

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

LAURA MARQUES CASTELHANO

**As emoções do médico na relação com o paciente: uma abordagem da
psicologia junguiana**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**SÃO PAULO
2015**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO PUC-SP
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

LAURA MARQUES CASTELHANO

**As emoções do médico na relação com o paciente: uma abordagem da
psicologia junguiana**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Líliliana Liviano Wahba.

**SÃO PAULO
2015**

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Liliana Liviano Wahba – Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a Profa. Dra. Líliliana Liviano Wahba, pela parceria, dedicação e pelo saber compartilhado. É difícil definir apenas em palavras a minha imensa gratidão.

Aos médicos que dedicaram seu tempo para esta pesquisa, nas entrevistas e testes.

Ao Prof. Dr. Mario Alfredo De Marco (in memoriam) pela inspiração. Sou grata pelos momentos de interação.

À Dra. Paula Perrone pelas discussões e apontamentos tão ricos que contribuíram para meu crescimento.

À Profa. Yara Pisanelli Gustavo de Castro pelo apoio na construção da análise dos dados estatísticos.

Aos professores do Núcleo de Estudos Junguianos que me apoiaram neste percurso.

Aos meus amigos que me incentivaram e estiveram presentes nesta jornada.

Agradecimento especial à minha família. Vocês são o meu alicerce.

À Capes pela bolsa de estudos concedida.

CASTELHANO, M.L. **As emoções do médico na relação com o paciente: uma abordagem da psicologia junguiana.** Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2015.

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi investigar as emoções do médico e a percepção do paciente que o afeta. Este estudo utilizou o método misto de pesquisa e avaliou na fase quantitativa, 30 (trinta) médicos com atuação em consultório. Para a fase qualitativa foram escolhidos 4 (quatro) médicos para a entrevista aprofundada em forma de Estudo de Caso. Os instrumentos utilizados para a análise foram: o questionário sociodemográfico, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o *International Affective Picture System* (IAPS) e a entrevista semiestruturada. Os resultados mostraram que 56,7% dos médicos apresentaram sintomas de estresse, índice dentro do esperado pelos parâmetros do teste e não houve relação entre as variáveis do sociodemográfico. Em relação à percepção emocional não houve diferença entre os resultados da amostra e a população geral, mas houve diferença na relação com as variáveis sociodemográficas: idade, tempo de formado, tempo médio de atendimento (consulta) e horas semanais dedicadas ao trabalho no consultório, concluindo-se que médicos mais velhos, com mais tempo de formado e que ficam mais tempo em consulta com o paciente, sentiram-se mais impactados diante dos estímulos emocionais do que os outros médicos; e os médicos que trabalham mais horas semanais no consultório perceberam os estímulos de forma menos prazerosa que os outros médicos. Esses dados foram confirmados pelos agrupamentos dos 4 (quatro) clusters. Efetuou-se a análise de caso segundo a abordagem da teoria junguiana com um representante de cada cluster a partir de categorias pré-estabelecidas relacionadas aos objetivos da pesquisa: índice e fatores atribuídos ao estresse; a percepção emocional; o papel da emoção na relação médico-paciente; as emoções despertadas pelos pacientes difícil e o que não desperta dificuldades e estratégias para lidar com as emoções. Os resultados revelaram que as emoções podem influenciar atitudes e percepções na atividade do médico. Observou-se um sofrimento por parte dos médicos decorrente de uma ferida emocional que não é reconhecida e que encontra pouco espaço para ser compreendida, passível de ocasionar projeções nos pacientes.

Palavras-chave: emoções do médico; percepção do paciente; relação médico-paciente; projeções; psicologia junguiana.

CASTELHANO, M.L. **The Doctor's Emotions in Relationship With the Patient: An Approach of Jungian Psychology.** Thesis (PhD in Clinical Psychology). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2015.

ABSTRACT

The purpose of the research was to investigate the emotions of the doctor and their perception of the patient that affects him. This study used a multimethod research and evaluated in quantitative phase, thirty (30) doctors serving in office. For the qualitative phase were chosen four (4) doctors for an in-depth interview as a Case Study. The instruments used for the analysis were: sociodemographic questionnaire, the Inventory of Stress Symptoms for Adults Lipp (ISSL) and the International Affective Picture System (IAPS) and a semi-structured interview. The results showed that 56.7% of doctors experienced symptoms of stress, which is an index within the expected parameters of the test and there was no relationship between the sociodemographic variables. In relation to emotional perception there was no difference between the sample results and the general population, but differences were found in the relation to sociodemographic variables: age, time since graduation, average handle time (consultation) and weekly hours devoted to work in the office, concluding that older doctors, with more time after graduation and more time in consultation with the patient, felt more impacted on the emotional stimuli than other doctors; and doctors who work more hours per week in the office perceived the stimuli in a less pleasant way than other doctors. These data were confirmed by groups of four (4) clusters. It was conducted by a case study following the approach of Jungian theory with a representative of each cluster from pre-set categories related to the research objectives, content and factors attributed to stress; emotional perception; the role of emotion in the doctor-patient relationship; the emotions aroused by difficult patient and not difficult patient and strategies for dealing with emotions. The results revealed that the emotions could influence attitudes and perceptions in the medical activity. There was a suffering from physicians due to an emotional wound that is not recognized and poorly understood, which can result in projections in patients.

Keywords: emotions of doctor; perception of the patient; doctor-patient relationship; projections; Jungian psychology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra por Sexo.....	67
Tabela 2: Distribuição da amostra por Faixa Etária.....	67
Tabela 3: Distribuição da amostra por tempo de formado.....	68
Tabela 4: Distribuição da amostra por Especialidades.....	68
Tabela 5: Distribuição da amostra por locais de trabalho.....	69
Tabela 6: Distribuição da amostra pelo número de pacientes/dia no consultório.....	70
Tabela 7: Distribuição da amostra para tempo médio de atendimento/consulta.....	71
Tabela 8: Distribuição da amostra para Índice de Stress (ISSL) e comparação com o parâmetro da população geral brasileira.....	72
Tabela 9: Distribuição da amostra para Fase do Stress (ISSL) e comparação com o parâmetro da população geral brasileira.....	72
Tabela 10: Comparação do Stress (ISSL) e Sexo.....	74
Tabela 11: Comparação do Stress (ISSL) e outras variáveis sociodemográficas.....	75
Tabela 12: Comparação da média da amostra do IAPS e parâmetros populacionais.....	76
Tabela 13: Correlação entre o IAPS e Sexo.....	77
Tabela 14: Correlação entre o IAPS e as variáveis sociodemográficas.....	77
Tabela 15: Tabela de análise de variância.....	80
Tabela 16: Comparação dos clusters com os parâmetros populacionais nas escalas Prazer e Alerta (IAPS).....	81
Tabela 17: Categorias de análise.....	87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra pelas horas semanais dedicadas ao Trabalho.....	69
Gráfico 2: Distribuição da amostra pelas horas semanais dedicadas ao trabalho no consultório.....	70
Gráfico 3: Distribuição da amostra para prevalência de sintomas do stress – ISSL.....	73
Gráfico 4: Nuvem de pontos - Agrupamento das variáveis do IAPS (CLUSTER).....	80

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

IAPS	<i>International Affective Picture System</i>
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
SAM	<i>Self-Assessment Manikin</i>
SPAD	<i>Systeme Portable Pour L'Analyse des Données</i>
SPSS 17	<i>Statistical Package for the Social Science</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2.3 QUESTÕES.....	17
3 ESTUDO DAS EMOÇÕES E A DINÂMICA EMOCIONAL	18
3.1 ESTUDO DAS EMOÇÕES.....	18
3.1.1 Emoção e cognição.....	18
3.1.1.1 A hipótese do marcador somático.....	21
3.1.2 Os afetos e as emoções básicas	22
3.1.3 Dimensões emocionais: valência (prazer), alerta e dominância.....	25
3.2 A DINÂMICA EMOCIONAL: AS EMOÇÕES E OS COMPLEXOS.....	27
3.2.1 Projeção, transferência e contratransferência.....	29
3.2.1.1 A contratransferência na relação medico-paciente.....	34
4 REVISÃO DE PESQUISAS SOBRE O TEMA	37
4.1 AS EMOÇÕES DOS MÉDICOS E A PRÁTICA MÉDICA.....	37
4.1.1 Estresse em médicos.....	41
4.2 AS EMOÇÕES DO MÉDICO E A PERCEPÇÃO DO PACIENTE.....	42
4.3 AS EMOÇÕES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	45
4.3.1 A interferência dos afetos/emoções na relação.....	46
4.4 A EMOÇÃO E OS PROCESSOS DE DECISÃO.....	48
4.4.1 A intuição médica na tomada de decisão.....	52
5 MÉTODO	56
5.1 PARTICIPANTES.....	56
5.2 INSTRUMENTOS.....	56
5.2.1 Questionário sociodemográfico.....	57
5.2.2 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).....	58
5.2.3 IAPS - <i>International Affective Picture System</i>	59
5.2.4 Entrevista semiestruturada.....	60
5.3 PROCEDIMENTOS.....	61
5.3.1 Local de coleta.....	61

5.3.2 Seleção dos participantes.....	61
5.3.3 Procedimento de coleta de dados.....	61
5.3.4 Procedimento de análise de dados.....	63
5.3.4.1 Análise quantitativa de dados.....	64
5.3.4.2 Análise qualitativa de dados.....	64
5.3.5 Procedimento ético.....	65
6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	66
6.1 ANÁLISE QUANTITATIVA.....	66
6.1.1 Resultados dos dados sociodemográficos.....	67
6.1.2 Resultados dos dados da Escala de Stress (ISSL).....	71
6.1.3 Resultado do ISSL e o sociodemográfico.....	74
6.1.4 Resultado dos dados do <i>International Affective Picture System</i> (IAPS).....	75
6.1.5 Resultado do IAPS e o sociodemográfico.....	76
6.1.6 Agrupamento do IAPS por cluster.....	79
6.2 ANÁLISE QUALITATIVA.....	82
6.2.1 Descrição qualitativa dos clusters.....	82
6.2.2 Análise das entrevistas em profundidade: estudos de caso.....	86
6.2.2.1 Caso 1: Daniel (participante 12).....	87
6.2.2.2 Caso 2: Alice (participante 2).....	93
6.2.2.3 Caso 3: Miguel (participante 4).....	98
6.2.2.4 Caso 4: Marcos (participante 13).....	103
7 DISCUSSÃO.....	109
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	118
ANEXO A.....	128
ANEXO B.....	129
ANEXO C.....	130
APÊNDICE.....	132

1 INTRODUÇÃO

Podemos agradecer às emoções por nossa humanidade compartilhada.
(HILLMAN, 1992, p. xi).

As emoções estão diretamente relacionadas com a dinâmica da psique, com as relações e com as percepções de mundo. Funcionam como guias, alertam para os perigos e possibilitam sensações, como o prazer.

Ao definir os afetos e as emoções e diferenciá-los dos sentimentos, Jung (1921/2009a, par.751) observou: “entendo o afeto¹, por um lado, como o estado psíquico de sentimento e, por outro, como estado fisiológico das inervações, tendo cada qual efeito cumulativo e recíproco sobre o outro”.

Emoção/afeto é algo que está ligado a um registro que provoca alterações no nosso corpo, perturba nosso pensamento e é de difícil controle, já que sua força é inconsciente. Sentimentos, por outro lado, dependem da nossa vontade, são um registro da razão e não apresentam manifestações físicas ou fisiológicas tangíveis.²

Núcleo do complexo, as emoções influenciam as vivências e as formas de ser dos indivíduos e têm um papel importante na dinâmica relacional, pois interferem nos mecanismos projetivos. Tais influências podem interferir na relação médico-paciente, principalmente nas atitudes, percepções e nos processos de julgamento e decisão.

O racionalismo e a tentativa constante da ‘eliminação’ das emoções ainda está presente no trabalho do médico. Jung foi um grande crítico do racionalismo exagerado; escrevia que, por conta dessa postura, o homem moderno padecia da falta da valorização do sentido e do significado.

[...] o barbarismo não consiste e jamais consistirá na pouca eficácia da razão ou da verdade, mas consiste em esperarmos delas esta eficácia ou em atribuímos à razão esta eficácia a partir de uma supervalorização supersticiosa da “verdade”. O barbarismo consiste na unilateralidade, na falta de medida e na errônea proporção em geral.
(JUNG, 1921/2009a, par.117).

Aprende-se desde cedo a colocar emoção e razão em posições opostas, e essa dualidade influencia a forma de pensar, de decidir e de fazer escolhas. Isso se dá quer seja

¹ Jung (1921/2009a) não distingue o termo emoção de afeto.

² Apesar de fazer essa distinção entre afeto/emoção e sentimento, Jung deixa claro que a transição de um para o outro tem contornos vagos. Não é simples determinar quando se trata de um ou de outro (JUNG, 1921/2009a, par. 751).

pelo intenso contato com o sofrimento humano, quer seja pelo intenso avanço tecnológico, e o trabalho do médico é bastante afetado por esse conflito.

Em *O Erro de Descartes*, Damásio (2006) desmitificou a ideia de uma ‘razão pura’, em que as emoções são vistas como ‘intrusas’ nos processos analíticos. Para o autor, a emoção participa dos processos de escolha e tomada de decisão e está presente tanto no momento em que se armazena uma informação, quanto na hora de selecionar as possíveis respostas. “A emoção auxilia no processo de manter à mente os vários fatos que precisam ser levados em consideração para chegarmos a uma decisão” (DAMÁSIO, 2006, p. 7). As emoções estão presentes no trabalho do médico de forma intensa, principalmente porque ele lida com expectativas que envolvem os maiores desejos e medos do homem: os de vida e os de morte.

Autores como Balint (1988), Groopman (2008), Croskerry (2002) e Mello Filho (2006) observam que médicos lidam constantemente com o desconforto causado pelo impacto das emoções em sua profissão e que eles tendem a negar ou defender-se dessas manifestações. De acordo com Groopman (2008), o médico deveria tornar-se consciente de que a emoção pode prejudicar a sua capacidade de escutar e de pensar. Desde o início da formação profissional, o médico aprende que as emoções e o sofrimento precisam ser negados; ao mesmo tempo em que precisa entrar em contato com questões dolorosas, ele aprende um caminho de evitação.

Marco (2009) e Ramos-Cerqueira e Lima (2002) consideram que, durante a formação do médico, ainda existe pouco espaço para compartilhar ou expressar afetos, tendo que escondê-los por receio de ser “acusado” de ser muito frágil, sensível, e, portanto, “não servir para ser médico”.

Nota-se que, muitas vezes, a famosa discussão que polariza a questão técnica e humana no discurso dos médicos trata desse receio: do resultado acarretado pelo alto nível de estresse vivido por número alarmante de médicos que entram em *burnout*, depressão e adições, chegando alguns até mesmo ao suicídio. Na atualidade, em decorrência de como a atuação médica se dá, esses profissionais vivem numa grande pressão e a qualquer momento podem perder o controle e ‘explodir’. E ‘explodem’. Numa revisão da literatura disponível sobre suicídio entre médicos, Meleiro (1998) alertou para o problema crescente no Brasil e no mundo. Várias razões são citadas para a elevada taxa de suicídio entre os médicos, dentre elas: médicos tendem a negar o estresse de natureza pessoal e o desconforto psicológico, acobertam inclinações suicidas e elaboram, mais frequentemente, esquemas defensivos, fechando-se para qualquer intervenção terapêutica.

Segundo Cole e Carlin (2009), as taxas de ansiedade, depressão e suicídio são maiores entre os médicos do que entre outros profissionais. Para os autores, nos EUA, cerca de 15% dos médicos serão prejudicados em algum momento de suas carreiras, o que significa que eles serão incapazes de cumprir as obrigações profissionais; em alguns casos, devido à doença mental, dependência de drogas ou ao alcoolismo.

A pressão constante e o estresse influenciam a prática médica e trazem consequências, não só na forma como o médico estrutura o seu trabalho, mas também na forma como ele interage com o paciente.

