem devendo para alguém ou para alguma parte de suas vidas.

Os cirurgiões falam sobre a rotina de acordar cedo e seguir para o hospital a fim de se prepararem para as cirurgias do dia, assumirem o plantão ou passarem visitas a seus pacientes pós-operados nas enfermarias, como atividades integradas e fusionadas com suas vidas pessoais. Os compromissos e as responsabilidades da ocupação profissional tomam conta da maior parte do tempo deles enquanto estão acordados.

Não é incomum fazerem refeições no próprio centro cirúrgico ou lançarem mão da refeição profilática, que é alimentar-se em momentos livres para se manterem preparados para longos períodos sem intervalos para refeições.

Este aspecto também ficou evidente para a pesquisadora nos agendamentos dos encontros. Levaram-se dias, semanas, e às vezes mais de mês para conseguir um encaixe, apesar de terem aceitado e estarem entusiasmados para o encontro. Estas dificuldades de agenda, inclusive, resultaram na diminuição do número de participantes dessa pesquisa, a despeito de muitos cirurgiões da equipe terem manifestado interesse em participar.

Um estudo exploratório conduzido com médicos (Afonso et al., 2019) avaliou a conciliação de tempo nas suas diferentes atividades e áreas da vida. Mais da metade dos participantes julgou que a carga horária trabalhada estava acima do que consideravam adequado para um equilíbrio entre vida profissional e pessoal.

As atividades profissionais, sociais e pessoais são interligadas e sobrepostas e o conflito surge quando os sujeitos não dispõem do tempo que consideram suficiente para o cumprimento satisfatório das obrigações associadas a cada um dos papéis da vida (Andrade, 2011).

A duração das cirurgias em si é um fator preponderante neste desequilíbrio pessoal-profissional. Muitas delas são longas, requerem um preparo físico para enfrentar horas em pé e podem ser estendidas em caso de alguma intercorrência. A pesquisadora teve a oportunidade de vivenciar a observação de uma cirurgia com um cirurgião e sua equipe. A princípio, tratava-se de uma cirurgia com duração média de 1 hora a 1 hora e 10 minutos. Entretanto, devido a duas intercorrências, completamente imprevisíveis, teve sua duração totalizando quase 3 horas. A pesquisadora pôde compartilhar a experiência do fator recorrente da imprevisibilidade na atividade cotidiana do cirurgião. As longas horas de cirurgia associadas ao fator da imprevisibilidade evidenciou, pessoalmente, para a pesquisadora, o impacto nas demais atividades programadas para aquela manhã.

Nesta mesma experiência, a pesquisadora vivenciou a exigência física que sustenta o tempo em pé e em concentração que uma cirurgia requer, ainda que ela estivesse na posição de observadora, e impactou a disposição na execução das demais atividades e compromissos no restante do dia.

Relembrando aqui o fluxo *continuum* do tempo explicado por Ales Bello (2015), o que estava posto e planejado previamente no passado é alterado pela vivência presente da cirurgia, alterando o desfecho futuro.

Júlio revela sua negociação com o tempo e os compromissos na agenda para chegar em casa antes que seu filho, ainda bebê, esteja dormindo. E lamenta que nem sempre é possível alcançá-lo. Fala do sentimento de perder, no presente, a participação no desenvolvimento do filho, pois cada dia há uma novidade nesse desenvolvimento que ele não assistiu e que não há como recuperar nem na lembrança.

As cirurgiãs, em especial, mencionam a escassez de tempo para o autocuidado, para planejamento de família, casamento e maternidade. Fazem opções por especialidades que sejam menos exigentes e que permitam parte do exercício profissional ser realizado em consultório e outras especialidades correlacionadas, como as de imagem diagnóstica, por exemplo. São formas e subterfúgios que lançam mão para não deixarem a área da cirurgia que tanto as realizam, mas que as permitam construir uma vida pessoal e familiar paralela, com menos prejuízos financeiros e nas suas relações.

Margaret confessa que está organizada para somente pensar em construir família quando estiver estabilizada na profissão. Aconselha seus “R menos” a pensar bem sobre a escolha que estão fazendo. Como R2 e acompanhando cirurgias desde o internato, na época da graduação, ela se sente experiente para alertar colegas novos que chegam. Revelou que nos últimos anos alguns residentes desistiram poucos meses depois de inseridos no Programa e de terem experimentado o nível de exigência, enquanto alguns dos cirurgiões mais velhos, que optaram

por enfrentar as adversidades da formação escolhida, enfrentam conflitos conjugais e extinção da vida social.

Outro aspecto frequentemente mencionado em tom de decepção foi a consciência da necessidade do exercício físico e a não contemplação adequada deste item em suas prioridades diárias. Lamentaram não poder ir consistentemente à academia ou praticar o esporte escolhido, não só pelo prazer, mas também por preocupações com sua própria saúde e para estarem preparados física e mentalmente para as exigências das jornadas em cirurgia. Ademais, lidam com o conflito do contraditório, de não estarem atendendo às recomendações das quais são conhecedores e prescritores como médicos.

Efeitos colaterais da sobrecarga de trabalho em uma rotina extensa podem desencadear sintomas físicos e psicossomáticos, como ansiedade e insônia, problemas na coluna, joelho, entre outros. Temem o impacto de tais efeitos na performance cirúrgica: uma noite mal dormida acarretará cansaço para enfrentar a rotina de cirurgias do dia seguinte. Só recorrem à ajuda de medicamentos ou atenção médica quando se torna insustentável a continuidade de suas atividades.

A saúde mental também é pouco priorizada diante da rotina corrida. Os cirurgiões mencionam a falta de tempo para se dedicarem à psicoterapia, mas os que o fizeram julgam ter sido proveitosa no suporte e acolhimento, principalmente, nas questões que enfrentam na vida profissional.

“ambiente altamente estressante, trabalho pesado(...)tem que ter um emocional bom”

(Angelita).

Agradeceram a oportunidade de participar deste estudo e de terem um espaço e momento dedicado para falar de suas vivências e serem ouvidos. Reconhecem a importância do cuidado com a saúde mental, mas, novamente, o tempo exíguo se impõe.

Contam com suas experiências que aos poucos os constroem como cirurgião. Seu jeito de ser cirurgião.

O tempo, embora seja a garantia da impermanência do ser no mundo, é também condição de sua existência, diante da qual somos todos responsáveis (Forghieri, 1993).

4.4. Vivência da imprevisibilidade

O ofício do um cirurgião requer a convivência com a possibilidade de uma intercorrência, ainda que o diagnóstico e todos os exames demonstram qual a situação do paciente e as condições para a cirurgia. É diante dessa imprevisibilidade que surgem as angústias e os sentimento de impotência já discutidos anteriormente no estudo.

“a cirurgia traz em si a pergunta: será que vai dar certo?” (Benjamin).

Apesar de parecer, a medicina não é, em muitos sentidos, uma ciência exata e mesmo com avanços da tecnologia, algumas situações ainda estão além da capacidade da medicina. Mesmo compreendendo estas limitações que fogem totalmente de seu controle, os cirurgiões, no geral, ainda se sentem responsáveis pelo resultado final.