O trabalho do médico não é fácil. Ele precisa lidar com as diversidades organizacionais e com os recursos escassos, conciliar vários vínculos institucionais, administrar controles e demandas de relatórios, responsabilizar-se por laudos, além de ter que lidar com pressões, como a grande responsabilidade de salvar vidas, situações de trabalho em equipe, a cobrança excessiva e a busca pelo reconhecimento, que são inerentes a sua prática. É, no entanto, perigoso refugiar-se atrás de um discurso que sugere que médicos precisam evitar ou defender-se constantemente das emoções porque, caso contrário, não suportariam exercer a profissão. Controlar a emoção pode muitas vezes ser necessário, mas assumir essa atitude de forma constante negligencia aspectos que são importantes não somente para a saúde do médico e para o reconhecimento das emoções e do sofrimento do outro, mas também para a tomada de decisões.

Como em qualquer relação e ambiente, as pessoas estão constantemente lidando com o dito e o não dito. Fantasia-se, sente-se, intui-se, percebe-se, mesmo que muito pouco seja falado. Essa é uma grande riqueza humana. Comunicam-se emoções no tom de voz, nas palavras e nas interações.

Os médicos, inevitavelmente, possuem respostas emocionais em relação aos pacientes. Um médico pode desconhecer sua resposta emocional ou pode tentar suprimi-la, mas ela estará sempre presente na interação. Segundo Ofri (2014), a interação médico-paciente é essencialmente humana, e quando os seres humanos se conectam, as emoções tecem uma rede de interações. No caso da relação médico-paciente, cabe ao médico decidir como vai processar essas emoções.

As emoções dos médicos e a percepção que eles têm de seus pacientes recebem pouca atenção na medicina, apesar do avanço da psicologia no que se refere à transferência e à contratransferência. A medicina não se dedica a explorar esses fenômenos presentes nas relações e que têm um papel central na construção do que é “ser médico”.

Em certos processos da relação médico-paciente, a substância chamada médico produz efeitos indesejáveis e involuntários que provocam sofrimento desnecessário, irritação e esforços infrutíferos tanto do paciente quanto do próprio médico. (BALINT, 1988, p. 4).

As emoções funcionam como guias, como uma bússola moral, ética e decisória. É por meio delas que se pode compreender melhor o outro. “A base essencial da nossa personalidade é afetividade. Pensamento e ação são, como se fossem, apenas sintomas da afetividade” (JUNG, 1907/1986, par. 78).

Este estudo visa explorar o tema da prática médica e sua vinculação com o reconhecimento das emoções do médico e os impactos na relação com o paciente, com base nos fundamentos da psicologia analítica.

Justifica-se pelo fato de as emoções estarem presentes na interação com o paciente, influenciando o relacionamento e muito provavelmente a forma como o médico toma suas decisões e conduz um tratamento ou intervenção. Supõe-se que falhas nessa compreensão possam acarretar sérios problemas não só para o médico, em termos de saúde e insatisfação com a carreira, mas também para todo o sistema de saúde, afetando pacientes, familiares e instituições. Esse quadro evidencia-se pelo aumento de casos de médicos com queixas de estresse e desgaste emocional e de reclamações de pacientes contra médicos.

O desenvolvimento deste estudo segue a descrição abaixo.

Os objetivos gerais e específicos e as questões que nortearam a pesquisa são apresentados no Capítulo 2.

No Capítulo 3, são abordados os fundamentos teóricos que guiaram a pesquisa e as discussões dos resultados: os estudos das emoções, a relação emoção e cognição, as dimensões emocionais, a dinâmica emocional e os complexos, a projeção, transferência e contratransferência e a contratransferência na relação médico-paciente.

O Capítulo 4 apresenta a revisão das pesquisas sobre as emoções e a prática médica, o estresse médico, as emoções do médico e a percepção do paciente, a comunicação emocional na relação médico-paciente, a interferência dos afetos/emoções na relação e a influência das emoções na tomada de decisão.

No Capítulo 5, descreve-se o método misto e são apresentadas informações sobre a amostra, os instrumentos e os procedimentos.

A apresentação dos resultados da análise quantitativa e qualitativa está no Capítulo 6. Na análise quantitativa, são apresentados os resultados do sociodemográfico, da Escala de Stress (ISSL) e do *International Affective Picture System* (IAPS) e a relação entre eles. Na

análise qualitativa, são descritas as análises das entrevistas em profundidade, em forma de estudo de caso.

Na Discussão, apresentada no Capítulo 7, retoma-se a análise dos resultados, relacionando-os com a teoria e os fundamentos.

O Capítulo 8 sintetiza as principais contribuições deste estudo e propõe um caminho para novas pesquisas e discussões sobre o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as emoções do médico e a percepção do paciente que o afeta.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a percepção emocional do médico;
- Investigar a incidência de estresse no médico e os fatores que ele atribui ao estresse.
- Compreender as emoções relacionadas ao paciente que o médico considera difícil e aquelas relacionadas com o paciente que não desperta dificuldades;
- Compreender a influência das emoções na vivência profissional do médico.

2.3 QUESTÕES

Q1 De que modo o médico lida com as emoções?

Q2 Há um reconhecimento da interferência das emoções na prática clínica?

Q3 Qual é a influência das emoções nas atitudes do médico?

3 ESTUDO DAS EMOÇÕES E A DINÂMICA EMOCIONAL

3.1 ESTUDO DAS EMOÇÕES

A compreensão dos fenômenos afetivos e emocionais envolve, do ponto de vista conceitual, uma problemática, já que, por ora, não existe um consenso em relação à definição do que se entende por emoção. Tentativas vêm ocorrendo no campo da ciência que, ao privilegiar o aspecto dinâmico da emoção, aumenta o diálogo entre as várias visões e enriquece o desenvolvimento de teorias.

A proposta deste item é explorar os estudos sobre as emoções sob diferentes aspectos, ressaltando sua importância para a interação, tomada de decisão e compreensão do outro.

3.1.1 Emoção e cognição

Os estudos relacionados às emoções tiveram um marco importante com o debate protagonizado por Robert Zajonc e Richard Lazarus, acontecido na década de 80. Suas teses assentaram-se na defesa da primazia do aspecto afetivo, para Zajonc, e na supremacia do aspecto cognitivo, para Lazarus (CARDOSO, 2008).

Segundo Lazarus (1991), as emoções seriam geradas de um processo de avaliação cognitiva (*appraisal*). Já segundo Zajonc (1984), as emoções poderiam ser formadas sem qualquer interferência da consciência e existirem previamente e independente da cognição.

Desse conflito teórico, aparentemente insuperável, seguiram-se estudos que poderiam ser percebidos como de predomínio cognitivista. Mas o avanço e o desenvolvimento de estudos e pesquisas evidenciaram a dificuldade em separar a emoção e a cognição, que são vistas hoje, pela maioria dos teóricos, como processos associados e dependentes.

As pesquisas sobre as emoções convergiram para a definição de emoção como um fenômeno complexo que envolve diferentes subsistemas de funcionamento do organismo. Seriam componentes da emoção: a cognição (avaliação de objetos e eventos), a neurofisiologia (regulação do sistema físico), a expressão motora (comunicação da reação e intenção por meio da expressão facial e vocal), o componente motivacional (preparação e

direção de uma ação) e o sentimento subjetivo (monitoramento do estado interno e interação com o ambiente) (SCHERER, 2005).

De acordo com LeDoux (2001), apesar de a ciência cognitiva ter tratado as emoções com desatenção, os cientistas que se dedicaram a estudá-las em nenhum momento ignoraram a cognição. E foram eles, em grande parte, os responsáveis por colocar a emoção novamente no cenário de discussão dos processos cognitivos.

Intensificaram-se, nas últimas décadas, os estudos que mostram prevalecer a interdependência entre a emoção e a cognição, apesar de haver divergências no entendimento de como esses dois fenômenos interagem. De acordo com Cardoso (2008), foram as reflexões de Zajonc que constituíram um marco e um ponto de ancoragem capaz de incentivar uma sólida sustentação empírica para a defesa dessa interdependência.

Lazarus (1991), Frijda (1994) e Scherer (2005) consideram que uma emoção somente ocorre após um processo de avaliação, atribuindo à emoção um estado mental intencional. Para os autores, apenas mediante a interpretação dada pela pessoa é que as emoções podem gerar prazer ou desprazer.

Apesar de Lazarus (1991) considerar a avaliação consciente como necessária para suscitar uma emoção, o autor não nega a existência de avaliações inconscientes, apenas realça o papel da consciência na interpretação das reações emocionais. O autor propõe a ligação de cada emoção a um “tema relacional nuclear” (*core relational theme*) que, ao ser deflagrado, conecta experiências e repertórios emocionais. Por exemplo, a emoção raiva estaria ligada ao tema: ofensa humilhante à própria pessoa ou ansiedade de enfrentar uma situação de incerteza.

Segundo Scherer (2005), as emoções preparam e motivam ações, tendo importante influência no comportamento. O autor considera o sentimento um dos componentes da emoção que representa a resposta a uma experiência subjetiva disparada por um evento emocional.

LeDoux (2001) afirma que não há possibilidade de pensar emoção e cognição de forma separada, pois são compreendidas como funções mentais interativas, apesar de distintas. De acordo com o autor, as emoções muitas vezes são deflagradas sem uma participação intencional e fazem parte de um complexo sistema neurológico, desenvolvido para que o homem seja capaz de buscar prazer e alegria e evitar situações que possam causar tristeza ou sofrimento. O autor ressalta, no entanto, que para compreender o processo emocional não basta entender como os processos interagem; é preciso compreender o papel do sentimento, componente consciente e subjetivo da emoção.

O exame do tema emoção exige, segundo Damásio (2011), atenção aos impulsos e às motivações, à investigação dos variados mecanismos de autorregulação da vida que se encontram no cérebro e que funcionam automaticamente, e aos sentimentos, que são os responsáveis por reconhecer e perceber todo esse processo.

A emoção e o sentimento, embora façam parte de um ciclo fortemente coeso, são processos distinguíveis. Segundo Damásio (2006; 2011), apesar de não serem as emoções atos racionais, são elas que, por meio dos sentimentos, desencadeiam o processo cognitivo. Todas as emoções originam sentimentos no estado desperto e atento.

Emoções são programas de ações complexos e, em grande medida, automatizados; já os sentimentos são “as percepções compostas daquilo que ocorre em nosso corpo e na nossa mente quando uma emoção está em curso” (DAMÁSIO, 2011, p. 142).

Certos estilos de processamento mental são imediatamente implementados assim que ocorre uma emoção, explica Damásio (2011). Uma emoção negativa, como a tristeza, leva à evocação de pensamentos sobre fatos negativos; uma emoção positiva causa o oposto. A tristeza desacelera o raciocínio e pode levar a pessoa a ficar ruminando a situação que a desencadeou. Por outro lado, a alegria pode acelerar o raciocínio e reduzir a atenção para eventos não relacionados.

Os sentimentos emocionais seguem-se rapidamente à emoção e constituem a legítima, consequentemente e definitiva realização do processo emocional: a percepção composta de tudo o que ocorreu durante a emoção, as ações, as ideias, o modo como as ideias fluem, devagar ou depressa, ligadas a uma imagem ou rapidamente trocando uma por outra. (DAMÁSIO, 2011, p. 143).

Damásio (2006) assinala que a emoção é parte integrante do processo de raciocínio e pode auxiliar esse processo ao invés de perturbá-lo, como se pensava. O autor partiu da ideia de que os processos da emoção e do sentimento são indispensáveis para a racionalidade e, com isso, a emoção, que antes era considerada a grande vilã do pensamento racional e objetivo, já que era vista como uma interferência, passou a integrar um conjunto maior, fazendo parte de um sistema em que teria tanta importância quanto a razão.

As emoções e os sentimentos, juntamente com a oculta maquinaria fisiológica que lhes está subjacente, auxiliam-nos na assustadora tarefa de fazer previsões relativamente a um futuro incerto e planejar as nossas ações de acordo com essas previsões. (DAMÁSIO, 2006, p. 13).

3.1.1.1 A hipótese do marcador somático

Historicamente, como ressalta Tran (2004), as emoções eram vistas de forma negativa quando se tratava de sua influência sobre os comportamentos e a tomada de decisões, pressupondo-se que a tomada de decisão deveria ser uma atividade racional; portanto, qualquer interferência emocional deveria ser evitada.

Damáσιο (2006) observou em seus estudos que quando a emoção não está presente, como acontece em certas doenças neurológicas, a razão mostra-se mais falha do que quando a emoção é considerada na hora de decidir, já que os sistemas cerebrais que participam conjuntamente da emoção e da tomada de decisões estão, generalizadamente, envolvidos na gestão da cognição e do comportamento social. Ao invés de contrapor a emoção à razão, o autor vê a emoção como auxiliar da razão.

Seria apropriado dizer, segundo Damásio (2006), que a finalidade do raciocínio é a decisão, e a essência da decisão consiste em escolher uma opção de resposta. Ou seja, escolher uma ação não verbal ou uma palavra, uma frase, ou uma combinação dessas, entre as muitas possíveis no momento, perante uma dada situação.

A emoção pode influenciar uma tomada de decisão, porque ela estará presente no momento de selecionar as possíveis respostas, dando uma relevância maior a uma determinada premissa, mantendo na mente os vários fatos que precisam ser levados em consideração para chegar a uma decisão.

A hipótese do marcador somático de Damásio (2006, 2011) parte dessa premissa. Entende-se que as pessoas, antes de analisarem os resultados de uma decisão, já fizeram um processo de eliminação e opções de escolha influenciadas pelo processo emocional. Segundo o autor, o grau de emoção serve como um ‘marcador’ da importância relativa da imagem mental. O marcador somático não precisa ser uma emoção totalmente formada e nem vivenciada abertamente como um sentimento; pode ser um sinal despercebido, relacionado a uma emoção da qual o indivíduo não se dá conta, o que denomina de *predisposição*.

De acordo com Bechara, Damásio e Damásio (2000), a hipótese de marcador somático fornece um sistema para a tomada de decisão e mostra a influência da emoção sobre ela. A ideia principal dessa hipótese é a de que a tomada de decisão é um processo influenciado por sinais ou marcadores que ocorrem em processos biorregulatórios, incluindo aqueles expressos em emoções e sentimentos.

A função do marcador somático, segundo Damásio (2006), é fazer convergir a atenção para o resultado. Quando um marcador-somático negativo é justaposto a um determinado resultado futuro, a combinação funcionaria como uma campainha de alarme, em que o sinal automático protegeria uma pessoa de prejuízos futuros e permitiria depois escolher entre um número menor de alternativas. Quando, ao contrário, fosse justaposto um marcador-somático positivo, o resultado seria, ao invés de alarme, um incentivo.

É importante frisar que os marcadores baseiam-se no processo das emoções secundárias³, o que significa que as emoções e os sentimentos foram ligados (relacionados) pela aprendizagem a resultados futuros previstos de determinados cenários.

Os marcadores-somáticos são, portanto, adquiridos através da experiência, sob o controle de um sistema interno de preferências e sob a influência de um conjunto externo de circunstâncias que incluem não só entidades e fenômenos com os quais o organismo tem de interagir, mas também convenções sociais e regras éticas. (DAMÁSIO, 2006, p. 211).

A hipótese do marcador somático destaca o papel da emoção e da intuição no processo de decisão e evidencia a interdependência entre cognição e emoção.

3.1.2 Os afetos e as emoções básicas

A suposição generalizada que existe em algumas teorias sobre a emoção é que existe um conjunto de emoções e/ou afetos que podem ser considerados básicos ou fundamentais.

Tomkins (2008) dedicou seus últimos anos de vida à compreensão dos afetos, às organizações emocionais e aos papéis das emoções e destacou esses aspectos em sua obra mais importante: *Affect Imagery Consciousness*.

"Por que não há vírgulas no título?", nós lhe perguntamos. "Porque não há nenhuma maneira de separar os três conceitos interligados. Afeto produz atenção, que traz seu gatilho para a consciência, e o mundo que conhecemos é um sonho, uma série de imagens coloridas de nossa experiência de vida". (NATHANSON, 2008, p. XI).

O autor tinha uma pergunta: "o que traz, mantém e controla a atenção?", e uma vez que se está envolvido, "o que nos permite renunciar à atenção?". A resposta que obteve para seu questionamento foi: o afeto.

³ Para Damásio (2006) as emoções secundárias são as adquiridas, e as emoções primárias são inatas, pré-organizadas.

Segundo Nathanson (2008), Tomkins partiu do ponto de vista de que o afeto era uma descrição "biológica" da emoção e que fazia parte de um sistema básico e universal do ser humano. O sistema afetivo evoluíra como uma função normal do cérebro para reduzir a confusão da sobrecarga de estímulo, e sua importância estaria em direcionar a atenção para um estímulo.

A emoção seria o resultado da biografia afetiva do indivíduo, da experiência de vida e de seus relacionamentos, muitas vezes descrita como *script* por Tomkins (2008).

De acordo com Kelly (2009), Tomkins considerava os afetos inatos⁴ e os dividia em afetos positivos, negativos e neutros. Os afetos positivos seriam gratificantes, e os indivíduos estariam motivados a fazer coisas para obtê-los. Seriam eles: o prazer (alegria) e a excitação. Os afetos negativos seriam punitivos, e os indivíduos estariam motivados a fazer coisas para evitá-los. Seriam eles: o medo, a angústia, a raiva, o nojo, o *dissmell* (mau cheiro) e a vergonha. O afeto que considerou como neutro, pois não representava nenhum estímulo, e sim um passo anterior a outro afeto, seria a surpresa⁵.

Tomkins (2008), seguindo os passos de Darwin, observou que cada um dos nove afetos tinha um padrão distinto facial. Em suas pesquisas, Darwin analisou as expressões dentro de uma mesma espécie e entre espécies, e impressionou-se com a semelhança das expressões corporais (em especial as faciais) próprias das emoções entre povos de todo o mundo, independente das origens raciais ou da herança cultural (EKMAN, 2011; LEDOUX, 2001).

Na teoria dos afetos de Tomkins (2008), o pensamento humano nunca era imparcial, o sistema afetivo estaria sempre presente e motivaria todas as escolhas importantes de um indivíduo, conduzindo a uma organização para evitar afetos e emoções negativas e ampliar as possibilidades para vivenciar os afetos e as emoções positivas.

O trabalho de Tomkins influenciou uma série de estudos e pesquisas sobre as emoções e/ou os afetos. Dentre essa gama de pesquisadores que sofreram sua influência, encontramos Ekman (2011) e Izard (1991). O primeiro, considerado um dos grandes nomes da atualidade e referência para o estudo sobre as emoções.

Ekman (2011) de início considerava que as ideias de Tomkins e Darwin sobre a convicção de que as expressões emocionais eram inatas, portanto, universais, estavam erradas.

⁴ Aquilo que é inato é universal e comum a todos os seres humanos.

⁵ Sobre a surpresa, Izard (1991) a incluiu como uma das nove emoções fundamentais, mas mais tarde também concordaria com Tomkins, afirmando que surpresa não é uma emoção no mesmo sentido que as outras.

Porém, após inúmeros estudos, descobriu que eles tinham razão. Para o autor, as emoções básicas seriam: a tristeza, a raiva, a surpresa, o medo, o nojo, o desprezo e a alegria.

De acordo com Ekman (2011), no momento em que uma emoção é ativada, ela se apodera da pessoa nos primeiros milésimos de segundos, comandando o que essa pessoa faz, diz e pensa.

Quando estamos sob o domínio de uma emoção, uma sucessão de mudanças ocorre em uma fração de segundo – sem que escolhamos ou tenhamos consciência imediata –, nos sinais emocionais faciais e vocais; nas ações predefinidas; nas ações apreendidas; na atividade do sistema nervoso autônomo que regula nosso corpo; nos padrões reguladores que modificam continuamente nosso comportamento; na recuperação das memórias e expectativas relevantes e na interpretação do que está acontecendo dentro de nós e no mundo. (EKMAN, 2011, p. 81).

Um estado emocional motiva o comportamento e informa aos outros como a pessoa emocionada se sente. Segundo Ekman (2011), as emoções normalmente ocorrem quando se percebe, justificadamente ou por engano, que algo que pode afetar seriamente o bem-estar, para melhor ou pior, está acontecendo ou prestes a acontecer. Elas se desenvolvem e preparam as pessoas para lidar rapidamente com eventos essenciais de suas vidas.

Panksepp (1998) identifica sistemas neurais geradores de processos de ação-resposta que estão na base das expressões emocionais e que se relacionam com as quatro emoções que, segundo ele, são básicas: medo, expectativa, pânico e raiva. O autor utiliza a expressão ‘emoção básica’ para designar a circunstância em que certas funções cerebrais são geneticamente e hierarquicamente programadas, diferenciando-as das experiências obtidas pelo organismo ao longo de sua vida.

Ortony e Turner (1990) assinalam que, embora muitos autores acreditem que algumas emoções sejam básicas, não há um consenso em relação a quais e por que são básicas. Pode-se apontar para o fato de que quase todos os que consideram as emoções básicas incluem nesse grupo a raiva, a felicidade, a tristeza e o medo.

Apesar de Damásio (2011) considerar a tentativa de classificar as emoções pouco precisa, admite que existem emoções universais, presentes em todas as culturas. São elas: medo, raiva, tristeza, alegria, nojo e surpresa. Há outros dois grupos de emoções, que merecem atenção especial.

Um desses grupos é representado pelas emoções de fundo, expressas em sensações de bem-estar ou mal-estar, calma ou tensão, e podem ser desencadeadas por diversas circunstâncias de vida ou decorrer de estados internos, como a fadiga. O outro grupo é o das

emoções sociais, que seriam a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o desprezo, o ciúme, a inveja, o orgulho e a admiração.

O mesmo conjunto de sistemas no cérebro humano envolvido no processo de pensamento com uma ênfase no domínio pessoal e social é o mesmo conjunto de sistemas envolvido nas emoções e nos sentimentos. (DAMÁSIO, 2006, p. 96).

As emoções são desencadeadas em situações sociais e têm papéis importantes na vida dos grupos. Também são necessárias para dominar o conhecimento e a habilidade que norteiam o comportamento social. Por meio das emoções e dos sentimentos, é possível a projeção de um futuro incerto e a execução de um planejamento de ações, atitudes e comportamentos.

3.1.3 Dimensões emocionais: valência (prazer), alerta e dominância

A visão teórica que permite o estudo dimensional da emoção tem suas bases em Wundt (*apud* Cardoso, 2008), um dos pioneiros na procura sistematizada do sistema afetivo sob uma metodologia experimental. A dinâmica do sistema afetivo wundtiano corresponde a um espaço tridimensional representado pelas direções bipolares de variação, prazer-desprazer, tensão-relaxamento e ativação-desativação, fruto dos seus modos ou vias de expressão, quantificáveis em função da intensidade da sua manifestação.

Segundo Bradley e Lang (1994), o trabalho empírico tem confirmado repetidamente que as categorias teóricas de Wundt estão presentes na organização dos julgamentos humanos para uma vasta gama de perceptual e estímulos simbólicos.

Um recorte possível ao estudo das emoções pode ser representado por dimensões que não estão ligadas a um incidente isolado e estão presentes de forma constante no indivíduo. Tais dimensões, segundo Cardoso (2008), compõem o sistema afetivo, que compreende uma estrutura de significação, cuja funcionalidade se exprime pelas dimensões valência, alerta e dominância.

Segundo Lang, Bradley e Cuthbert (1997), a partir de uma visão relativamente simples que assume a emoção, podem-se definir valores em um número de diferentes dimensões estratégicas. As dimensões emocionais tornaram-se uma alternativa científica para a mensuração de respostas emocionais.

A emoção, de acordo com Pôrto, Bueno e Bertolucci (2008), pode ser medida utilizando induções de estímulos que provocam alterações fisiológicas, atitudes

comportamentais e relatos afetivos. Esses estímulos, de acordo com Lang, Bradley e Cuthbert (1997), podem ser verificados em um ambiente experimental, permitindo o controle sobre a exposição do recurso evocativo (exemplo: imagens), possibilitando a avaliação da influência dos aspectos emocionais na memória.

Estímulos servem como indutores de respostas afetivas, competindo aos sujeitos a tarefa de proceder a julgamentos acerca do grau de prazer ou de desprazer, de intensidade e grau de domínio que cada estímulo afetivamente sugere.

Apesar de os estudos de Wundt serem pioneiros, foi a partir das pesquisas realizadas por Osgood, Sauci e Tannebaum (1957) que se criou um método para a mensuração de respostas emocionais, conhecido como o diferencial semântico.

O método consiste em uma escala bipolar que quantifica a intensidade nas quais o fator de análise tem uma variedade de decisões verbais. (ex.: quente-frio). De acordo com Santos et al. (2009), os autores realizaram análises fatoriais em um grande número de descritores verbais emocionais associados a diversos tipos de estímulos (figuras, sons e palavras) e observaram que a variância nas avaliações poderia ser explicada por duas dimensões principais: a valência (prazer/desprazer) e o alerta (calma/estimulação).

Mehrabian e Russell (1977), utilizando outras escalas de diferencial semântico, chegaram a conclusões semelhantes às de Osgood, Sauci e Tannebaum (1957) e, com seus estudos, mostraram que as decisões humanas sobre uma variedade de amostras de estímulos podem ser caracterizadas em termos de dimensões: prazer, excitação e dominância.

Evidências recentes apoiam-se em uma abordagem tridimensional para avaliar com precisão a resposta emocional, como propuseram Mehrabian e Russell (1977). Os autores sugerem que as dimensões organizam a experiência semântica e afetiva e que são autônomas, pois funcionam de forma independente⁶.

A dimensão alerta se refere à intensidade ou ao grau, que varia de calma, relaxamento até a excitação (intensidade emocional), e está associada à ativação da amígdala na sua relação com o hipocampo (DOLCOS et al., 2006).

A dominância reflete o nível de controle da resposta emocional: a pessoa diante de um estímulo pode sentir-se no controle da situação ou totalmente submissa a ela (BRADLEY e LANG, 1994).

⁶ O *Self Assessment Manikin* (SAM), que será utilizado nesta tese, representa visualmente as três dimensões de Mehrabian e Russell (1977) e foi concebido como uma alternativa para o autorrelato não verbal.

A dimensão valência, conforme Lang (1995), refere-se a uma escala que varia do agradável ao desagradável ou do positivo ao negativo. Informações de valência positiva ativam o sistema denominado apetitivo, diferente das informações emocionais contendo valências de caráter negativo que são processadas diferentemente e que ativam o sistema aversivo.

De acordo com Watson e Clark (1994), o afeto positivo e o afeto negativo têm surgido de forma confiável como as dimensões dominantes da experiência emocional. O afeto positivo tem relação com o prazer, o entusiasmo e a energia; o afeto negativo está relacionado com o desprazer, a raiva, a culpa, o medo e o nervosismo.

As teorias sobre as emoções, hoje, principalmente com o avanço das neurociências, não mais separam a emoção da cognição, tornando-se cada vez mais evidente que estes são processos associados e dependentes. A emoção é um fenômeno complexo que inter-relaciona a cognição, a comunicação, a motivação humana e a subjetividade.

3.2 A DINÂMICA EMOCIONAL: AS EMOÇÕES E OS COMPLEXOS

A teoria junguiana destaca a influência dos aspectos emocionais na vida dos sujeitos. A importância dos afetos/emoções para a vida psíquica deve-se principalmente ao fato de que é uma de suas funções conectar os componentes da psique: sensações, ideias, memórias e julgamentos, concedendo a cada um deles uma “tonalidade afetiva” comum (JUNG, 1904/1994).

A emoção, segundo Hillman (1992), é um fenômeno complexo que integra múltiplos aspectos, dentre eles, a qualidade da experiência, a distribuição e intensidade de energia, o estímulo simbólico parte consciente e parte inconsciente e sua própria transformação, que tem valor de sobrevivência.

Jung (1954/2000) observou que o afeto vem revelar algo desconhecido, que pode ou não se apresentar à consciência. Esse desconhecido pode ser constituído de qualidades ainda não descobertas ou pode ainda manifestar possibilidades futuras de desenvolvimento, ou ainda vir acompanhado de uma explosão emocional que transforma radicalmente uma situação.

[...] uma vez que nos momentos de afeto mostram-se involuntariamente as verdades do outro lado, é aconselhável aproveitar esses momentos para que tal aspecto tenha a ocasião de expressar-se. Por isso o indivíduo deveria cultivar a arte de falar consigo mesmo numa situação de afeto e em seus marcos, como se o

próprio afeto falasse, sem levar em conta a crítica razoável. (JUNG, 1916/1991, par. 323).

Desde a realização do Teste de Associação de Palavras, Jung (1934/2009c) se surpreendia com o fato de que algumas palavras-estímulo afetavam seus pacientes e observou que o método era perturbado por um comportamento autônomo da psique. Aquilo que era registrado como "falha de reação" era o indicativo de alguma ocorrência na psique do sujeito.

A partir dessa observação, Jung (1934/2009c) concluiu que as emoções afetavam as respostas dos sujeitos e que a perturbação, que era emocional, tecia e organizava experiências. Não mais poderia se pensar em processos psíquicos isolados, tudo parecia estar ligado numa "trama" ou "rede". "Constelação" foi o termo que utilizou para explicar esse processo. A expressão 'está constelado' indica que o indivíduo adotou uma atitude preparatória e de expectativa, com base na qual reagirá de forma inteiramente definida. A constelação é um processo automático que ninguém pode deter por própria vontade.

Assim, ele chegou à formulação dos complexos que são compostos por núcleos carregados de afeto e, apesar da trama do complexo ser inconsciente, podemos observar suas manifestações na consciência. "Toda constelação de complexos implica um estado perturbado de consciência" (JUNG, 1934/2009c, par. 200).

Apesar dessa manifestação na consciência, existe uma característica importante do complexo: o ego não tem ação sobre ele. É algo que acontece em outra esfera. O que interessa aqui sobre o complexo e os conceitos de Jung é que as emoções/afetos tornam-se base para o desenvolvimento de nossa personalidade, tendo uma função organizadora da vida psíquica.

Segundo Ramos (2006), todo complexo tem um padrão específico de imagens e sensações sinestésicas, o que significa dizer que, quando há a evocação ou expressão de uma emoção, há uma alteração fisiológica.

Por possuir uma base afetiva, o complexo interfere na forma como os indivíduos percebem o mundo, comunicam-se com os outros e nas ações e atitudes.

Uma atitude, segundo Jung (1921/2009a), é uma disposição da psique para agir, é uma predisposição que tem presente uma constelação subjetiva do complexo e uma combinação de fatores ou conteúdos psíquicos que determinam a ação; tem sempre um ponto direcional que pode ser consciente ou inconsciente. Ele exemplifica: "quem profundamente experimenta o desprazer da vida terá uma atitude que sempre espera o desprazer" (JUNG, 1921/2009a, par. 769).

De acordo com Stein (2006, p. 103), “quanto mais tempo uma atitude persiste e quanto mais frequentemente ela for chamada a satisfazer as exigências do meio, mais habitual ela se torna”.

Atitudes habituais e exigências do meio direcionam a construção da persona do indivíduo. A persona tem uma função adaptativa e é em grande parte a necessidade de "parecer ser" para "pertencer"; é em grande parte social, pois são os outros, mais do que a própria pessoa, os responsáveis por sua formação (JUNG, 1916/1991).

Muitas das descobertas das neurociências hoje caminham para os achados que Jung fez em relação aos afetos e aos complexos. De acordo com Damásio (2011), parece existir um conjunto de sistemas no cérebro humano dedicados ao processo de pensamento que produzem imagens que ganharão mais ou menos destaque no fluxo mental conforme o valor que têm para o indivíduo. Segundo o autor, o grau de emoção serve como um "marcador" da importância relativa da imagem.