Esse senso de responsabilidade diante de tantas incertezas fica exacerbado quando se deparam com a necessidade de tomar decisões rápidas e ações decisivas em situações de alta pressão, em que a resposta do organismo alheio a uma decisão sua pode resultar no sucesso ou fracasso daquela cirurgia. O temor de fazer a escolha errada num momento crítico é uma vivência

relatada por Margaret, que reflete “*é mais fácil errar em cirurgia do que sentada atendendo em consultório*”.

A incerteza e a vivência da imprevisibilidade são partes naturais e inevitáveis da experiência humana. No contexto da prática cirúrgica, isso significa que os cirurgiões devem ser capazes de confrontar as suas próprias limitações e aceitar a incerteza e enfrentá-la com vistas ao resultado mais favorável, que cause o menor dano.

Confiança, disciplina e motivação diante da incerteza são características importantes para o cirurgião e fazem parte de seu treinamento. Estas são consideradas, dentro da especialidade, como valores que definem um bom cirurgião. No entanto, essas mesmas características podem ser interpretadas como frieza, arrogância e impessoalidade (Soares Jr., et al., 2010), *fazendo jus a pergunta de Merisa, “Quem foi que inventou que o cirurgião não tem emoção?”*.

A vivência da imprevisibilidade requer do cirurgião o desenvolvimento da autoconfiança e da autossuficiência, sem, contudo, significar que ele não seja impactado psicologicamente pelas ocorrências típicas de seu trabalho (Soares Jr., 2010). Sentir-se confortável diante delas se dá pela construção das experiências no tempo vivido em direção à maturidade e crescimento dentro da clínica cirúrgica.

Rogers (1973) assinala que a experiência de crescimento é acompanhada de ansiedade e angústia, para se atingir a maturidade. Essa incongruência, esse desacordo, é condição para sinalizar que algo não está bem e ser propulsão para a busca do equilíbrio. Desse modo, as experiências são definidoras das pessoas. Esta tendência atualizante, fundamento dos pressupostos Rogerianos, confirma a existência de um impulso capacitado para um desenvolvimento pleno. “Se uma pessoa puder se abrir completamente à sua experiência, num movimento que se afaste de uma atitude defensiva, (...) abrindo-se à experiência e aos seus sentimentos, torna-se mais capaz de viver completamente a experiência de seu organismo” (Rogers, 1973, p. 215).

Portanto, as experiências de cirurgiões frente aos sentimentos que angustiam e abertos subjetivamente tomam consciência deles, tornando-se mais capazes de viver uma vida criativa de abertura sensível ao mundo, vivendo numa harmonia crescente consigo mesmo e com os outros (Rogers, 2009).

4.5. A hierarquia e o trabalho em equipe

A vivência da tradição da hierarquia na equipe cirúrgica foi apontada pelos participantes como fundamental para o funcionamento ótimo da estrutura em sala de cirurgia.

Esta hierarquia pode referir-se à equipe multiprofissional no serviço de saúde, que envolve enfermeiros, auxiliares, chefe de sala, anestesista, instrumentadores e outros, com os cirurgiões em posição de autoridade. No entanto, nessa pesquisa, foi mencionada a vivência da tradição e importância da estrutura hierárquica entre os médicos cirurgiões atuando juntos na mesma cirurgia.

Estabelecida desde a residência, a hierarquia visa garantir que cada membro da equipe atue de acordo com o seu nível de responsabilidade e capacitação. Não se trata apenas de poder, mas de escala de competência, quem sabe mais faz mais.

Os participantes mencionaram que, à primeira vista, essa hierarquia causa estranheza, por representar não apenas uma escala de poder, mas de competência. Entretanto, examinando e conhecendo mais de perto a dinâmica vigente numa sala cirúrgica, reconhece-se que essa organização visa à segurança e à agilidade para a execução das cirurgias. Como mencionado anteriormente, os residentes estão abaixo dos cirurgiões e os internos abaixo deles. Também há diferenciação na estrutura entre os residentes, R1, R2, R3, que se denominam R mais, R menos, referindo-se ao residente em relação à sua posição.

Por serem de diferentes níveis na estrutura hierárquica já mencionada, eles relataram vivências de suas diferentes posições na ocasião dos encontros. Residentes dos diferentes anos

(R1, R2, R3) falaram de suas perspectivas nesse contexto, focando na posição de aprendiz quando estão assumindo uma parte na cirurgia e estão repassando o que aprenderam para os residentes de anos abaixo.

Os residentes se sentem seguros por terem um respaldo do cirurgião responsável e professor, além do Programa e da instituição que os acolhe. Interpretam, portanto, a estrutura hierárquica como facilitadora de sua aprendizagem, adquirindo conhecimento ao observar, executar e contribuir gradativamente, assumindo responsabilidades conforme segue na estrutura.

Já os cirurgiões expressam suas vivências pautadas na responsabilidade dentro dessa escala. O que acontecer eles responderão. E isso se refere à sua atuação e à de todos os membros abaixo de sua posição. O relato de Margaret elucidada como funciona, na prática, o conceito da hierarquia. Ao pedir ajuda para seu preceptor para realizar um procedimento que não tinha um bom campo de visão, o chefe lhe respondeu: *“que também não estava enxergando nada, mas ele era o mais apto a realizar o procedimento”*.

Ao mesmo tempo que os cirurgiões estão focados no que realizam, eles estão também incumbidos do ensino. Na posição de chefe na cirurgia, buscam ser didáticos, inspiradores e resolutivos, mesmo em situações adversas.

“era eu, era eu a responsável ali, a fazer a cirurgia” (Merisa).

Na oportunidade que a pesquisadora teve de vivenciar a observação de uma cirurgia, foi possível compreender a disposição espacial e o papel de cada membro da equipe em sala. Todos os procedimentos eram executados em sintonia, nem sempre se falavam, apenas se entreolhavam, e a solicitação era executada. Como numa orquestra, cada instrumento e músico desempenhando sua natureza e seu tom.

Recorrer-se-á mais uma vez a Rogers (1982) para falar sobre a vivência da relação de ajuda presente no contexto de relações entre os cirurgiões partícipes desta pesquisa. Ele define como uma situação em que uma das partes, ou várias partes, visa promover o outro, ou um grupo. Para que esta relação seja adequada são necessárias percepções daquele que recebe a ajuda e daquele que promove a ajuda. Enfatiza a importância do autoconhecimento no caminho da realização das potencialidades e crescimento, tanto para facilitador quanto facilitado, no processo de aprendizagem, crescimento ou mudança. No contexto do centro cirúrgico, percebe-se que a tradição da estrutura hierárquica é a facilitadora desse processo de crescimento pessoal e interpessoal entre os cirurgiões.

4.6. A fé e a esperança como aliadas

“minhas mãos são instrumentos de Deus” (Benjamin).