Damásio (2011) estuda as emoções como programas de ações complexos e em grande medida automatizados que têm efeito sobre o nosso corpo e sobre a nossa mente. Equipara-se a Jung (1921/2009a), que considera a emoção/afeto um estado caracterizado por inervações perceptíveis do corpo e por uma perturbação peculiar do curso das ideias. Os dois autores consideram os sentimento uma função valorativa da emoção.

A emoção é parte integrante do processo de raciocínio e influencia as decisões, interferindo em tudo, inclusive na comunicação com o mundo. Por meio das emoções e dos sentimentos, consegue-se projetar um futuro incerto e planejar ações.

3.2.1 Projeção, transferência e contratransferência

Vemos o que está fora de nós a partir das fantasias dos complexos, que alteram o valor dos objetos sobre os quais depositamos nossos conteúdos. [...] o complexo dirige nosso modo de viver, condicionando obstinadamente a versão que damos aos eventos, ao mundo, ao outro. (PERRONE, 2008, p. 110).

A projeção é um processo que está ligado à própria dinâmica da psique que conecta o mundo interior ao mundo exterior. É um processo inconsciente automático, por meio do qual um conteúdo inconsciente é transferido, fazendo com que esse conteúdo pareça pertencer ao objeto (JUNG, 1933/2012).

Pertencente à esfera das relações e dos laços sociais, a projeção está presente em todos os relacionamentos humanos, seu conteúdo geralmente é carregado de emoção e, por ser um processo automático e inconsciente, dificilmente é submetido ao controle da consciência.

Compreender as relações humanas do ponto de vista das projeções coloca-nos diante da interferência dos processos emocionais nos relacionamentos. Segundo Gambini (1988), é por isso que os complexos têm um papel importante na dinâmica relacional, pois a projeção pode interferir nos atos de cognição e percepção.

Von Franz (1997) ressalta que diante do fenômeno da projeção os indivíduos estão sujeitos a erros frequentes de julgamento, e a compreensão de seu funcionamento pode ser esclarecedora no que tange os desentendimentos entre pessoas e grupos.

Ao analisar-se a relação médico-paciente, tem-se um modo de relacionamento com características projetivas peculiares, que recebem o nome, na literatura, de transferência e contratransferência.

Freud (1905/1996) foi o primeiro a esquematizar o conceito de transferência. Desde seus primeiros estudos, já pressentia que existia algo na relação médico-paciente que era importante para o processo. No decorrer do tempo, ao ampliar a análise de seus casos, percebeu que as emoções e fantasias de seus pacientes, destinados a figuras parentais, eram transferidas para o analista.

Ponto crucial do trabalho analítico, a transferência era, para Freud (1905/1996), uma exigência indispensável para o tratamento e, segundo ele, impossível de evitar. “O tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras coisas ocultas na vida anímica” (FREUD, 1905/1996, p.112).

A análise do fenômeno da transferência em Freud (1905/1996; 1920/1985b) trazia dois pontos importantes. O primeiro, a constatação de que as experiências psíquicas de seus pacientes eram revividas no vínculo atual, no presente, com o médico (FREUD, 1905/1996). E o segundo, a observação de que os pacientes que não pudessem recordar a totalidade do que neles se achava reprimido, repetiam emoções e situações indesejadas (material reprimido), revivendo-as sob a pressão de uma compulsão, como se fosse uma experiência nova atuada na esfera da transferência na relação do paciente com o médico (FREUD, 1920/1985b).

Segundo Jacoby (1984), dois fatores sobre a transferência pareceram a Jung terem sido negligenciados na visão freudiana. Ao preocupar-se apenas com a causa da transferência, Freud teria negligenciado a sua finalidade. E, ao acreditar que a transferência era uma repetição de experiência reprimida na infância, levaria em conta apenas o inconsciente pessoal, desconsiderando os elementos arquetípicos do inconsciente coletivo.

A concepção junguiana de transferência e contratransferência, de acordo com Byington (1985), por ser afetada pela noção de arquétipo e inconsciente coletivo, enfatiza, além dos aspectos defensivos descritos na noção freudiana, os aspectos como o da criatividade na relação.

De acordo com Jung (1946/2011), a transferência é um fenômeno natural comum a todos os relacionamentos e já estaria presente antes mesmo do médico e paciente iniciarem a interação.

Ao considerar a psique como um fenômeno de ocorrência natural, Jung, segundo Hopcke (2011), removeu a transferência/contratransferência do âmbito da psicopatologia, e trouxe a inevitabilidade do fenômeno e sua utilidade.

A transferência cria uma ligação, uma espécie de relacionamento dinâmico entre o sujeito e o objeto, e a projeção de conteúdos emocionais sempre tem uma influência particular, já que as emoções são contagiosas (JUNG 1929/1985a, p. 318).

Para Jung (1917/1987), a transferência é necessária para que a energia psíquica se liberte e siga seu curso. Caso o paciente não reconheça a transferência ou médico não compreenda o fenômeno ou o entenda mal, aparecerão resistências que vão impossibilitar qualquer relação com o médico.

A discussão sobre a transferência, segundo Jung (1946/2011), dá a impressão de que o fenômeno pode ser resolvido com técnica ou habilidade do médico. Porém, a transferência pode ser comparada àqueles medicamentos que, para uns, são remédio e, para outros, veneno.

O termo "contratransferência" foi utilizado pela primeira vez por Freud (1910/1985a) para referir-se às reações do médico diante da transferência do paciente. Considerado um fenômeno da interação e, portanto, difícil de ser evitado, o médico, segundo Freud (1912/1987; 1915/1980), para uma boa prática, deveria estar ciente dos complexos, pois estes poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe dizia e na sua percepção analítica. Também deveria buscar a neutralidade em relação ao paciente e controlar a contratransferência, pois só assim seus conflitos não o impediriam de agir como um espelho para o material de seus pacientes.

Segundo Andrade e Herzog (2011), embora Freud tenha alertado para o perigo representado pelas respostas afetivas dos médicos em relação a seus pacientes, referindo-se em alguns momentos à necessidade de "frieza emocional" por parte do analista, essa posição não se sustenta. Ao mesmo tempo em que o autor compara o trabalho do analista ao do cirurgião, subentendendo que o analista deve neutralizar seus sentimentos, em outra

passagem, quando se refere à regra da atenção flutuante, depreende-se a possibilidade de o analista envolver-se afetivamente no trabalho psicanalítico.

Segundo Racker (1982), o conceito da atitude do cirurgião presta-se a mal-entendidos e pode induzir a uma repressão da contratransferência, e em especial a uma negação do desejo de compreender e de conduzir o paciente a uma maior visão interna e a um novo sentir. Para o autor, Freud aconselhou a atitude do cirurgião para proteger o analista e o paciente das desvantagens que trazem consigo a ambição de cura e a identificação sem reserva, mas atribuía muita importância à atitude ativa, lutadora e até calorosa.

Embora inexista consenso sobre o uso da contratransferência, segundo Samuels (1995; 2003) existem muitas correntes de teorização pós-freudiana e uma tendência definida na teorização disso pode ser observada.

Dentre os autores, encontramos o trabalho de Racker (1982) e Heimann (1950), importantes consolidadores e que serviram como base para diversos trabalhos que seguiram na busca pela compreensão da contratransferência. Eles coincidem na visão da contratransferência como um instrumento para compreensão dos processos inconscientes do paciente.

Apesar de inicialmente Racker (1982) ter tratado contratransferência como um perigo para o trabalho do analista/médico, posteriormente a enxergou também como um instrumento técnico de grande importância. Do ponto de vista conceitual, Racker (1982) compreendia a contratransferência como uma resposta emocional à transferência (real e/ou imaginária) do paciente, indicando o que sucede ao paciente na sua relação com ele (analista/médico).

A contratransferência, ao co-determinar a atitude do analista diante do paciente, co-determina os destinos da transferência. Portanto, a percepção da contratransferência não só indica o conflito central do paciente em suas relações de objeto transferenciais, mas também, acentua as reações de seus objetos internos dentro e fora dele e, em especial, as da imago colocadas no analista (RACKER, 1982).

Segundo Heimann (1950), a contratransferência é a resposta emocional do analista, mas é também um ponteiro significativo para o processo, na orientação para uma maior compreensão do paciente. Por isso, maior atenção deveria ser dada ao próprio funcionamento psíquico do analista. Para a autora, a contratransferência não é apenas uma parte essencial da relação, mas também ela é parte da personalidade do paciente.

De acordo com Samuels (1995), ao colocar o analista na relação e no tratamento, Jung via a contratransferência como um órgão de informação altamente importante sobre o paciente. Dois aspectos são importantes ao analisarmos a contratransferência em Jung

(1929/1985a; 1946/2011): o processo dialético e a transformação mútua, e como isso está relacionado com a interação médico-paciente.

A dialética na relação médico-paciente é ressaltada por Jung (1929/1985a) porque para ele, no encontro, dois sistemas psíquicos se inter-relacionam, e através do contato desses dois sistemas produzem-se novas sínteses. Não é somente a personalidade do paciente que ganha destaque no tratamento psíquico, mas também a personalidade do médico - o que vai além daquilo que o médico diz ou pensa, ainda que esses últimos não possam ser menosprezados.

A transformação, segundo Jung (1929/1985a), ocorre em decorrência da relação, já que o encontro de duas personalidades é como a mistura de duas substâncias químicas diferentes: no caso de haver uma reação, ambas se transformam. Ao utilizar a analogia com a alquimia, Jung (1946/2011), em "Psicologia da Transferência", consagra a ideia de que na relação terapêutica os participantes são afetados por emoções mutuamente: o médico participa do processo psíquico tanto quanto o paciente, e também o expõe aa influências transformadoras. Para Jung, “na medida em que o médico se fecha a essa influência, ele também perde sua influência sobre o paciente” (JUNG, 1935/1985b, par. 166).

Segundo Hall (1992), se o paciente pode distorcer a sua percepção do analista, o inverso também é verdadeiro. Tanto analista quanto analisando estão envolvidos na relação e ambos podem ser transformados por essa interação. A transferência ou a contratransferência é um campo transformador, sem necessidade de especificar quem, analisando ou analista, é o agente da transformação, pois é provável que ambos sejam.

O fato de o paciente transmitir ao médico um conteúdo ativado do inconsciente, também constela neste último o material inconsciente, correspondente, através da ação indutiva realmente exercida em maior ou menor grau pelas projeções. Médico e paciente encontram-se assim numa relação fundada na inconsciência mútua. (JUNG, 1946/2011, par. 364).

De acordo com Stein (1992), a contratransferência pode ser distinguida entre atitudes, reações e fases. A atitude de contratransferência é um conjunto de imagens, valores e padrões de raciocínio conscientes e inconscientes que atravessam longos períodos de tempo e está presente antes, durante e depois da análise. As reações de contratransferência são fugazes e temporárias e baseiam-se principalmente em complexos inconscientes. As fases são mais duradouras que as reações, mas estão contidas na estrutura geral da atitude da contratransferência, durando geralmente uma fase da própria análise.

Samuels (1995) observa que o que torna a comunicação da contratransferência possível são as imagens, até mesmo as que se referem às respostas corporais e de sentimentos.

A esse fenômeno constelado na análise através da relação, Samuels (1995) utilizou o nome *mundus imaginalis* (ou mundo imagético), que funciona como um fator de ligação entre o paciente e o analista, sendo possível compartilhar e pensar o fenômeno da contratransferência.

Sob a luz das recentes evidências nos campos da pesquisa cérebro-mente e de desenvolvimento infantil, Wiener (2009) observa que os comentários de Jung parecem bastante modernos, uma vez que ele intuiu que analistas provavelmente são afetados por seus pacientes. Segundo a autora, a contratransferência compreende todas as respostas conscientes e inconscientes do paciente, ou seja, o que quer que o analista pense e sinta é contratransferência.

3.2.1.1 A contratransferência na relação médico-paciente

Balint foi um dos grandes responsáveis por reaproximar alguns dos fenômenos existentes na análise e na clínica psicanalítica à medicina e fazer dessa aplicação um instrumento possível para qualquer médico.

A preocupação de Balint (1988) era discutir e propor solução para a problemática relação médico-paciente e, para isso, estendeu os conceitos utilizados por Freud, Ferenczi e Jung sobre transferência e contratransferência ao processo para qualquer relacionamento entre médico e paciente.

Transferência e contratransferência, segundo Balint (1988), estão em constante influência; por isso, o médico deve ser capacitado para reconhecer suas reações e seu modo de lidar com o paciente para compreender seu sentido dinâmico.

[...] o mais importante material de nosso método de ensino é o modo como o médico utiliza sua personalidade, suas convicções, seus conhecimentos, seus padrões habituais de reação, etc., fatores que pode ser sintetizados na expressão “contratransferência”. (BALINT, 1988, p. 265).

Segundo Balint (1988), o médico cria, consciente ou inconscientemente, uma atmosfera particular, devido a sua forma individual de "praticar" a medicina e pretende, com isso, que seus pacientes a aceitem. O médico induz o paciente a adotar as suas normas. Por outro lado, o médico responde à “oferta” do paciente, tendo a sua personalidade como fator quase que absoluto na escolha da resposta adequada. Balint (1988) chamou esse fenômeno de função apostólica, que são atitudes particulares do médico em relação a seus pacientes. De acordo com o autor, todo médico tem uma ideia sobre o modo como deve se comportar o

paciente quando está doente, e essa ideia influi praticamente em todos os detalhes do trabalho do médico com relação a seu paciente.

A relação médico-paciente, de acordo com Balint (1988), é sempre e invariavelmente o resultado de um compromisso entre as "ofertas" e exigências dos pacientes e as respostas do médico. Qualquer que seja a atitude do médico, ela influenciará permanentemente sua relação com o paciente. "A personalidade do médico e os interesses subjetivos podem exercer uma influencia decisiva naquilo que ele nota e registra a respeito de seus pacientes" (Balint, 1988, p. 47).

Os médicos, impulsionados por seu zelo apostólico, necessitam fazer todo o possível para criar em seus pacientes, e em si mesmos, a impressão de que são bons e úteis como médicos. Essa é uma imagem idealizada, pois todo médico tem seus temperamentos e idiossincrasias e nem sempre se mostram tão bondosos e compreensivos (BALINT, 1988).

A relação médico-paciente desenvolve-se de forma mais efetiva, segundo Balint (1988), quando os envolvidos na relação possuem um conhecimento do outro e de suas influências. A esse processo chamou de "companhia de investimento mútuo".

Por considerar os aspectos contratransferenciais importantes na relação com o paciente, Balint (1988) desenvolveu um método de grupo para que médicos pudessem relatar os casos de seus pacientes, principalmente aqueles que lhes apresentassem dificuldades. Os grupos Balint congregam de 8 a 12 médicos e têm como objetivo incentivar os médicos a valorizar suas habilidades interpessoais e aprender a compreender os seus limites, melhorar a percepção dos médicos e a compreensão da comunicação de seus pacientes e permitir aos médicos tomar conhecimento de pontos cegos em suas interações com os pacientes. Todo grupo possui um líder, que é treinado e coordena os trabalhos e seu desenvolvimento.

De acordo com Brandt (2009), o propósito nos grupos Balint é permitir ao médico chegar a mudanças em suas formas de lidar com o outro. A contratransferência manifestada perante o grupo propicia aos demais participantes a oportunidade de entrar em contato com os aspectos emocionais. No entanto, ao longo dos anos, os grupos têm sofrido uma grande mudança, pois existe grande dificuldade de atrair os médicos. Segundo Edgcombe (2010), os grupos que se mantêm precisaram adaptar-se ao trabalho do médico hoje.

Segundo Lichtenstein (2006), dada a necessidade de múltiplas tarefas e tomadas rápidas de decisões, a prática médica hoje requer um médico que use intuição e processos cognitivos automáticos, e a participação em grupos Balint ajuda os médicos a desenvolverem o autoconhecimento, para saberem quando usar uma forma mais deliberada de raciocínio, a fim de aumentar a precisão da tomada de decisão médica.

De acordo com Hughes e Kerr (2000), a pedra angular do tratamento na medicina é a aliança terapêutica, mas esta pode ser distorcida pelos desejos e expectativas do paciente e do médico. Portanto, a boa prática inclui uma atitude questionadora e um entendimento de que médicos e pacientes são afetados na relação.

O médico não está isento de sentir, emocionar-se e desenvolver afetos em relação a seu paciente. Muito pelo contrário, é condição de qualquer relacionamento que isso se estabeleça. A forma como o médico usa sua personalidade vai interferir no modo de relacionamento com seu paciente.

4 REVISÃO DE PESQUISAS SOBRE O TEMA

A revisão de pesquisas sobre o tema foi realizada nas seguintes fontes:

- ✓ Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), que possui as seguintes bases: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO- <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>;
- ✓ Banco de teses e dissertações das principais universidades - <http://bdt.d.ibict.br>;
- ✓ Portal de periódicos da Capes - <http://www.periodicos.capes.gov.br>;
- ✓ Conselho Regional de Medicina - <http://www.cremesp.org.br>;
- ✓ Revista internacional Medical Humanities - <http://mh.bmj.com>;
- ✓ Base internacional de artigos médicos PUB MED - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>;
- ✓ Journal Emotion - <http://www.apa.org/pubs/journals/emo/index.aspx>;
- ✓ International Association for Analytical Psychology - www.iaap.org;
- ✓ Journal of Analytical Psychology;
- ✓ Jung Journal – Culture & Psyche (The San Francisco Jung Institute Library Journal)
<http://ucpressjournals.com/journal.php?j=jung>
http://web.me.com/jung_journal/JUNG_JOURNAL/Jung_Journal_Home.html
- ✓ Revista Junguiana - http://sbpa-rj.org.br/site/?page_id=155.

As palavras-chave selecionadas para busca foram: emoções dos médicos; percepção do paciente; relação médico-paciente; projeções e psicologia junguiana.

4.1 AS EMOÇÕES DOS MÉDICOS E A PRÁTICA MÉDICA

A Medicina teve um impulso considerável nos últimos anos com a adoção do modelo biomédico que, de acordo com De Marco (2012), ainda separa a compreensão da fisiologia e da patologia do corpo das vivências e das emoções.

Tenta-se silenciar as emoções, mas elas afloram, inevitavelmente, em qualquer relação. O seu reconhecimento, em si e nos outros, e seu manejo apropriado contribuem para a construção de um campo emocional favorável para o desempenho da tarefa médica (DE MARCO, 2012).

Talvez seja este o grande paradoxo da profissão do médico. Ao lidar com o risco das pressões emocionais por contatos constantes com o sofrimento de seus pacientes, os médicos

muitas vezes reprimem suas emoções. Porém, o reconhecimento e a gestão emocional podem também auxiliar o bom desempenho como profissional.

O tema de quem é e o que é a pessoa do médico, no mundo onipotente, suscita muitas paixões, discussões e controvérsias. De uma imagem de demiurgo, onipotente, sacerdote e dotado de todos os poderes e qualidade, caiu o médico para uma posição de ser humano comum, dotado de falhas e incompletudes e, portanto, passível de erros e titubeações. (MELLO FILHO, 2006, p. 17).

O limite tênue no qual os médicos trabalham aponta para uma dinâmica profissional em que as emoções tornam-se o corpo de uma prática que evidenciará limites, defesas, apegos etc., e que começará a ser formada na educação do médico.

A escolha pela carreira médica é, muitas vezes, feita de forma precoce. Em pesquisa realizada pela equipe do Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GRAPAL), Millan e Arruda (2008) identificaram que 92% dos alunos escolheram a profissão médica na infância e na adolescência, e que foram necessárias duas ou mais tentativas para conseguir ingressar no curso de Medicina. Apenas 27% dos alunos foi aprovado na primeira tentativa para entrar na faculdade. Talvez aqueles que escolhem “ser médicos” não compreendam a trama emocional de exigências, sacrifícios, modelos e idealizações com as quais irão se deparar.

Os alunos, ao ingressarem na universidade, defrontam-se com os problemas relacionados à prática e precisam lidar com vários desafios, dentre eles, o sofrimento humano.

De acordo com Kovács (2003), em vários momentos da trajetória de sua formação, o estudante percebe-se surpreso com reações até então desconhecidas e, considerando a distância do mundo do treino e do mundo da prática, aquilo que menos se aprende é aquilo que mais será requisitado em seu dia a dia quando estiver diante do sofrimento do outro. Para o autor, a formação médica é um treinamento que objetiva retirar do aluno quaisquer resquícios de emoção diante do paciente.

O que autores como Mascia et al. (2009), Marco (2009) e Silva (2007) revelam em seus estudos é que, durante a formação do médico, o aluno passa a desenvolver comportamentos rígidos e estereotipados. Com poucos recursos para lidar com o sofrimento, ele transforma a exclusão das emoções, principalmente por conta dos mecanismos psicológicos de defesa, em uma técnica necessária para o bom desempenho do médico.

Esforços constantes têm sido empregados em algumas faculdades de Medicina para a implantação de métodos e técnicas que propiciem apoio e ajuda psicológica, mas os estudantes ainda são reticentes em participar desse tipo de iniciativa.

Ao desenvolver um método de intervenção psicológica em grupos para estimular a comunicação não verbal nos estudantes de Medicina e residentes, e para favorecer a relação com o paciente, Wahba (2001) concluiu que, apesar dos mecanismos de defesa psicológicos encontrados, em parte desenvolvidos durante a formação médica, houve indícios de mudança de atitude, ressaltando a importância da continuidade de tais métodos psicológicos na educação médica.

O papel profissional é revisto e/ou amadurecido quando se efetuam novas elaborações e conscientizações sobre a identidade profissional e sobre a maneira de se relacionar com colegas e pacientes. (WAHBA, 2001, p. 8).

Ramos-Cerqueira e Lima (2002) ressaltam que as reformas curriculares feitas nos últimos anos ainda são insuficientes para auxiliar os alunos a elaborarem a diversidade de embates afetivos com os quais precisarão lidar e alertam que o ensino médico que não refletir sobre o ser humano participará, de modo altamente prejudicial, nas deformações adaptativas do futuro profissional. Como alerta Groopman (2008), os médicos que não considerarem as emoções, deixarão de se preocupar com o paciente.

As primeiras reações dos médicos em relação aos seus pacientes, segundo Croskerry, Abbass e Wu (2010) são, muitas vezes, reações emocionais que ocorrem de forma automática e que influenciam, posteriormente, o processamento de informações, julgamento e tomada de decisão. De acordo com os autores, o estado emocional do médico pode ser influenciado por fatores que incluem as características e a interação com o paciente e as condições do ambiente.

Com o objetivo de determinar quais circunstâncias e comportamentos dos pacientes despertam maior reação emocional nos médicos, Smith e Zimny (1988) observaram que a maior reação emocional resultou de ameaças à integridade do médico ou à autoestima, e que essas respostas não esmoreciam com a experiência.

O médico não pode desconhecer os seus limites, suas possibilidades e seus sentimentos, inclusive aqueles dirigidos a seus pacientes. De acordo com Mello Filho (2006), a imaturidade emocional pode comprometer a habilidade do médico de cumprir seus deveres, e isso traz repercussões na relação médico-paciente e na prática médica.

De acordo Meier, Back e Morrison (2001), médicos têm respostas emocionais às necessidades do paciente, e isso reflete na forma como eles (os médicos) vão lidar com situações que poderão desencadear sentimentos de fracasso e frustração quando a doença do paciente progride. Para os autores, os médicos devem aumentar a autoconsciência, o que inclui identificar e trabalhar com as emoções que podem afetar o atendimento do paciente.

As emoções do médico, do paciente e as que resultam de suas interações são uma constante nos encontros clínicos. De acordo com Salgado (2008), o trabalho do médico deve prever que, no encontro, médicos e pacientes experimentem sensações gratificantes, mas também sensações de incômodo, ansiedade, frustração e outros sentimentos negativos de ambas as partes.

O momento da consulta é um momento de interação entre duas pessoas que transportam emoções, e o cuidado que o médico deve ter é o de não as potencializar. Seu grande desafio está no seu reconhecimento, na sua gestão, fazendo das emoções um instrumento útil para a prestação de cuidados.

Mas, como os médicos podem usar suas emoções e experiências pessoais em um melhor serviço prestado a seus pacientes? Foi a pergunta que Malterud e Hollnagel (2005) fizeram, baseados na constatação de que a confiança mútua estava baseada na presunção de que as informações relevantes e as emoções devem ser compartilhadas. Os autores exploraram os eventos clínicos durante os quais a vulnerabilidade e as emoções do médico apareceram durante o encontro com o paciente e foram percebidas de forma positiva por ele. Concluíram que a divulgação pessoal e emocional, sob certas condições, constitui um aspecto positivo da vulnerabilidade, que favorece o atendimento das necessidades do paciente. Cabe assinalar que nem sempre a vulnerabilidade é algo positivo na relação profissional, já que seria inadequado o médico expor sua fragilidade e abalar a confiança do paciente. Os papéis não podem ser invertidos.

Médicos podem abalar a relação de confiança quando não estão abertos a situações inesperadas. Greenfield et al. (2012) estudaram como os médicos reagem à busca de uma segunda opinião por seus pacientes. Os resultados mostraram que os médicos se sentem vulneráveis e preocupados com sua imagem e ficam, por vezes, decepcionados, ofendidos, envergonhados e ressentem-se de seus pacientes, podendo criar um conflito. Para os autores, médicos e pacientes podem se beneficiar da busca de uma segunda opinião, que pode fortalecer e ampliar a relação médico-paciente, em vez de enfraquecê-la.

A hipótese é que a temperatura emocional do médico desempenha um papel substancial na falha ou no sucesso do diagnóstico e do tratamento. Para cuidar do paciente, o médico precisa unir as competências técnicas e emocionais, reconhecer e gerir suas emoções e compreender que o seu estado emocional pode influenciar o diagnóstico e a decisão de tratamento.

4.1.1 Estresse em médicos

A saúde física e mental dos médicos tem se tornado uma grande preocupação nos últimos anos. Porém, apesar dos incentivos por parte da classe médica e das discussões sobre o tema, os resultados em relação aos programas de prevenção ainda são baixos.

De acordo com Lipp (2000), o estresse é uma reação do organismo a situações ameaçadoras, que exigem grandes mudanças e adaptações. Segundo a autora, o estresse possui uma fase positiva que, pela produção e ação da adrenalina, torna a pessoa mais atenta e motivada. Porém, quando a pessoa é mantida por períodos muito prolongados de tensão e novos estressores se acumulam, a produtividade cai dramaticamente, chegando a níveis em que há queda de resistência física e emocional, em que doenças graves podem ocorrer, tornando-se mais difícil trabalhar e concentrar-se.

Médicos que não estão bem, física e psicologicamente, podem fornecer cuidados abaixo do ideal.

De acordo com Croskerry, Abbass e Wu (2010), estresse e fadiga são conhecidos por produzirem intolerância, irritabilidade e outras alterações de humor que podem exercer uma influência no julgamento. As influências diretamente resultantes da interação com o paciente têm relação com os efeitos da contratransferência e com o fato de não saber reconhecer suas emoções. O humor clinicamente significativo, como ansiedade ou distúrbios emocionais, como transtornos depressivos, também são influências importantes.

Knesebeck et al. (2010) analisaram o estresse em 1.311 médicos de 489 hospitais na Alemanha e concluíram que esse grupo sofre mais estresse no trabalho do que outros grupos profissionais. Concluíram que vinte e dois por cento (22%) deles tinham alta "tensão no trabalho" e que cerca de um quinto deles pensaram em desistir da profissão pelo menos uma vez no último mês. Quarenta e quatro por cento (44%) deles consideraram que a qualidade do atendimento ao paciente era, às vezes ou muitas vezes, prejudicada por uma carga de trabalho excessiva.

Com o objetivo de investigar as causas do estresse psicológico em 448 clínicos gerais na Nova Zelândia, Dowell et al. (2002) observaram que a papelada excessiva, a burocracia, problemas na consulta, pressões de tempo e a necessidade de conciliar o trabalho com a vida familiar foram os fatores mais citados.

As pesquisas relacionadas abaixo utilizaram o mesmo inventário deste estudo, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).

Fraga (2004), ao investigar os médicos que trabalhavam em unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, concluiu que 72% dos médicos apresentaram estresse e 22% se encontravam em fase de quase-exaustão. Em 43% dos médicos considerados estressados, houve predomínio de sintomas psicológicos. Dentre os estressores possíveis, identificaram os problemas relacionados às demandas do trabalho e às características próprias do trabalho médico. Os sintomas psicológicos mais marcantes, apresentados pelos médicos com estresse foram: irritabilidade excessiva (82,6%), diminuição da libido (52,2%) e sensibilidade emotiva excessiva (52,2%).

Carvalho, L. (2007) analisou o índice de estresse em 20 médicos e os resultados mostraram que 45% apresentaram sintomas de estresse e todos estavam na fase de resistência. Predominaram os sintomas psicológicos. Os estressores mais apontados pelos médicos foram a necessidade de concentração intensa; o trabalho repetitivo; o horário e tempo de jornada; o fato de não tirarem dias de folga; e a falta de perspectivas para o desenvolvimento.

Ao investigarem o estresse em 58 médicos do Programa Saúde da Família do município de Maceió/AL, Soares et al. (2011) concluíram que 55,17% dos médicos apresentaram estresse e a maioria, 54%, estaria na fase de resistência.

Katsurayama et al. (2011) avaliaram 33 médicos dos hospitais universitários da cidade de Manaus, a maioria composta por cirurgiões e anestesiológicos, e apenas 12,3% apresentaram estresse.

A cronificação do estresse pode desencadear problemas sérios, como é o caso do *burnout*. Segundo Benevides-Pereira e Gonçalves, (2009) a síndrome de *burnout* é uma reação à tensão emocional crônica por ter que lidar excessivamente com pessoas, e é a maneira encontrada de enfrentar, mesmo que de forma inadequada, a cronificação do estresse ocupacional. Sobrevêm quando falham outras estratégias para lidar com o estresse.

4.2 AS EMOÇÕES DO MÉDICO E A PERCEPÇÃO DO PACIENTE

Um dos grandes problemas que o médico enfrenta é que, com o tempo de prática, ele pode vir a agir de forma automática, sem questionar-se. Nessa ação automática, os médicos podem não perceber que na base deste automatismo pode existir uma forte emoção em relação a um paciente.

As emoções, principalmente as negativas, podem embaçar o raciocínio do médico e provocar erros. Podem ser erros de representatividade, quando o raciocínio é guiado por um

protótipo e o médico deixa de considerar a possibilidade de contradizer esse modelo, atribuindo os sintomas à causa errada, ou erros de atribuição⁷, quando os pacientes se encaixam em um protótipo negativo (GROOPMAN, 2008).

Historicamente, a visão predominante na Medicina é a de que decisões clínicas devem ser objetivas e livres de comprometimento afetivo. Entretanto, segundo Croskerry, Abbass e Wu (2008), afetos estão presentes em quase todas as decisões tomadas e, por isso, o seu papel e a compreensão de seu funcionamento são de essencial importância na tomada da decisão clínica.

Erros processuais, muitas vezes, são facilmente identificáveis. O mesmo não acontece com os erros cognitivos ou emocionais, que são menos visíveis, e os que os cometem não parecem identificá-los ou perceber seus impactos.

A qualidade do cuidado que um paciente recebe depende da competência e da capacidade de comunicação do médico, do conhecimento técnico, mas também das atitudes e percepções que ele tem de seus pacientes.

Os pacientes irão provocar respostas afetivas em seus médicos, e essas poderão ser positivas, mas poderão também ser negativas. Podem levar os médicos a referirem-se a pacientes utilizando rótulos, como por exemplo, "questionadores", "difíceis" ou "*heartsink*".

A comunicação problemática entre médicos e pacientes, segundo Seaburn et al. (2005), é comum na atenção primária, diante de sintomas sem explicação médica. Essas dificuldades de comunicação, muitas vezes, levam a rotular pacientes como "difíceis".

De acordo com Balint (1988), médicos percebem os pacientes difíceis como aqueles que demandam mais do seu tempo, causam irritação, frustração e ansiedade por alguma conduta, principalmente aqueles que demonstram insatisfação com o cuidado e desconfiança.