Os cirurgiões expressam a experiência da fé e da esperança como uma dimensão que está integrada no cotidiano de suas vidas. Incluem na rotina a dedicação às orações, uma passagem pela igreja ou a leitura do evangelho antes de sair de casa. Alguns cirurgiões assumem uma religião e outros desenvolvem a espiritualidade, mas todos mencionam a fé e a esperança.

Amatuzzi (2007) aponta que a experiência espiritual pode ser entendida como uma experiência de afastamento do imediato e um olhar destacado que, por sua vez, permite a consideração da vastidão dos horizontes do mundo, por um lado e, por outro, a definição de rumos da vida. Uma possibilidade de reflexão profunda sobre a existência.

Um participante contou que costuma visitar a capela do Hospital pelas manhãs antes de começar seu período de cirurgias, momento que reserva para meditar, agradecer e pedir auxílio para os desafios vindouros. Uma prática consistente e que lhe traz serenidade.

Fé e esperança andam lado a lado. De acordo com o Dicionário Oxford (2007), esperança é “sentimento de quem vê como possível a realização daquilo que deseja”, enquanto a fé é a “confiança absoluta em alguém ou em algo”. Desse modo, a fé pode ser compreendida como um mecanismo utilizado para viabilizar a esperança. Percebe-se que os cirurgiões utilizam a fé como propulsora da esperança diante das incertezas inerentes ao seu ofício, como já previamente discutidas. A incerteza seria então um pré-requisito da esperança, assumida como algo de bom que vai acontecer.

Parse (1999) aponta a esperança como um fenômeno universal e essencial à qualidade de vida e inerente à humanidade, em particular em períodos críticos.

A fé como recurso psicológico tem sido demonstrada em estudos na área da saúde, especialmente com pacientes, mas também com profissionais da saúde que buscam aprimorar um olhar integrador, respeitando as esferas bio-psico-sócio-espiritual nas suas inter-relações tanto com pacientes como com pares (Oliveira, 2017).

Ainda Amatuzzi (1998) descreve a fé como possibilidade humana de tecer um sentido para suas vidas e justificar o motivo de continuar vivendo. Em situações difíceis, a fé traz conforto e explica o que parece inexplicável no enfrentamento diante dos sentimentos de insegurança e tristeza vivenciados, encontrando, em suas crenças e práticas espirituais, apoio para o enfrentamento e respostas a questionamentos.

Um participante declarou que prioriza a prática de sua fé diariamente fazendo uma leitura espiritual antes de sair de casa para o trabalho, como forma de fortalecer-se para o dia a ser enfrentado. Outro, diz contar com Deus no suporte emocional em seus momentos difíceis de atendimento no Pronto Socorro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa nos permitiu uma aproximação com as experiências vividas por médicos cirurgiões – por meio de encontros dialógicos – das quais emergiram elementos significativos para uma compreensão psicológica sobre este acontecer humano, ou seja, o fenômeno em estudo.

A literatura científica consultada sobre este tema nos permitiu constatar que o foco da maior parte das pesquisas realizadas com ou sobre médicos cirurgiões está pautada em estudos sobre procedimentos relacionados às próprias cirurgias sobre as técnicas cirúrgicas ou sobre a rotina extenuante desses profissionais. Observamos uma lacuna de estudos que articulam as experiências de cirurgiões de um ponto de vista psicológico.

A adoção do método fenomenológico mostrou-se especialmente adequada nesta pesquisa, pois permitiu um contato próximo e pessoal da pesquisadora com o contexto do hospital e com cada um dos participantes que puderam se expressar livremente sobre suas vivências pessoais e suas relações interpessoais, tanto em relação ao cotidiano de trabalho, como com familiares.

As narrativas compreensivas, utilizadas como estratégia metodológica, possibilitaram a apreensão dos significados das vivências comunicadas pelos participantes e foram a base para a descrição, compreensão e interpretação dos elementos estruturantes que caracterizam o fenômeno em estudo.

Os encontros dialógicos realizados com os participantes se tornaram espaços privilegiados de abertura ao outro num sentido fenomenológico e de atitudes de compreensão empática por parte da pesquisadora, contribuindo para que ela pudesse vivenciar uma experiência singular, rica e propiciadora da elaboração de novos sentidos, que se constituíram em novos conhecimentos.

A partir de uma questão norteadora ampla, os encontros individuais com os participantes inauguraram uma conversa em que ficaram à vontade para falar de si e de seus caminhos até a escolha da profissão e da cirurgia como especialidade, num processo contínuo e exigente de investimento pessoal e profissional na formação médica. Assim como se dispuseram a contar sobre seus dilemas cotidianos em conciliar a vida familiar e social com a vida exaustiva e atribulada imposta pela dinâmica do trabalho que executam e os impactos psicológicos dele decorrentes.

Emergiram como elementos estruturantes do fenômeno estudado o confronto entre a potência de ser o profissional que detém o saber e a técnica para realizar cirurgias que tratam e salvam e a impotência diante de intercorrências de ordem incontrolável. Outro elemento se trata da dificuldade constante de administração do tempo exíguo. A rotina intensa, que exige articulação entre o trabalho e as demais áreas da vida deles, acarreta impactos na qualidade de vida dos cirurgiões. A convivência com a imprevisibilidade também requer uma flexibilidade pautada na maturidade ao enfrentarem um contexto na sala de cirurgia permeado por muitas incertezas. A organização hierárquica se revela como elemento que estrutura as relações interpessoais no trabalho do cirurgião inserido numa equipe, enquanto a fé e a esperança apresentam-se como elementos de apoio recorrente em busca de conforto e confiança no cotidiano.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma ampliação da compreensão acerca do contexto em que esses profissionais estão inseridos e das exigências e responsabilidades que recaem sobre eles, com o intuito de promover interlocução com outras áreas de conhecimento que visem à promoção do bem-estar físico e mental de médicos cirurgiões, assim como dos demais profissionais que integram as equipes de cirurgias.

Ao finalizar este trabalho algumas conclusões emergem, como, propor uma integração entre a abordagem médica e a psicológica de modo a estabelecer uma interface que produza

conhecimentos e que possa avaliar novas possibilidades de inclusão de espaços de atenção psicológica nos serviços de saúde onde os cirurgiões e programas de residência estão inseridos.

A própria estratégia metodológica adotada, encontros dialógicos entre a pesquisadora e os participantes, pode ser considerada um tipo de atenção psicológica, uma vez que possibilitou aos participantes revisitarem suas experiências tanto na carreira profissional quanto no pessoal e atualizar seus significados, compondo novas simbolizações. Alguns participantes se referiram à ausência de um espaço no contexto do serviço de saúde e do programa de residência onde possam compartilhar as vivências e os impactos psicológicos. Isso ficou especialmente evidente na ênfase com que agradeceram à pesquisadora pela oportunidade de estarem num encontro de escuta qualificada e de empatia ao participarem do estudo.