Do ponto de vista da relação, o médico vê o paciente difícil como aquele que não é satisfeito com o atendimento, tem atitudes exigentes e manipuladoras (ELDER, RICER e TOBIAS, 2006 e HAHN et al., 1994) ou são rudes, agressivos e buscam ganho secundário (STEINMETZ e TABENKIN, 2001).

Algumas pesquisas mostram que os pacientes percebidos como difíceis podem impactar negativamente na decisão médica e nas emoções dos médicos. Segundo Smith (1995), as consultas com pacientes difíceis resultam em menor concentração na efetividade de

⁷ "Erro de atribuição" é um termo utilizado na psicologia social e consiste em um processo de interpretação no qual o julgamento e a inferência são tomados por um viés que fundamentalmente conduz a julgamentos negativos em relação ao comportamento dos outros (ROSS, AMABILE E STEINMETZ, 1977).

cuidados, desperdício de energia pelo médico, reclamações e manutenção dos problemas de saúde do paciente.

Kushnir et al. (2011), ao avaliarem como as emoções negativas podem prejudicar a qualidade dos cuidados ao paciente, concluíram que o humor negativo diminuiu o tempo de conversa com o paciente e aumentou a prescrição de medicamentos e encaminhamentos a especialistas.

De acordo com Teo, Du e Escobar (2013), o paciente é considerado difícil nem tanto por sua complexidade clínica, mas pelas repercussões na interação médico-paciente, pois ao expressarem insatisfação, podem desencadear no médico frustração, cansaço e esgotamento. Semelhante ao estudo de Garriga et al. (2003), que também observou que os sentimentos que os pacientes difíceis geram nos médicos são, predominantemente, irritabilidade e frustração.

Segundo Serour, Al Othman e Al Khalifah (2009), o médico deve compreender que, na relação com o paciente difícil, os "problemas" não cabem exclusivamente aos pacientes. Os médicos devem analisar o encontro para identificar as causas por trás deles. De acordo com Lorenzetti et al. (2013), encontros difíceis podem estar associados ao médico, ao paciente ou a ambos.

De Marco (2005) observou que não são primordialmente as características do paciente que produzem a condição de dificuldade para ajudar, mas algumas percepções e características dos médicos, apontando para a importância de uma atenção ao preparo dos profissionais.

Embora haja muitos artigos sobre gestão de pacientes "difíceis", Halpern (2007) observa a pouca atenção que tem sido dada ao desafio que o médico enfrenta durante conflitos com os pacientes, especialmente quando há sentimentos negativos em relação a eles. Para o autor, a prática da Medicina exige cada vez mais que médicos aprendam a gerir os seus próprios sentimentos de raiva e frustração e desenvolver a habilidade de identificar suas próprias reações emocionais.

Da mesma maneira que o médico deve gerir os impactos das emoções negativas na interação com o paciente, há também a gestão do impacto das emoções positivas.

Há poucas pesquisas realizadas para identificar o paciente que é visto como positivo pelo médico.

Gulbrandsen et al. (2012) identificaram que os médicos tiveram dificuldade para identificar o afeto positivo e a satisfação do paciente.

O paciente valorizado pelo médico, em pesquisa realizada por O’Riordana et al. (2008), possui como característica: ser simpático/agradável, desafiador, envolvido na relação, interessado e suscitar no médico emoções positivas pela sensação de reconhecimento.

De acordo com Isen (2001), o afeto positivo desempenha um papel regulador nos processos cognitivos, tem influência sobre o pensamento e facilita a criatividade, a flexibilidade e promove a generosidade. Segundo a autora, os médicos precisariam ver o paciente como um consumidor, preocupar-se com a sua satisfação e compreender que seu humor ou estado afetivo interfere na satisfação de seu paciente.

Em dois estudos realizados por Isen, Rosenzweig e Young (1991) e Estrada, Isen e Young (1997), os pesquisadores relataram que o afeto positivo intensificou a relação e o envolvimento do médico com o seu trabalho e com o paciente, tornando-os mais flexíveis, cuidadosos e mais motivados.

4.3 AS EMOÇÕES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Ser médico é lidar constantemente com o fato de que se está inserido em uma relação em que a personalidade constitui um fator determinante para o tratamento do paciente. Como Balint (1988) assinala, “o médico é um medicamento”, e não podemos nos privar do conhecimento de sua farmacologia.

Qualquer que seja a atitude adotada pelo médico, ela influirá permanentemente em sua relação com o paciente em questão [...] esse tipo de desenvolvimento reveste-se de grande importância emocional para o médico. (BALINT, 1988, p. 189).

De acordo com De Marco (2012), a percepção e o manejo das questões emocionais envolvidas na relação e na comunicação profissional-paciente podem equacionar grande parte dos conflitos que se instalam como decorrência do trabalho com pacientes que buscam se informar e participar mais ativamente dos cuidados com sua saúde.

Fernandes (1993) enfatiza que, inevitavelmente, existe afetividade na relação médico e paciente, uma vez que esta é uma característica inerente a um contato entre pessoas e que, por mais que os médicos procurem manter um distanciamento, os sentimentos como afeição, empatia, antipatia, aversão, medo, compaixão e erotismo estarão sempre presentes.

Roter et al. (2006) demonstram quão necessário é para o médico ater-se à comunicação verbal, mas também à comunicação não verbal, já que é principalmente por meio desta que o paciente perceberá as emoções e os fenômenos relacionados com os

humores e os sentimentos. A tese dos autores é que o relacionamento médico-paciente é um fenômeno no qual a comunicação de conhecimentos especializados e a emoção são centrais. Para os autores, médicos e pacientes, durante o encontro médico, trazem percepções de emoções de seus respectivos domínios de conhecimento e vivências. Esses processos são transportados e repercurtem nos cuidados e nos processos por meio da comunicação verbal e não verbal. Médicos e pacientes são influenciados por emoções que experimentaram no passado, emoções que eles sentem no presente na interação com o outro e emoções que antecipam no futuro.

Segundo Rossi-Barbosa (2010), o médico deve estar mais atento à mensagem que transmite ao paciente, principalmente com relação a sua postura, seus gestos e sua aparência, já que esses aspectos são percebidos pelo paciente e são determinantes na sensação de confiança. Para o autor, os pacientes preferem médicos com o perfil mais tradicional, com roupas brancas, cabelos aparados e sem acessórios. A maioria dos pacientes (69,2%) disse que não se consultaria com um médico de comportamento rude, mesmo sendo famoso e bem conceituado, e 92,3% disseram que um médico alegre e sorridente auxiliaria na recuperação.

Wahba (2001), ao discutir a falha da comunicação entre médicos e pacientes, grande gerador de conflito, constatou que o desencontro entre paciente e médico já existe antes mesmo do encontro clínico propriamente dito.

Em um encontro clínico, paciente e médico já construíram imagens e expectativas de uma interação que ainda não começou. Em uma comunicação, as percepções são variadas e sofrem não só influência da própria relação, mas da imagem (ou imaginário). A forma como o médico vê seu paciente e como o paciente vê o médico vai moldar essa relação.

4.3.1 A interferência dos afetos/emoções na relação

Ao analisarem consultas gravadas entre médicos e pacientes, Roter et al. (2006) observaram que a maioria dos pacientes captou a emotividade do médico e teve suas respostas determinadas pelo modo como o médico fazia uma pergunta e o modo como reagia as suas emoções.

Em um estudo com 29 médicos e 207 pacientes de dez ambulatórios, Street, Gordon e Haidet (2007) avaliaram se a comunicação dos médicos era influenciada pela participação do paciente na consulta. Médicos mais centrados no paciente percebiam-nos como mais satisfeitos e mais propensos a aderir ao tratamento. Esses médicos foram mais favoravelmente

percebidos pelos pacientes, que expressaram afetos positivos e envolvimento. Os médicos foram mais controversos com pacientes que eles perceberam como menos satisfeitos. Foi determinado, nesse estudo, que existem quatro fontes de influência no atendimento ao paciente: o estilo de comunicação do médico, as características dos pacientes, a concordância sociodemográfica médico-paciente e a comunicação do paciente. A forma como um médico percebia o paciente (simpático, inteligente, aderente) estava relacionada à forma como o médico tratava o paciente.

Caprara e Rodrigues (2004) avaliaram, durante três anos, a relação médico-paciente no Programa de Saúde da Família no Ceará, por meio da análise de 400 consultas e 20 médicos. A pesquisa mostrou que, no começo da consulta, quase todos os médicos tentavam estabelecer uma relação empática com o paciente, mas, no decorrer do encontro, uma série de problemas surgiam e 39,1% dos médicos não explicaram de forma clara e compreensiva o problema para seus pacientes; em 58% das consultas, os médicos não verificaram o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico e, na maioria das consultas (91,45%), os médicos não abordaram os medos e ansiedades dos pacientes, entre outros aspectos emocionais. Os autores observaram que, quando o médico demonstrou não estar aberto ao diálogo, não existia o favorecimento e o desenvolvimento da autonomia dos pacientes. A maioria das queixas e insatisfações dos pacientes esteve ligada à comunicação com o médico e não a sua competência clínica. O estudo enfatiza que existe na interação um componente afetivo que modifica a relação, o que não invalida a possibilidade de reclamação por incompetência.

Cox et al. (2007) avaliaram a precisão e o impacto das percepções de médicos e de seus pacientes sobre o desejo de envolvimento na decisão sobre o tratamento. As análises foram realizadas em 190 pares de paciente-médico. Um total de 479 pacientes participou da pesquisa: 39% desses pacientes queriam que seus médicos compartilhassem a decisão, 45% queriam que o médico fosse o principal (28%) ou o único (17%) decisor sobre seus cuidados, e 16% queriam ser o principal (14%) ou o único decisor (2%). Médicos avaliaram com precisão em 32% das consultas estudadas. A pesquisa mostrou que os pacientes não costumam atingir o seu nível preferido de envolvimento e que médicos fazem avaliações precisas das preferências sobre envolvimento na decisão em apenas um terço dos casos.

Croitor (2010) analisou a percepção de pacientes a respeito do comportamento comunicativo do médico. O estudo contou com 106 pacientes cadastrados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e com dez médicos auxiliares desse centro de atendimento. Uma das conclusões da pesquisa foi que os médicos perceberam seu comportamento comunicativo de uma forma mais positiva do que seus pacientes, e que a

atitude do médico em relação ao paciente guardava relação com a percepção dos pacientes sobre o comportamento comunicativo do médico. Na relação e na comunicação médico-paciente, a percepção do paciente foi especialmente influenciada pelas experiências pregressas de encontros com outros médicos.

Mast et al. (2008) testaram o impacto do estilo do médico “cuidador/atencioso” ou “dominante” sobre as percepções dos participantes. Estudantes universitários (167) fizeram o papel do paciente e interagiram com um médico gerado por computador virtual, que apresentou condições experimentais no estilo do médico. Médicos dominantes reduziram o engajamento do paciente no diálogo e produziram submissão, ao passo que médicos “cuidadores/atenciosos” aumentaram a emotividade do paciente. A pesquisa mostrou que o estilo de comunicação do médico afetou a percepção e o comportamento dos pacientes.

Não se trata aqui de avaliar se o aumento de emotividade do paciente no encontro clínico é ou não saudável, mas de perceber que médicos mais atenciosos tiveram como resposta um aumento da emotividade do paciente.

Street e Haidet (2011), ao compararem as percepções dos médicos sobre o estado de saúde de seus pacientes e a avaliação do próprio paciente, identificaram uma diferença significativa entre as percepções de ambos. Os autores ressaltam que os médicos muitas vezes têm uma má compreensão de seus pacientes e isso pode influenciar a sua comunicação e a tomada de decisão.

4.4 A EMOÇÃO E OS PROCESSOS DE DECISÃO

Há na literatura médica estudos sobre modelos de decisões médicas que fornecem explicações sobre como os médicos pensam, avaliam, julgam e tomam decisões que impactam diretamente no cuidado do paciente. As situações que envolvem a decisão médica são variadas, e a gama de informações e possibilidades torna muito difícil o entendimento de como funciona esse processo.

O desenvolvimento dos modelos de raciocínio médico foi influenciado por trabalhos na área da tomada de decisão que se desenvolveram fortemente em outras áreas, principalmente, para a resolução de problemas complexos.

Decidir é escolher, e isso supõe a identificação do problema, uma avaliação, a análise, com hipóteses e previsões de resultados, que são feitas através de uma estratégia de raciocínio, com base em dados, informações e conhecimento. Os médicos utilizam esses

passos ao fazer um diagnóstico, ao tomar uma decisão terapêutica e ao reconhecer e compreender o processo de uma doença.

A cognição médica baseia-se em como os processos cognitivos, tais como percepção, compreensão, tomada de decisão e resolução de problemas, desenvolvem-se na prática médica. Há muito tempo se discutem os modelos de raciocínio médico e, devido ao aumento de relatos sobre erros médicos, a necessidade de se compreender esse processo na prática clínica tem se intensificado.

Segundo Patel, Kaufman e Arocha (2002), há uma consciência crescente de que a forma como as decisões médicas são tomadas desencadeia, muitas vezes, resultados de qualidade inferior, levando a consequências adversas para o paciente.

De acordo com Groopman (2008), a maioria dos erros que os médicos cometem deve-se a falhas de raciocínio clínico e a armadilhas cognitivas causadas pelas suposições feitas logo no início da interação com o paciente, não mais se questionando sobre elas, mesmo quando as pistas indicam uma necessidade de reavaliação. Para o autor, todo médico comete erros de diagnóstico e de tratamento, mas esses erros poderiam ser reduzidos mediante a compreensão das estratégias de pensamento e suas influências.

O modelo mais utilizado nas estratégias de pensamento, e o mais estudado para a decisão clínica, é o método hipotético-dedutivo. Esse método possui uma sequência que se inicia com a geração de hipóteses de diagnóstico, logo no início do exame, e desencadeia todas as fases dos testes clínicos. Após a geração de hipóteses, o médico, por meio de uma avaliação, confirma ou elimina suas suposições e refina sua estratégia, utilizando a probabilidade como recurso antes de finalizar com a verificação, validando a hipótese inicial.

Na literatura médica, é comum encontrar fatores que médicos consideram importantes ao gerar hipóteses. Os mais citados são: a prevalência da doença, a heurística e a acuidade. A prevalência da doença é um mecanismo importante, mas não pode ser o único, já que isso leva a considerar uma gama de etiologias. A heurística possibilita que os médicos selecionem as hipóteses baseados em seu conhecimento, e a acuidade pode revelar dados importantes do paciente, se o médico tiver uma percepção apurada (GROOPMAN, 2008; PATEL, KAUFMAN e AROCHA, 2002; KOVACS e CROSKERRY, 1999).

Uma parte significativa do esforço cognitivo de um médico baseia-se no pensamento heurístico, o qual provê atalhos que selecionam de forma rápida uma solução ou um diagnóstico mais próximo do possível dentro do quadro apresentado. De acordo com Groopman (2008), esses atalhos cognitivos precisam ser utilizados na temperatura emocional

ideal, ou seja, o médico precisa estar consciente de qual heurística está utilizando e como suas emoções podem influenciá-la.

Para Patel, Arocha e Zhang (2004), o raciocínio, em um contexto médico, envolvendo uma população numerosa e um alto grau de incerteza, agravada com as restrições impostas pela disponibilidade de recursos, leva a uma maior utilização de estratégias heurísticas. A heurística impacta significativamente no processo de tomada de decisões. Segundo Patel, Kaufman e Arocha (2002), apesar de sua utilidade, é necessário ser cauteloso quanto ao seu uso. Essas decisões, muitas vezes, introduzem vieses, resultando em uma série de erros sistemáticos que conduzem a julgar de forma errada. Além disso, consideram variáveis que deveriam ser ignoradas e ignoram variáveis que são dignas de atenção.

Fixar-se em um diagnóstico leva o médico a utilizar aquilo que, nos modelos de decisão, é chamado de “ancoragem”. A ancoragem é utilizada quando uma pessoa não avalia múltiplas possibilidades, aferrando-se rapidamente a uma única, com a certeza de que está trabalhando com o diagnóstico correto. É importante considerar esse ponto, já que, segundo alguns autores, como Kovacs e Croskerry (1999), os erros cognitivos geralmente ocorrem na geração de hipóteses, e a heurística provavelmente contribui para esses erros, principalmente quando há uma “ancoragem” e falha na verificação.

De acordo com Croskerry (2002), a heurística é uma estratégia adaptada às limitações de tempo e de recursos, mas precisa ser utilizada com cautela, pois pode gerar, se o médico não tiver clareza da natureza dos sintomas, erros de diagnóstico.

Já que os médicos necessitam do recurso da heurística devido à incerteza que faz parte da prática médica, precisam reconhecer que são estratégias para lidar com o imprevisível e, por isso, contêm os riscos e as armadilhas pertinentes ao desconhecido e ao incerto. A forma como utilizam os modelos de tomada de decisão influenciam a sua forma de pensar e refletem no cuidado do paciente. Tornar-se consciente desse processo é necessário para que o médico possa corrigir erros de julgamento ou erros cognitivos que decorrem de inferências.

Sisson et al. (1991), ao examinarem os efeitos da experiência sobre a geração de hipóteses e a avaliação, analisaram como os especialistas de diferentes áreas e estudantes de medicina diferiam em termos de número, especificidade e amplitude de hipóteses diagnósticas geradas no início do processo avaliativo. Os autores argumentaram que essas hipóteses iniciais, embora modificadas por dados subsequentes, tiveram uma grande influência sobre o processo de diagnóstico final.

Os resultados mostraram que, em média, os estudantes de medicina geravam mais hipóteses do que os médicos e que as hipóteses dos médicos eram mais gerais se comparadas

às dos estudantes. Os autores perceberam que o fato de os médicos gerarem menos hipóteses específicas poderia refletir uma consciência aprendida ou uma evolução no raciocínio intuitivo. Para os autores, hipóteses específicas podem ser vistas como uma armadilha que reduz as opções disponíveis para levar a um diagnóstico correto, porque se baseiam em dados limitados e podem resultar numa forma de fechamento prematuro do diagnóstico.

A visão tradicional do raciocínio médico, que supõe que a inferência diagnóstica segue um processo hipotético-dedutivo de tirar conclusões por teste de hipóteses baseadas em evidências clínicas, tem sido desafiada a partir de vários pontos.

De acordo com Patel, Arocha e Zhang (2004), geralmente se concorda que existem duas formas básicas de raciocínio: o dedutivo, em que a conclusão evidencia ou reformula o que foi levantado pelas premissas; e o indutivo, em que a conclusão enuncia algo que supera a informação contida na premissa. No entanto, o raciocínio no "mundo real" não parece se encaixar perfeitamente em nenhum desses tipos básicos. Uma terceira forma de raciocínio, em que a dedução e a indução são misturadas, tem sido reconhecida e denominada de "abdução": consiste em um processo cíclico de geração de hipóteses e sua avaliação. Dentro desse quadro genérico, vários modelos de raciocínio diagnóstico podem ser construídos.

Há de se considerar que existe outro fator importante em modelos de decisão, o ambiente. Por exemplo, é característica do trabalho em um ambiente de atendimento emergencial a informação limitada e a multiplicidade de demandas e distrações que complicam a decisão clínica.

Kovacs e Croskerry (1999) analisaram os métodos comuns na tomada de decisão em um ambiente de emergência e concluíram que os médicos dessa área frequentemente usam o modelo hipotético-dedutivo de forma abreviada, como uma estratégia de tomada de decisão clínica. Esses profissionais baseiam-se fortemente na utilização de algoritmos clínicos, que têm como objetivo simplificar o processo de diagnóstico baseando-se em evidências, criando protocolos e sistemas.

Segundo Groopman (2008), o uso de algoritmos, um conjunto de regras e padrões que fornece uma sequência de passo a passo, não é uma prática somente da medicina em ambientes de emergência, já que os moldes hoje seguidos pela medicina impulsionam os médicos a utilizarem esse recurso. Para o autor, algoritmos podem ser úteis para o diagnóstico e o tratamento simples, mas são insuficientes quando os sintomas são vagos e enganadores, ou quando os resultados dos exames não são definitivos. Segundo ele, os algoritmos desestimulam os clínicos a pensar de forma independente e criativa e podem, ao invés de ampliar o raciocínio do médico, limitá-lo.

A medicina baseada em evidências tem como princípio pautar as decisões em dados estatisticamente comprovados e em pesquisas no momento de escolher um tratamento. Groopman (2008) nota que o risco desse modelo é o de levar o médico a escolher um tratamento passivo, baseado apenas em números: “as estatísticas não podem substituir o ser humano que está à sua frente, estatísticas dizem respeito à média, não a indivíduos” (GROOPMAN, 2008, p. 15).

De acordo com Stolper, Van Royen e Dinant (2010), os modelos de tomada de decisão médica baseiam-se em probabilidades para chegar ao melhor diagnóstico e às melhores decisões terapêuticas. Os modelos matemáticos incorporam dados lógicos à clínica e estão relacionados com o conceito de medicina baseada em evidências. De acordo com os autores, assume-se que esses modelos ajudam os médicos a evitar erros, mas nem sempre parecem garantir resultados eficazes.

Os tipos de raciocínio e as estratégias variam entre os médicos, especialmente em função do conhecimento e da dificuldade do problema. A busca por uma maneira única em que médicos diagnosticam problemas clínicos pode não ser uma meta razoável. É altamente provável que mais de um tipo de raciocínio seja realmente empregado.

Há que se considerar que, apesar de alguns estudos ainda ignorarem no processo de pensamento o par emoção, quando tomamos uma decisão avaliamos o valor das escolhas possíveis utilizando tanto processos cognitivos quanto emocionais.

4.4.1 A intuição médica na tomada de decisão

Embora haja pouca evidência de seu valor diagnóstico e prognóstico na prática diária, muitos médicos tomam decisões levando em conta também a intuição.

A intuição é um elemento importante, que pode sustentar as decisões clínicas tanto quanto a avaliação, a heurística e o julgamento. Entretanto, apesar de os processos intuitivos terem um determinado valor, há poucas pesquisas sobre o seu papel nos processos de decisão. Em parte, devido à própria característica da intuição, que atua no processo de pensamento de forma rápida e, por isso, de difícil aferição.

Ark, Brooks e Eva (2007) treinaram 48 estudantes novatos para identificar as características dos electrocardiogramas (ECG) e atribuir diagnósticos. Os participantes foram selecionados e instruídos a encontrar diagnósticos de forma sequencial e analítica, seguindo o modelo padrão. Outro grupo foi instruído a identificar cuidadosamente todas as

características, utilizando uma estratégia de raciocínio combinado. Uma maior precisão de diagnóstico foi feita após a aprendizagem contrastiva e instruções para usar uma estratégia combinada de raciocínio. Os resultados ressaltaram a importância de capacitar os estudantes para utilizar múltiplas estratégias de diagnóstico, incluindo abordagens não analíticas.

Médicos, de uma maneira geral, reconhecem que existem intuições surgidas, às vezes, durante uma consulta e que mostram que há algo de errado com o paciente, mas que estes não sabem explicar exatamente o que é. Segundo Stolper, Van Royen e Dinant (2010), uma vez que essas situações são características da prática médica, é notável que na Medicina essa função tenha sido pouco estudada entre os médicos e que não seja bem compreendida.

Em inglês, *gut feelings*⁸ é definido como os pensamentos que vêm à mente sem esforço aparente e que parecem desempenhar uma função no processo de diagnóstico dos médicos quando eles precisam lidar com a incerteza e a imprevisibilidade.

Segundo Stolper, Van Royen e Dinant (2010), o conhecimento científico não é um guia suficiente e, na tomada de decisão médica, o profissional precisa encontrar um equilíbrio entre a razão analítica e uma espécie de avaliação intuitiva. Para os autores, as intuições que fazem parte de uma avaliação intuitiva devem ser consideradas como uma faixa separada de raciocínio diagnóstico dos médicos que complementa as outras duas faixas, a analítica e a não analítica.

O papel da intuição no raciocínio diagnóstico do médico tem várias implicações importantes para a prática da saúde e para a educação médica. Isso significa que as intuições precisam ser levadas a sério, já que ao reconhecer, por exemplo, uma intuição, os médicos podem ser alertados para modificar um raciocínio.

Dinant, Knottnerus e Van Wersch (1992) acompanharam 362 pacientes que estavam sendo vistos por um médico de família por causa de um problema na taxa de sedimentação de eritrócitos. Os médicos registraram o diagnóstico mais provável e marcaram suas decisões em termos de "grave" e "não grave", e os valores esperados da taxa, antes e após o exame. Os autores concluíram que o julgamento clínico do médico, quando ele não suspeitava de patologia grave, foi bastante fiável, mostrando que, muitas vezes, o médico considera variáveis não analíticas e intuitivas no momento de fazer um diagnóstico.

Stolper (2010) relata que os clínicos gerais na Holanda usam frequentemente *niet-pluis* (NP), uma expressão bem típica, para indicar a incômoda sensação de que pode haver

⁸ *Gut feelings*, nesta pesquisa, é considerada semelhante à intuição.

algo de errado com um paciente, mesmo que ainda não se tenha estabelecido um diagnóstico claro. A palavra *pluis* (P) parece indicar a situação oposta, na qual um médico se sente seguro sobre como lidar com a reclamação de um paciente, mesmo sem ter um diagnóstico claro. Para o autor, os médicos normalmente preveem um determinado resultado em relação à saúde de seus pacientes, mesmo sem estar certos sobre o diagnóstico. O conceito NPP (*niet-pluis/pluis*) parece desempenhar um papel nesse processo de avaliação e está presente tanto em médicos experientes como inexperientes, porque está relacionado com as situações de incerteza diagnóstica.

Buntinx et al. (1991) avaliaram a primeira impressão que 25 médicos tiveram da queixa de dor torácica em termos de *pluis* (que mostra quando o médico se sente seguro sobre o diagnóstico e tratamento do paciente) ou *niet-pluis* (sensação de que pode haver algo de errado com o paciente) de 318 pacientes. A queixa de dor no peito ou sensação de aperto era nova nos pacientes, por isso não havia histórico anterior. A lista de queixas, sinais e sintomas foi verificada, juntamente com o diagnóstico inicial feito pelo médico imediatamente após o exame físico. O diagnóstico inicial foi comparado com um diagnóstico posterior ao exame. O médico fez um diagnóstico inicial correto em 82% dos pacientes.

Stolper, Van Royen e Dinant (2010) conduziram um estudo com médicos em outros países da Europa além da Holanda e constataram que esse tipo de intuição é familiar para a maioria dos médicos e caracteriza-se por dois tipos de sensação que foram mencionados pelos participantes: a sensação de alarme e a sensação de tranquilidade, corroborando os achados com os médicos holandeses.

Stolper et al. (2009a) descreveram como um grupo focal com 28 médicos mostrou e tornou mais clara a intuição na clínica geral em duas situações emocionais: quando o médico experimentava uma sensação de tranquilidade (quando o médico tinha certeza sobre o prognóstico e tratamento, embora eles nem sempre tivessem um diagnóstico claro em mente) e quando o médico experimentava uma sensação de alarme (quando o médico tinha a intuição de que algo estava errado, embora argumentos objetivos estivessem faltando). Os médicos relataram que muitas vezes perceberam a sensação de alarme como uma sensação física no abdômen ou no coração e consideraram que existia a intuição de que parecia haver algo de errado, mas que não tinham argumentos objetivos para explicar. Concluíram que os médicos dos grupos focais experimentaram sensações profundas como uma bússola em situações de incerteza e confiaram nesse guia para tomar a decisão. O objetivo do estudo confirmou-se nos resultados: embora haja pouca evidência do uso de sensações e intuição na clínica, os médicos utilizam esse recurso na tomada de decisão.

Os mesmos autores, Stolper et al. (2009b), repetiram o estudo com 27 médicos holandeses e belgas e acrescentaram que os dois tipos de emoções, “alerta” e “tranquilidade”, interferiam no processo de raciocínio do diagnóstico. A "sensação de alerta ou alarme", definida como uma sensação desconfortável, estimulou o médico a pesar hipóteses diagnósticas que poderiam envolver um resultado grave ou negativo. A "sensação de tranquilidade", definida como uma sensação de segurança sobre o problema do paciente, estimulou o médico a pesar hipóteses diagnósticas que envolvessem uma sequência de tratamento em que não havia dúvidas sobre o resultado, já que o resultado confirmaria o que era esperado pelo médico.

As pesquisas levantadas mostram que a emoção e a intuição estão presentes no processo de decisão, o que evidencia a interdependência entre cognição e emoção. Não existem julgamentos neutros ou isentos de intenção emocional. Sempre que há a participação de uma função cognitiva, há a participação da emoção. O encontro clínico é um momento em que médico e paciente ligam-se e interagem também por meio das emoções. Nessa interação, as fantasias e as projeções desempenham um papel importante, não só na comunicação, mas também no tratamento, com a tomada de decisão.

5 MÉTODO

A pesquisa utilizou o método misto, pois coletou, analisou e cruzou dados quantitativos e qualitativos, proporcionando uma visão do problema de pesquisa sob o enfoque de duas fontes de dados. O método misto é uma estratégia de investigação que pode ser encontrada na literatura principalmente com os nomes: multimodal, combinados e “quali-quantit”.

De acordo com Creswell (2010), a estratégia de métodos mistos é uma combinação de múltiplas abordagens à coleta de dados, que busca convergência entre os métodos qualitativos e quantitativos.

Os autores Creswell e Clark (2013) identificam seis tipos de pesquisa em métodos mistos, que diferem em termos de interação, prioridade e fusão dos resultados. Nesta pesquisa, utilizou-se o projeto convergente na fase de coleta, pois os dados quantitativos e qualitativos foram coletados de forma simultânea; e na análise o método sequencial explanatório, pois a análise de dados quantitativos orientaram a análise de dados qualitativos.

5.1 PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 30 (trinta) médicos homens e mulheres de diversas especialidades. Foram utilizados como critérios de inclusão que os médicos dedicassem parte (ou a totalidade) de seu tempo ao atendimento clínico/consultório; que tivessem, no mínimo, dois anos de experiência após a conclusão da residência médica; que atuassem em medicina convencional (clínica médica). Dos 30 médicos da amostra, 4 deles participaram do estudo de caso com entrevista.

5.2 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram divididos em dois grupos, por método de testagem:

- ✓ Para a avaliação quantitativa: o questionário sociodemográfico; o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), para avaliar a incidência do estresse; e o *International Affective Picture System* (IAPS), para avaliar a percepção emocional do médico.
- ✓ Para a avaliação qualitativa: entrevista semiestruturada, para avaliação das emoções do médico e da percepção do paciente.

A seguir, a descrição de cada um dos instrumentos.

5.2.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é composto por questões de identificação que têm por objetivo caracterizar a amostra.

Idade: _____

Sexo: F () M ()

Tempo de formado (há quanto tempo terminou o curso): _____

Especialidade: _____

Locais de trabalho (assinale com um X uma ou mais alternativas)

- Consultório ()
- Hospital público ()
- Hospital particular ()
- Universidade ()
- Outro: _____ ()
- Outro: _____ ()

Total de horas semanais dedicadas ao trabalho no:

- Consultório _____ h
- Hospital público _____ h
- Hospital particular _____ h
- Professor acadêmico _____ h
- Outro: _____ h
- Outro: _____ h

_____ (total de horas semanais)

Qual a média de pacientes que atende por dia: _____

Tempo médio de atendimento: ____

5.2.2 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

O inventário ISSL é um instrumento útil na identificação da sintomatologia que a pessoa apresenta, avaliando os sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente e a fase em que se encontra.