Os participantes, portanto, expressaram claramente a demanda de falar sobre si, sobre suas relações e elaborar suas próprias vivências. Assim, extraímos um sentido dessa evidência que corrobora a teoria de Carl Rogers utilizada nessa pesquisa de base humanista (1987): “Quanto mais ele for capaz de permitir que esses sentimentos fluam e existam nele, melhor estes encontram o seu lugar adequado numa total harmonia. Descobre que tem outros sentimentos que se juntam a estes e que se equilibram” (Rogers, 1961/2009, p. 201).

Considerar-se-á que a pesquisa levanta importantes questões e não se encerra em seus resultados. Ao contrário, abre perspectivas e nos mostra horizontes para futuras pesquisas que considerem médicos cirurgiões em outros serviços e localidades, já que esta pesquisa contemplou um único hospital.

Do ponto de vista acadêmico e metodológico, este estudo trouxe à pesquisadora a oportunidade de conhecer e utilizar o método fenomenológico e o processo de pesquisa sob esta perspectiva, agregando novos conhecimentos e ampliando a visão sobre modos de fazer pesquisa e empreender investigações nas ciências humanas e sobre as relações humanas.

A oportunidade de estar em uma cirurgia, como observadora, foi uma experiência valorosa para a compreensão do contexto em que esses profissionais estão inseridos. Possibilitou também conhecer e vivenciar pessoalmente como funciona a estrutura básica de centros cirúrgicos e as inter-relações da equipe multiprofissional neste contexto.

Do ponto de vista pessoal, o processo da pesquisa foi uma experiência marcante, pela oportunidade que a pesquisa e o método permitem em estar “junto” num encontro genuíno com os participantes que, generosamente, compartilharam suas vivências pessoais.

Referências Bibliográficas

- Afonso, P., Aleixo, O. V., Aleixo, R. V., Carvalho, D. J. F. & Simões, J. A. (2019). Conciliação Trabalho-Família na Profissão Médica: Um Estudo Exploratório. *Acta Med Port*, Nov;32(11):697–705. <https://doi.org/10.20344/amp.11997>
- Agostinho. (2019). *Confissões*. Principis.
- Amato, A. C. M. (2020). *Breve História da Cirurgia*. Clube dos Autores.
- Amatuzzi, M. M. (1998). Experiência religiosa: busca de uma definição. *Estudos de Psicologia*, 15, 49-65. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1998000100004>
- Amatuzzi, M. M. (1998). A experiência religiosa: estudando depoimentos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 15, 03-27. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1998000200001>
- Amatuzzi, M. M. (2008). Experiência religiosa, psicoterapia e orientação espiritual. In *Religiosidade e psicoterapia*. São Paulo: Roca.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 26(1), 93-100. doi. 10.1590/S0103-166X2009000100010.
- Amatuzzi, M. M. & Carpes, M. (2010). Aspectos fenomenológicos do pensamento de Rogers. *Memorandum*. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6567>
- Amatuzzi, M. M. (2011). Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In Bruns, M. A. T.; Holanda, A. F. (Orgs.) *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas*, Campinas, SP: Alínea.
- Andrade, C. C. & Holanda, A. F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27, 259-268. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200013>

- Andrade, C. (2011). Work-Life Balance: condições de trabalho facilitadoras da integração do papel profissional e familiar. *Exedra*. <http://exedra.esec.pt/docs/s-CO/02-41-54.pdf>
- Andrade, C. (2015). Trabalho e vida pessoal: exigências, recursos e formas de conciliação. *DEDiCA. REVISTA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES*, 8 (2015) julho, 117-130. <https://doi.org/10.30827/dreh.v0i8.6913>
- Barreira, C. R. A. (2017). Análise fenomenológica aplicada à Psicologia: recursos operacionais para a pesquisa empírica. *Diálogos com Edith Stein: filosofia, psicologia, educação*. <https://repositorio.usp.br/item/002924873>
- Baugart, T. A. A. & Amatuzzi, M. M. (2007). Experiência religiosa e crescimento pessoal: uma compreensão fenomenológica. *Revista de Estudos da Religião*, (4), 95-111. https://www.pucsp.br/rever/rv4_2007/i_baugart.pdf
- Bellodi, P. L. (2004). The general practitioner and the surgeon: stereotypes and medical specialties. *Rev. Hosp. Clínicas*, SP. 59(1):15-24. <https://doi.org/10.1590/s0041-87812004000100004>
- Bello, A. A. (2004). *Fenomenologia e ciência humanas: psicologia, história e religião*. EDUSC.
- Bello, A. A. (2006). *Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião* (1 ed.). EDUSC.
- Bello, A. A. (2015) *Pessoa e comunidade - Comentários: Psicologia e Ciências do Espírito de Edith Stein*. Ed. Artesã.
- Bello, A. A. (2021). *O sentido do humano: Entre fenomenologia, psicologia e psicopatologia*. Paulus Editora.
- Bello, A. A., Fernandes, M. L., Leite, R. V. & Gaspar, Y. E. (2022). 20 anos de presença no Brasil: reflexões de Angela Ales Bello sobre contribuições da fenomenologia clássica à psicologia, psicopatologia e estudo da experiência religiosa. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 39. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2022.39675>

Benjamin, W. (1994). *Magia e técnica, arte e política: obras escolhidas* (7ª ed.). Brasiliense.

Bezerra, M. C. S. B. & Cury, V. E. (2015). O lugar da experiência nas pesquisas

fenomenológicas. In *Anais do II Congresso Brasileiro de Psicologia e Fenomenologia e IV Congresso Sul-Brasileiro de Fenomenologia: Pensar e fazer Fenomenologia no Brasil*. Brasil.

http://www.labfeno.ufpr.br/textos/Anais_II_Congresso_Sul_%20Brasileiro_de_Fenomenologia_2011.pdf

Bezerra, M. C. S. & Cury, V. E. (2020). A experiência de psicólogos em um programa de residência multiprofissional em saúde. *Psicologia da USP*, 2020, 31(e190079).

<https://doi.org/10.1590/0103-6564e190079>

Bezerra, M. C. S. (2021). *A experiência intersubjetiva na Ludoterapia humanista: uma perspectiva fenomenológica*. [Tese de doutorado não publicada]. Pontifícia Universidade

Católica de Campinas. <http://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/xmlui/handle/123456789/15585>

Brasil. Ministério da Educação. *Residência Médica* recuperado de: [http:// Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica](http://Sistema_da_Comissao_Nacional_de_Residencia_Medica). <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica>

Brisola, E. B. V. & Cury, V. E. (2016). Researcher experience as an instrument of investigation of a phenomenon: An example of heuristic research. *Estudos de Psicologia*, 33(1), 95–

105. <https://doi.org/10.1590/1982-027520160001000010>

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* (Campinas),

34(4), 467-475. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400003>

Brisola, E. B. & Cury, V. E. (2018). Investigando a experiência de mães que cantam para seus bebês: em busca de significados. *Psicologia em Estudo*, 23, 1-14, e 36197.

<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v23i0.36197>

- Bruscagin, C., Savio, A., Fontes, F. & Gomes, D. M. *Religiosidade e psicoterapia*. Roca.
- Businger, A., Stefenelli, U. & Guller, U. Prevalence of burnout among surgical residents and surgeons in Switzerland. *Arch Surg*. 2010 Oct;145(10):1013–6.
<https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.188>
- Caeiro, A. (2001, 2005). *Poesia completa de Alberto Caeiro*. Companhia das Letras. (Edição de Fernando Cabral Martins e Richard Zenith).
- Calero, A. D., Barreyro, J. P. & Injoque-Ricle, I. (2018). Emotional intelligence and self-perception in adolescents. *Europe's journal of psychology*, 14(3), 632.
<https://doi.org/10.5964%2Ffejop.v14i3.1506>
- Chrouser, K. L., Xu, J., Hallbeck, S., Weinger, M. B. & Partin, M. R. (2018). The influence of stress responses on surgical performance and outcomes: Literature review and the development of the surgical stress effects. *American Journal of surgery*, 216(3), 573-58.
<http://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.02.017>
- Clendening, L. (2019). *Source book of medical History*: Ed. Dover
- Costa, J. C. & Lima, R. A. G. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança / adolescente no processo de morte e morrer. *Rev. Latino - Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, SP, vol. 13, (2).
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>
- Costa, V. E. S. M. & Medeiros, M. (2009). O Tempo Vivido Na Perspectiva Fenomenológica De Eugène Minkowski. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 2, p. 375-383, abr./jun.
<https://www.scielo.br/j/pe/a/szMZdLPgT95whQbtNdSJwvG/?lang=pt&format=pdf>
- Creswell, J. W. (2010). *Seleção de um Projeto de Pesquisa*: In Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Ed. Artmed.
- Critelli, D. M. (2007). *Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. EDUC-Brasiliense.

- Cury, V. E. (2021). Intervenções psicológicas e processos intersubjetivos: pesquisas em psicologia clínica sob uma perspectiva humanista e fenomenológica. *Pesquisas Fenomenológicas em Psicologia*.
https://www.simposio2022.anpepp.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=95
- Dias, E. C. (2015). Working conditions and health of physicians: a neglected issue and a challenge for the Brazilian National Association of Occupational Medicine. *Rev Bras Med Trab.* 2015;13(2):60-68.
https://www.researchgate.net/publication/301682709_Working_conditions_and_health_of_physicians_A_neglected_issue_and_a_challenge_for_the_Brazilian_National_Association_of_occupational_medicine
- Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), 371-378. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200018>
- Fadda, G. M. (2015). *A experiência de mães e pais no relacionamento com o filho diagnosticado com autismo: um estudo fenomenológico*. Puc-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/16001>
- Fadda, G. M. (2020). A experiência vivida por pessoas diagnosticadas como autistas, a partir de encontros dialógicos. <http://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/15743>
- 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.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100005&lng=pt&tlng=pt
- Finlay, L. (2008). *Introducing phenomenological research*.

- Fisher, R. F. G. & Shaw P. L. F. (2005). El papiro quirúrgico de Edwin Smith. 2005. In: História y Filosofía de la medicina. *Anales Médicos* Vol 50, n.1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2005/bc051i.pdf>
- Fitzharris, L. (2019). *Medicina dos horrores: a história de Joseph Lister*, o homem que revolucionou o apavorante mundo das cirurgias do Sec XIX. Intrinsic.
- Flick, U. (2009). *Desenho de pesquisa qualitativa*. (Coleção Pesquisa Qualitativa). Artmed.
- Forghieri, Y. C. (1993). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa*. Pioneira
- Forghieri, Y. C. (2000). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa*. Pioneira-Thomson.
- França, M. & Botomé, S. (2005). É possível uma educação para morte? *Psicologia Em Estudo*. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300024>
- Gil, A. C. (2008) *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4. ed.). Atlas.
- Gracino, M. E., Zitta, A. L. L., Mangili, O. C. & Massuda, E. M. (2016). A Saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde em debate* (online), 40 (110). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611019>
- Granek, L., Tozer, R. & Mazzotta, P. et al. (2012). *Nature and impact of grief over patient loss on oncologists personal and professional lives*. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1426>
- Grimal, P. (1992) *Dicionário de mitologia grega y romana*. Paidós.
- Guimarães, R. (2022). *Dicionário da Mitologia Grega / Ruth Guimarães*. Apresentação de Rafael Brunhara (2a. ed.). Editora Madamu.
- Han, K.; Bohnen, J. D., Peponis, T., Martinez, M., Nandan, A., Yeh, D. D., Lee, J., Demoya, M., Velmahos, G. & Kaafarani, H. M. A. (2017). The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study, *Journal*

- of the American College of Surgeons*, 224(6), 1048-1056.
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.039>
- Husserl, E. (1994). *Lições para uma fenomenologia da consciência interna do tempo*. Imprensa Nacional.
- Husserl, E. (2012). *A crise da humanidade europeia e a filosofia*. Introdução de Urbano Zilles. Edipucrs.
- Husserl, E. (2017). *As Lições de 1905 para uma fenomenologia da consciência interna do tempo*. Via Verita.
- Joliat, G., Demartines, N. & Uldry, E. (2010). Systematic review of the impact of patient death on surgeons. *British Journal of Surgery*, 106. <https://doi.org/10.1002/bjs.11264>
- Junior, C. S., Gomes, C. A. & Soares, F. P. T. P. (2010). O ensino da cirurgia: a necessidade de uma visão humanística Surgical education: the need of a humanistic vision. *Ensino Rev. Col. Bras. Cir.* 37 (3). <https://doi.org/10.1590/S0100-69912010000300013>
- Kamijo, E., Lima, M., Pereira, A. & Bonamigo, E. (2021). Escolha da medicina como profissão e perspectiva laboral dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210093>
- Klimo, P. Jr., DeCuyper, M., Ragel, B. T., McCartney, S., Couldwell, W. T. & Boop, F. A. (2013). Career satisfaction and burnout among U.S. neurosurgeons: a feasibility and pilot study. *World Neurosurg.* Nov; 80(5): 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2012.09.009>
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no context hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, 34(4), 420-429. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104420429>
- Leriche, R. (2016). La Philosophie de la chirurgie,1951, In: Marsh, Henry. *Sem causar mal: histórias de vida, morte e neurocirurgia*. Inversos.

- Levites, M. R. & Almeida, L. B. M. Medicina Familiar. A incerteza e suas repercussões: como se sentem os jovens médicos perante a incerteza em sua prática profissional? Archivos en *Artículo Original*. 2018 Vol.20 (2) 59-74. <https://sobramfa.com.br/cientifico/wp-content/uploads/2018/08/amf182d.pdf>
- Lobão, M. J. (2021). A Importância da Inteligência Emocional para a Prática Médica do Internista no Futuro. *Medicina Interna*, 27(4), 328–333. <https://doi.org/10.24950/Revisao/MJLobao/4/2020>
- Martins, L. A. N. (2005). *Residência Médica: Estresse e Crescimento*. Casa do Psicólogo.
- Melo, A. K. S., Rayanne, P. & Moreira, V. (2015). Construção da noção de experiência ao longo do pensamento de Carl Rogers. *Revista do NUFEN*, 7(1), 4-31. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912015000100002&lng=pt&tlng=pt
- Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa (1998). Melhoramentos.
- Minayo, M. C. S. (2011). *Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade*. Vozes.
- McQueen, S., Mobilio, M. H. & Moulton, C. A. (2020). Fractured in surgery: understanding stress as a holistic and subjective surgeon experience. *The American Journal of Surgery*, 221(4), 793-798. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.04.008>
- Moreira, V. (2007). *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa humana em psicoterapia*. Annablume.
- Mozena, H. & Cury, V. E. (2010). Plantão Psicológico em um serviço de assistência judiciária. *Memorandum*, 19:65-78. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6574>
- Murden, F. B., DMackenzie, F., Oeppen, R. S. & Brennan, P. A. (2018). The impact and effect of emotional resilience on performance: an overview for surgeons and other healthcare

- professionals. *British Journal of oral and maxillofacial surgery*. 56(9), 786-790. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.08.012>
- Neto, A. A. X. & Ponte, C. R. S. (2018). A compreensão de angústia na psicoterapia de Carl R. Rogers: breve estudo. *Revista do NUFEN*, 10(1), 22-37. [https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol10\(1\).n04artigo23](https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol10(1).n04artigo23)
- Neto, R. M. & Herbella, F. A. M. (2019). Effects of psychological problems on surgical outcomes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65(5), 586-588. Epub. June 03, 2019. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.586>
- Novais, R. N., Rocha, L. M., Eloi, R. J., Santos, L. M., Ribeiro, M. V. M. R., Ramos, F. W. S., Lima, F. J. C., Sousa-Rodrigues, C. F. & Barbosa, F. T. (2016). Burnout Syndrome prevalence of on-call surgeons in a trauma reference hospital and its correlation with weekly workload: cross-sectional study. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]*. 43(5). 314-319. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016005003>
- Oliveira, M. S. (2013) *A judicialização da relação entre médico e paciente: uma breve reflexão em bioética e ética* / Mariana Silva de Oliveira. Salvador. <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/11548/1/Mariana%20Silva%20de%20Oliveira.pdf>
- Oliveira, A. E. G. & Cury, V. E. (2016). Cuidar em oncologia: uma experiência para além do sofrimento. *Memorandum*, 31, 237-258. www.fafich.ufmg.br/memorandum/a31/oliveiracury0
- Oliveira, A. E. G. (2017). *A experiência de pacientes de um serviço de atenção domiciliar*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/15748>
- Orsini, M., Oliveira, A. S. B., Freitas, M. R. G., Reis, C. H. M., Silveira, V. C., Arona, R. &

- Leite, M. A. A. (2022). Hígia filha de Asclépio, a deusa da saúde. *Revista de Ciências biológicas e da saúde*. https://unignet.com.br/wp-content/uploads/Artigo_05_Higia-filha-de-Asclepio-a-deusa-da-Saude.pdf
- Osório, C. M. S. *Ambiguidade e incerteza: sua importância na formação médica*. (2004). <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5445/000426398.pdf>
- Dicionário Oxford. (2019). *Advanced Learner's Dictionary*. Oxford.
- Palmieri, T. H. Cury, V. E. (2007). Plantão psicológico em hospital geral: um estudo fenomenológico. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20, 472-479. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000300015>
- Parse, R. R. (1999). *Nursing: The Discipline and the Profession*. Sage Journal. <https://doi.org/10.1177/089431849901200401>
- Pebmed. *Cirurgia Geral: resistência física, controle emocional e segurança na tomada de decisão* <https://pebmed.com.br/cirurgia-geral-resistencia-fisica-controle-emocional-e-seguranca-na-tomada-de-decisao/>
- Porter, R. (1998). *O maior benefício para a humanidade: uma história médica da humanidade*. Norton & Company Publishin.
- Rasslan, S., Arakaki, M. S., Rasslan, R. & Utiyama, E. M. (2018). Perfil do residente de Cirurgia Geral: quais as mudanças no Século XXI? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(2), e 1706. Epub May 24, 2018. <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/M9wzNLWv3X9L66WbTqJxVYq/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Concluimos%20assim%2C%20que%20o%20perfil,ofereça%20melhor%20qualidade%20de%20vida.>
- Rezende, J. M. (2009). O juramento de Hipócrates. In: *À sombra do plátano: crônica de histórias da medicina (online)*. Edusp. <https://doi.org/10.7476/9788561673635GetBook>

- Rogers, C. R. & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva*. (2.ed.). Interlivros.
- Rogers, C. R. (1982). *Tornar-se pessoa*. Martins Fontes.
- Rogers, C. R. (1997). *Tornar-se Pessoa*. (5. ed.). Martins Fontes.
- Rogers, C. R. (2007), *Um jeito de ser*. EPU.
- Rogers, C. R. & Pessoa, T. S. (2009). *Tornar-se Pessoa*. WWF.
- Sá, R. M. (2013). Breves Considerações Sobre a Responsabilidade Civil Médica. *Revista Científica Semana Acadêmica*. Fortaleza, ano MMXII, Nº. 000011, <https://semanaacademica.org.br/artigo/breves-consideracoes-sobre-responsabilidade-civil-medica>
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Sage Journals*. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Sanchez, H. M., Junior, A. L. S., Morais, E. G., Agostinho, P. L. S., Poloniato, T. B. & Soares, P. G. (2018). Avaliação da qualidade de vida de médicos clínicos e cirurgiões. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 31(3). <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7582>
- Santos, E. G. (2016). I would like to be a surgeon, but... Serão dois anos suficientes? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 43(2). <https://doi.org/10.1590/0100-69912016002001>
- Serou, L., Sahota, A. K., Husband, S. P., Forrest, K., Moorthy, C., Vincent, R. D. & Slight, S. P. (2017). Systematic review of psychological, emotional and behavioral impacts of surgical incidents on operating theater staff. *BJS Society*. 1(4). 106-11. <https://doi.org/10.1002/bjs5.21>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., Ummans, T., Swartz, K., Novotny, P. J., Sloan, J. & Oreskovich, M. R. (2011). Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg*. 2011 an;146(1):54–62. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.292>

- Sharp, G., Bourke, L. & Rickard, M. (2020). Review of emotional intelligence in health care: an introduction to emotional intelligence for surgeons. *ANZ journal of surgery*, 90(4), 433-440. <http://dx.doi.org/10.1111/ans.15671>
- Silva, A. L. (1998). Cirurgia Geral. *Rev. Bras. Educação médica* 12(1), 10-13, <https://doi.org/10.1590/1981-5271v12.1-003>
- Soares, J. C., Gomes, C. A. & Soares, F. P. T. P. (2010). O ensino da cirurgia: a necessidade de uma visão humanística. *Rev Col Bras Cir.* 37(3). <https://doi.org/10.1590/S0100-69912010000300013>
- Souza, G. G. & Cury, V. E. (2015). A experiência dos estudantes sobre a atenção psicológica disponibilizada na universidade: um estudo fenomenológico. *Memorandum*, 28, 221-239. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6466>
- Tinoco, V. U. (1997). O psicólogo no hospital: a vivência da morte no cotidiano profissional. Trabalho de conclusão de curso como exigência para a graduação no curso de Psicologia. *Faculdade de Psicologia, PUC -SP.* https://www.4estacoes.com/pdf/o_psicol_no_hosp.pdf
- Tostes, G. W. (2022) Vivências de pessoas com transtorno bipolar: um estudo fenomenológico. Campinas: PUC-Campinas, 2022. Orientador: Vera Engler Cury. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. <http://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/xmlui/handle/123456789/16507>
- Townsend Jr. & Courtney et al. (2019). *Sabiston Tratado de cirurgia: a base biológica da pratica cirúrgica moderna*. Cap. 1 – O nascimento da cirurgia moderna: visão geral. GEN – Guanabara Koogan.
- Tubino, P. J. G. & Alves, E. (2015). *Quem foi Ambroise Paré?* Boletim do Museu de Embriologia e Anatomia Bernard Duhamel e Centro de Memória e História da Medicina Lycurgo de

- Castro Santos Filhos, v. 3(9), p. 4-4.
http://www.roplac.com.br/museu/pdf/Boletim_Museu_Nº9.pdf
- Ujvari, S. C. (2003). *A história e suas epidemias. A convivência do homem com os microrganismos.* Rio de Janeiro, Senac Rio.
<http://www.ccms.saude.gov.br/noticias/esculapio-o-deus-da-medicina>
- Vasconcelos, C. (2012). Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente *Revista Bioética*, vol. 20, núm. 3, 2012, pp. 389-396 Conselho Federal de Medicina Brasília, Brasil.
https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/757/809
- Vargas, A., Marcelo, L., Claudia, L. & Vargas, A. J. O apoio de Edwin Smith na história da medicina. *Rev. Med. Chile* Vol 140. N 10 Santiago, hile.
- Vitous, C. A., Byrnes, M. E., De Roo, A., Jafri, S. M. & Suwanabol, P. A. (2021). Exploring Emotional Responses After Postoperative Complications: A Qualitative study of practicing surgeons. *Annals of surgery*, 275(1), e124-e131.
<http://doi.org/10.1097/SL.0000000000004041>
- Whitaker, M. (2018). *The surgical personality: does it exist?* *Ann R. Coll Surg Engl.*, 100:72-77. <https://doi.org/10.1308%2Frcsann.2017.0200>
- Zilles, U. (2002). Introdução: a fenomenologia husserliana como método radical. Em E. Husserl, *E. A crise da humanidade européia e a filosofia.* Edipucrs.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) participante:

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**A Experiência Vivida por Médicos Cirurgiões: Um Estudo Psicológico**” que está sendo desenvolvida e sob responsabilidade da psicóloga Geni Aparecida de Jesus Wolf, devidamente registrada no Conselho Regional de Psicologia sob o número 06/106802 e aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUC-Campinas. A pesquisa tem o objetivo de compreender a experiência emocional de médicos cirurgiões em relação ao exercício de seu cotidiano profissional. A pesquisadora realizará 1 (um) encontro individual com cada participante, presencialmente ou online, utilizando-se da plataforma virtual *Teams*, em data e horário previamente agendados e com duração aproximada de 60 (sessenta) minutos, para que falem a respeito de suas experiências. Após cada encontro, a pesquisadora registrará uma narrativa sobre sua compreensão a respeito da experiência relatada. Neste registro, estará preservada a confidencialidade dos dados de identificação do participante e as informações coletadas serão tratadas com sigilo profissional, podendo fragmentos da narrativa serem utilizados somente para fins de pesquisa. Os resultados deste estudo poderão ser publicados em literatura científica – livros e artigos científicos, sem identificação dos participantes.

A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária e por ela não obterá quaisquer benefícios ou prejuízos financeiros ou profissionais.

Em princípio, a pesquisa prevê riscos mínimos. No entanto, se este encontro lhe suscitar recordações ou emoções pessoais desagradáveis, a pesquisadora poderá interromper o encontro ou, se solicitado por você, indicar-lhe um serviço de atendimento psicológico público e referência em sua região ou, ainda, encaminhá-lo(a) à Clínica-Escola de Psicologia da Universidade.

Como participante, você está livre para interromper sua participação a qualquer momento, assim como poderá pedir mais esclarecimentos de qualquer dúvida referente à pesquisa e a pesquisadora compromete-se a fornecer todas as informações possíveis.

Em caso de dúvidas durante ou depois de sua participação, você poderá entrar em contato para esclarecimentos com a pesquisadora Geni Aparecida de Jesus Wolf, através do telefone (19) 9.9979.0109 ou pelo endereço eletrônico: geni_wolf@hotmail.com.

Em caso de dúvidas e reclamações referentes aos aspectos éticos desta pesquisa, poderá obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas. Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516, prédio A02, térreo – Parque Rural Fazenda Santa Cândida – CEP 13087-571 – Campinas/SP. Endereço eletrônico: comitedeetica@puc-campinas.edu.br. Horário de funcionamento: segunda à sexta-feira das 8h00 às 17h00.

Se concordar em participar desta pesquisa, deverá assinar e datar este Termo de Consentimento, mantendo uma via em seu poder, devidamente datada e assinada pela pesquisadora.

_____ Data:
Psicóloga Doutoranda: Geni Aparecida de Jesus Wolf
RA: 19194011

_____ Eu declaro ter sido informado (a) e ter compreendido a natureza e objetivo da pesquisa e livremente concordo em participar dela. Declaro ser maior de 18 anos de idade.

Nome: _____

R.G.: _____ Tel.: (____) _____

Assinatura: _____

Data ____/____/____

Apêndice 2 – Cirurgiões Homenageados

Dr. Kyprianos “Kypros” Nicolaides (1953 -), professor britânico de medicina fetal no King's College Hospital em Londres. Pioneiro da medicina fetal, suas descobertas revolucionaram o campo. Eleito para a Academia Nacional de Medicina dos EUA em 2020, alta honraria concedida em reconhecimento a pessoas com realizações excepcionais e comprometimento com serviços de saúde e medicina, por melhorar o atendimento de mulheres grávidas em todo o mundo com abordagens pioneiras rigorosas e criativas e fazer contribuições para o diagnóstico pré-natal e principais distúrbios obstétricos.

Dr. Denis Mukwege (1955 -), médico ginecologista congolês, especializou-se no tratamento de mulheres que foram violadas sexualmente. Fundou o Hospital Panzi, em Bukavu, na República Democrática do Congo. O local já tratou mais de 85.000 com traumas e danos ginecológicos, 25.000 somente durante os 12 anos de guerra civil. Além do Prêmio Nobel da Paz em 2018, recebeu o Prêmio Olof Palme, a distinção de Cavaleiro da Legião da Honra, o Prêmio das Nações Unidas no Campo dos Direitos Humanos, entre outros.

Dr. Benjamin Solomon Carson (1951 -), neurocirurgião pediátrico, escritor, professor, psicólogo. Foi diretor do Departamento de Neurocirurgia Pediátrica do Hospital Johns Hopkins. Pioneiro, entrou para a história da medicina ao separar gêmeos siameses unidos pela cabeça, procedimento que exigiu 22 horas de cirurgia e 5 meses de planejamento, em 1987. Recebeu a mais alta honraria dos EUA, a medalha presidencial da liberdade, em 2008. O filme “mãos talentosas” (*Gifted hands*), estrelado por Cuba Gooding Jr., é baseado em sua vida.

Dr. Ivo Pitanguy (1926 – 2016), cirurgião plástico, professor e escritor, membro da Academia Nacional de Medicina. Formou-se na Universidade Federal do Rio de Janeiro, estudou e trabalhou nos Estados Unidos, Inglaterra e França. Fundador do Serviço de Queimados do Hospital do Pronto Socorro e primeiro serviço de cirurgia de mão e plástica reparadora da Santa Casa do Rio de Janeiro. O Serviço da 38ª Enfermaria da Santa Casa, atende a população menos favorecida e retira o elitismo da especialidade. Conquistou a cátedra em cirurgia plástica na Universidade Católica do Rio de Janeiro e posteriormente na Pós-graduação da Fundação Médica Carlos Chagas e criou diversas técnicas próprias, sendo reconhecido internacionalmente. Formou inúmeros discípulos e na ocasião do grande incêndio do Gran Circo Americano, socorreu e operou vítimas junto com seus residentes, despertando a atenção para o caráter social da cirurgia plástica.

Dr. Julio Leibovitz (1932 – 1997), cirurgião geral e cirurgião do aparelho digestivo, formou-se em medicina em 1960 na Universidade Federal Fluminense, RJ, filho único de família judia, órfão de mãe aos 7 anos. Casou-se com a única médica de sua turma e juntos mudaram-se para uma cidade do interior do Estado de São Paulo, carente de serviços médicos, junto com um grupo de médicos procedentes de diferentes localidades do Brasil. Fundaram um Hospital e estenderam atendimentos aos trabalhadores da região rural. Na década de 80, com família formada, estabeleceu-se na região de Campinas e continuou os atendimentos em Hospitais, clínicas e Serviço público de saúde junto com sua esposa, médica pneumologista.

Dra. Angelita Gama (1933 -), médica cirurgiã, pesquisadora e professora emérita da FMUSP. Foi a primeira mulher residente de cirurgia do Hospital das Clínicas, SP, e a primeira professora titular em cirurgia onde criou a disciplina de coloproctologia. Também foi presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva. Fundou e preside a Associação Brasileira de

Prevenção do Câncer de Intestino. Primeira mulher a se tornar membro honorário da American Surgical Association, em 2001. Considerada em 2022 uma das cientistas mais influentes do mundo.

Dra. Merisa Braga de Miguez Garrido (1928 – 2020), primeira mulher associada ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões, onde obteve destaque por sua carreira pioneira na cirurgia vascular. Foi chefe do serviço de cirurgia vascular do Hospital Estadual Getúlio Vargas, professora da Universidade Federal Fluminense, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade do Brasil. Vice-presidente da Associação Médica Brasileira.

Dra. Margaret Bulkley (James Barry) (1795 – 1865), irlandesa, tinha o sonho de atuar como cirurgiã, mas no século XIX as mulheres não eram aceitas em faculdades de medicina. Ingressou na Universidade de Edimburgo em 1809, vestindo-se com roupas masculinas, apesar da voz fina. Foi o principal oficial médico e cirurgião da Armada Britânica. Sua verdadeira identidade foi descoberta postumamente.

Dra. Nancy Ascher (idade não divulgada), cirurgiã americana, especialista em cirurgia de transplante. Foi a primeira mulher a realizar um transplante de fígado, em 1993. Professora de cirurgia na Universidade da Califórnia, presidente da Sociedade de Transplantes e membro da força tarefa de doação e transplante de órgãos. Recebeu um prêmio em 2020 por excepcional serviço e está retratada no episódio 3 da série “*The surgeon's cut*”, na plataforma de streaming *Netflix*.

Dr. José Eduardo Moraes Rego Souza (1934 – 2022), o primeiro médico a fazer cateterismo no Brasil e criador do *stent*, se confunde com a história da cardiologia mundial. Formado em

medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 1958, fez especialização em cardiologia pediátrica pela Harvard Medical School e doutorado em cardiologia pela Universidade de São Paulo (USP). Na Cleveland Clinic presenciou a realização pioneira do cateterismo e, em 1966, o maranhense foi o responsável por importar a técnica e fazer o primeiro exame no Brasil. Em 1999 entrou novamente para a história da medicina ao criar o *stent*, um implante de aço inoxidável inserido no coração via cateter. Desde 2002, José Eduardo Sousa já colocou *stents* em 5 mil pacientes e, em 2012, lançou um livro em que relata todas as operações, com o acompanhamento de cada caso, um dos mais completos trabalhos sobre o método. Recebeu centenas de homenagens.

ANEXO

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiência emocional no cotidiano do cirurgião geral: um estudo fenomenológico

Pesquisador: GENI APARECIDA DE JESUS WOLF

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59698822.7.0000.5481

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.494.426

Apresentação do Projeto:

O presente estudo objetiva compreender as experiências emocionais decorrentes do exercício cotidiano e profissional de médicos de cirurgia geral, a partir do relato de suas vivências. A Cirurgia Geral integra diversos procedimentos cirúrgicos e não-cirúrgicos para tratamento de doenças benignas ou malignas, contempla as mais diversas especialidades e se desenvolve tanto por meio de práticas convencionais como por técnicas consideradas minimamente invasivas, como a cirurgia robótica. A Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina reconhecem a Cirurgia Geral como especialidade, habilitando e treinando o cirurgião geral para a realização de cirurgias mais comuns, além de laparoscopia e cirurgia do trauma. A rotina estressante, fruto de um trabalho extenuante e de bastante responsabilidade é inerente à profissão de cirurgião. O estudo justifica-se pela relevância da produção de conhecimento sobre os impactos psicológicos significativos nesses profissionais, que possam influenciar na saúde mental, qualidade de vida e em suas relações interpessoais. Constitui-se como pesquisa qualitativa e exploratória, inspirada no método fenomenológico. Os encontros dialógicos serão individuais, sendo iniciados por uma pergunta disparadora que convidará o participante a falar de suas vivências no exercício de seu trabalho. A pergunta norteadora será: Você poderia me contar sobre uma cirurgia que lhe foi emocionalmente marcante? Serão doze participantes previamente indicados por médicos contatados no departamento de cirurgia de um hospital geral universitário do interior do Estado de São Paulo. Serão incluídos participantes, sem distinção de gênero, que se dedicam parcial ou

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