Lipp (2000) identifica quatro fases do estresse: a fase de alerta, a fase de resistência, a fase de quase-exaustão e a fase de exaustão:

- ✓ Fase de alerta – é a fase positiva do estresse. É caracterizada pela produção e ação de adrenalina, que torna a pessoa mais atenta, mais forte e mais motivada.
- ✓ Fase de resistência – se a fase de alerta é mantida por períodos muito prolongados ou se novos estressores se acumulam, o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia, entrando na fase de resistência, quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente, restabelecer o equilíbrio interior (chamado de homeostase) que foi quebrado na fase de alerta.
- ✓ Fase de quase-exaustão - quando a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a se quebrar. Ainda há momentos em que a pessoa consegue pensar lucidamente, tomar decisões e trabalhar, porém tudo isso é feito com esforço e esses momentos de funcionamento normal intercalam-se com momentos de total desconforto. Há muita ansiedade nesta fase. A pessoa experimenta uma gangorra emocional.
- ✓ Fase de exaustão - é a fase mais negativa do estresse, a patológica. É o momento em que um desequilíbrio interior muito grande ocorre. A pessoa entra em depressão, não consegue concentrar-se ou trabalhar. Suas decisões muitas vezes são impensadas. Doenças graves podem ocorrer.

Estruturalmente, o ISSL é composto por três quadros: o primeiro, com 15 itens ou sintomas de estresse típicos da fase de alerta, a fase inicial do estresse; o segundo quadro, com 15 sintomas descritivos das fases de resistência e quase-exaustão, as fases intermediárias do estresse; e o terceiro quadro, com 23 sintomas da fase de exaustão.

Aos participantes, é solicitado marcar os itens que descrevem os estados e as sensações vividas nas últimas 24 horas (no primeiro quadro), última semana (no segundo quadro) e último mês (no terceiro quadro).

Esse teste foi validado por Lipp (2000) e tem sido utilizado em dezenas de pesquisas e trabalhos clínicos na área do estresse. As normas atuais atendem aos requisitos determinados pelo Conselho Federal de Psicologia quanto à publicação de atualizações periódicas de testes psicológicos. A aquisição do teste é feita através da Casa do Psicólogo, que garante estrutura e apoio para aplicação e correção.

5.2.3 IAPS – *International Affective Picture System*

O *International Affective Picture System* (IAPS) é um instrumento composto por imagens afetivas que aborda diferentes eventos da vida que são capazes de induzir uma gama de estados emocionais. O instrumento possui um banco de dados normatizado com cerca de 700 fotografias divididas em três categorias: imagens agradáveis, desagradáveis e neutras.

As imagens são selecionadas de acordo com o objetivo do estudo e apresentadas aos participantes em situação controlada de experimento. Quando o estímulo é apresentado, os participantes são orientados a classificar as imagens de acordo com a sua percepção emocional.

As respostas emocionais aos estímulos são classificadas subjetivamente através do *Self-Assessment Manikin* (SAM), que é composto por três escalas, uma para cada dimensão estudada (prazer, alerta e dominância). Cada escala possui cinco bonecos que expressam as gradações emocionais, que variam de 1 a 9. Os participantes marcam um “X” sobre o item que mais se aproxima ao estado emocional induzido pela imagem. Apenas as duas primeiras escalas foram utilizadas neste estudo: Alerta e Prazer.

A escala Alerta mede a intensidade emocional que, por meio de uma gradação induzida pelo estímulo (figura), pode ir de tenso e impactado a calmo e relaxado. A escala Prazer mede a valência emocional que, ao induzir a emoção por meio do estímulo (figura), pode ir de prazer e satisfação (agradável/positiva) a desprazer e insatisfação (desagradável/negativa).

De acordo com Lasaitis et al. (2008), o SAM é um instrumento confiável e válido, porque as classificações de prazer e alerta estão altamente correlacionadas com as medidas de avaliação afetiva obtidas na Escala Semântica Diferencial, elaborada por Mehrabian e Russel.

A validação e normatização para população brasileira foi realizado por Ribeiro, Pompéia e Bueno (2004) e é utilizada em diversos estudos sobre as emoções. A utilização do IAPS foi autorizada pelos autores.

Para este estudo, foram selecionadas 36 imagens, que possuem como tema o relacionamento interpessoal e que foram divididas em: 12 imagens desagradáveis; 12 agradáveis e 12 neutras. A aplicação do IAPS foi feita com a apresentação dos estímulos/imagem ao participante, que registrou no bloco de respostas (SAM) a sua percepção emocional das imagens.

5.2.4 Entrevista semiestruturada

A entrevista foi elaborada exclusivamente para esta pesquisa e é composta por perguntas que têm como objetivo investigar as emoções dos médicos e a percepção que eles têm do paciente. Utilizaram-se como modelo para a construção das perguntas os estudos de De Marco (2005); Smith e Zimmy (1988); Serour, Al Othman e Al Khalifah (2009) e Smith (1995).

1. Descreva um paciente que tenha atendido considerado difícil.

1a Que características ele tem?

1b Por que ele seria “difícil”?

1c Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

1d Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

2. Da mesma forma que descreveu um paciente que considera difícil, descreva um paciente atendido que o senhor acredita não despertar dificuldades.

2a Que características ele tem?

2b Por que ele não desperta dificuldades?

2c Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

2d Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

3. Quando uma emoção forte é despertada no atendimento, costuma reconhecê-la? Como isso o afeta? Dê um exemplo.

4. Essas emoções podem vir a auxiliar no atendimento, ou somente interferir negativamente? Como?

5. Lembra-se de uma situação em sua clínica em que a emoção interferiu de alguma maneira no diagnóstico e/ou tratamento? Exemplifique.
6. O que constitui o estresse para o senhor? Quais os momentos em que vivencia forte estresse decorrente da profissão? Como lida com isso?
7. O senhor acha que percebe suas emoções? Em quais situações? Como lida com elas?
8. Acha importante reconhecer uma emoção em um paciente quando não é verbalizada? Por quê?
9. Acha importante que o médico reconheça suas emoções durante um atendimento? Por quê?

5.3 PROCEDIMENTOS

5.3.1 Local de coleta

A pesquisa foi realizada no local de trabalho do médico (consultório).

5.3.2 Seleção dos participantes

Os médicos foram convidados a participar da pesquisa, inicialmente, por meio de indicações de médicos conhecidos seguido do método “bola de neve” com indicações dos próprios entrevistados. Segundo Dewes (2013) esse método utiliza a rede de relacionamento dos participantes da amostra que indicam outros indivíduos para a participação no estudo.

A amostra quantitativa foi composta por 30 (trinta) médicos e dada a dificuldade de disponibilidade para um segundo encontro, selecionaram-se aleatoriamente alguns para a realização das entrevistas, que seriam posteriormente analisadas de acordo com a divisão em clusters. Caso não houvesse entrevista de participante pertencente a um dos clusters, o médico escolhido seria procurado novamente. Foi, no entanto, possível empregar para análise aprofundada em estudo de caso, 4 (quatro) entrevistas das realizadas previamente. O procedimento, portanto, foi misto, convergente para coleta e sequencial para análise.

5.3.3 Procedimento de coleta de dados

O procedimento de coleta em um método misto do tipo convergente envolve a coleta de dados quantitativos e a coleta de dados qualitativos de forma simultânea. Apesar dos dados serem coletados em uma única etapa, eles são independentes e têm igual importância. Analisa-se os dois conjuntos de dados separadamente e em um ponto de interface, funde-se os resultados dos dois conjuntos de dados para a interpretação (CRESWELL e CLARK, 2013).

Antes de iniciar a fase de pesquisa, foram realizados testes com dois médicos conhecidos para verificação dos instrumentos. Após essa etapa, os médicos participantes foram contatados e, após a explicação dos objetivos da pesquisa e aceite do médico, foi agendada uma data para aplicação dos instrumentos e início da coleta.

O encontro seguiu o seguinte procedimento: explicação do objetivo, informações sobre a pesquisa e sequência da aplicação; informação sobre a confidencialidade e a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento; assinatura do termo de consentimento, que foi entregue e lido com cada participante que, após aceite, assinou-o e devolveu-o ao pesquisador e aplicação dos instrumentos. O tempo total para a aplicação dessa avaliação foi em média de 20 minutos. Para os médicos que participaram também da entrevista, foram acrescentados mais 30 minutos. As respostas dadas pelo médico foram gravadas e depois transcritas para a análise.

Cada um dos instrumentos foi precedido de instrução sobre aplicação. A sequência utilizada na aplicação foi:

✓ **Questionário sociodemográfico**

Instruções: esse questionário tem como objetivo caracterizar a amostra do estudo. Por favor, preencha as informações solicitadas.

✓ ***International Affective Picture System (IAPS) e Self-Assessment Manikin (SAM)***

Instruções: a seguir, você olhará para diferentes figuras e deverá classificá-las de acordo com o que você sentiu enquanto as via. Não existem respostas certas ou erradas, então, responda o mais honestamente possível. Para classificar cada figura, deverá utilizar a folha de respostas. Observe que cada linha contém 2 conjuntos de 5 desenhos cada, arranjados em uma sequência. A primeira sequência de bonecos vai de agradável até o desagradável. A figura lhe parece agradável ou desagradável? A figura causa-lhe prazer e o deixa satisfeito, alegre, feliz ou causa-lhe desprazer e o deixa infeliz, irritado e insatisfeito? Situe dentro da escala o que mais se aproxima de seu sentimento. Você pode representar níveis intermediários, colocando um "X" entre as figuras. Se você sentiu-se completamente neutro, coloque um "X" sobre a

figura no meio. A segunda sequência de bonecos vai desde alerta até relaxado. Você sente-se alerta ou relaxado diante da figura que acabou de ver? A figura parece deixá-lo em alerta, estimulado, ou deixa-o relaxado, calmo, tranquilo? Situe dentro da escala o que mais se aproxima de seu sentimento. Você pode representar níveis intermediários, colocando um "X" entre as figuras. Se você sentiu-se completamente neutro, coloque um "X" sobre a figura no meio. Cada figura aparecerá por 4 segundos e você terá 10 segundos para responder. Faça a classificação após a figura ter sido removida da tela. Você deve ter sempre a certeza de que o número da fotografia corresponde ao número de página de classificação.

✓ **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**

Instruções: o inventário de Stress visa identificar a presença de sintomas de estresse, os tipos de sintomas existentes, somáticos ou psicológicos, e a fase em que se apresentam. Dividido em 3 quadros, no primeiro você deve assinalar com F1 ou P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas; no segundo quadro, você deve assinalar com F2 ou P2 os sintomas que tem experimentado na última semana; e no quadro 3, deve assinalar com F3 ou P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

Para os médicos escolhidos para participarem da análise qualitativa acrescentou-se a entrevista:

✓ **Entrevista semiestruturada**

Instruções: farei algumas perguntas relacionadas à forma como percebe algumas situações em seu dia-a-dia e que têm como objetivo investigar as suas emoções e a percepção do paciente.

5.3.4 Procedimento de análise de dados

O processo de análise foi realizado em duas fases. Na fase 1, utilizou-se a abordagem quantitativa, com a análise estatística e quantificação dos dados; essa etapa incluiu os 30 médicos participantes da amostra. A fase 2 utilizou a avaliação qualitativa, que permitiu a interpretação e análise em profundidade, por meio do estudo de caso com 4 (quatro) médicos escolhidos. Cada médico recebeu um número a partir do qual foi identificado na pesquisa e a

análise de dados baseou-se nessa identificação. Nos estudos de caso os médicos foram identificados por nomes fictícios.

5.3.4.1 Análise quantitativa de dados

Para a análise quantitativa dos instrumentos aplicados, foram utilizados testes estatísticos e os programas *SPSS.17 (Statistical Package for the Social Science)* e *SPAD (Système Portable Pour L'Analyse des Données)* para tratamento dos dados.

O *SPSS.17* é um programa de tratamento estatístico que descreve a amostra calculando suas medidas descritivas e realiza testes que relacionam as variáveis. O programa foi utilizado para a realização dos seguintes testes: teste de uma média; teste de duas médias para amostras independentes; análise de variância; e Correlação de Pearson. O *SPAD* é um software de análise estatística e foi utilizado para a comparação de médias para amostras independentes, Análise de Variância e Classificação Hierárquica para Construção de Cluster, que serviu como base na escolha dos participantes da fase qualitativa deste estudo.

A análise quantitativa seguiu a sequência: análise do sociodemográfico; análise do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL) e comparação do índice de estresse da amostra com o parâmetro populacional do ISSL; comparação do sociodemográfico com o resultado do ISSL; análise do *Internacional Affective Picture System (IAPS)* de acordo com as especificações a padronizações do teste, para as duas escalas, Alerta e Prazer; comparação do sociodemográfico com o IAPS; construção de agrupamentos das variáveis do IAPS em clusters; comparação dos clusters com os parâmetros populacionais do IAPS; comparação dos clusters com o sociodemográfico.

5.3.4.2 Análise qualitativa de dados

A partir da análise de agrupamento e da criação dos clusters, foram criados quatro clusters que agruparam indivíduos por similaridades em relação à pontuação no IAPS. Foi escolhido um participante por cluster para a análise de estudos de caso, somando 4 (quatro) médicos.

A análise dos casos foi realizada utilizando categorias pré-estabelecidas, relacionadas com os objetivos da pesquisa: índice e fatores atribuídos ao estresse; a percepção emocional;

o papel da emoção na relação médico-paciente; as emoções despertadas pelos pacientes e estratégias para lidar com as emoções.

5.3.5 Procedimento ético

A pesquisa foi realizada de acordo com os requerimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pelo Regimento dos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC-SP. Constam em anexo o Termo de Compromisso do Pesquisador (Anexo A), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) e o Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética aprovado (Anexo C).

6. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram analisados por meio do método misto, pois se utilizou tanto o método quantitativo, para análise dos instrumentos aplicados, como o método qualitativo, na análise de estudo de caso múltiplo.

O tratamento estatístico dos dados quantitativos foi realizado utilizando o programa SPSS.17 (*Statistical Package for the Social Science*). Esse trabalho consistiu no cálculo de medidas descritivas da amostra adequadas ao nível de mensuração das variáveis envolvidas (média, desvio padrão, correlação de Pearson). Por outro lado, foram aplicados testes estatísticos para um nível de significância de 0,05. O critério para a aplicação desses testes também foi o de compatibilização com os tipos de variáveis. Foram utilizados testes de comparação de médias para amostras independentes, Análise de Variância e Classificação Hierárquica para construção de clusters. Esse último tratamento foi realizado utilizando o programa SPAD (*Systeme Portable Pour L'Analyse des Données*). Para esta fase, contou-se com o apoio da estatística Yara Pisanelli Gustavo de Castro.

A fase qualitativa foi construída por meio da análise das entrevistas em profundidade com os 4 casos escolhidos dos 8 que foram entrevistados. Essa escolha foi realizada a partir dos resultados da análise de clusters, que agrupou os médicos com características semelhantes em relação à pontuação no IAPS nas escalas Alerta e Prazer. Foi escolhido um representante de cada cluster para o estudo de caso.

A construção da análise dos resultados seguiu a seguinte sequência:

Dados quantitativos: apresentação dos dados sociodemográficos com a caracterização da amostra; o resultado do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL); a comparação dos resultados do ISSL com o sociodemográfico; os resultados do *International Affective Picture System* (IAPS); a comparação dos resultados do IAPS com o sociodemográfico; e a construção de agrupamentos do IAPS por cluster.

Dados qualitativos: descrição qualitativa dos 4 clusters; análise das entrevistas dos 4 participantes em forma de Estudo de Caso.

6.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

6.1.1 Resultados dos dados sociodemográficos

Com o objetivo de descrever a amostra, que foi constituída por 30 (trinta) médicos, de diversas especialidades, que dedicam uma parte, ou a totalidade, do seu tempo ao atendimento no consultório, seguem as distribuições de cada uma das variáveis deste estudo e suas caracterizações.

Nas tabelas abaixo, com a finalidade de caracterizar a amostra, estão apresentadas as distribuições por: sexo (tabela 1), faixa etária (tabela 2), tempo de formado (tabela 3), especialidade (tabela 4), locais de trabalho (tabela 5), horas semanais dedicadas ao trabalho (gráfico 1), horas semanais dedicadas ao trabalho no consultório (gráfico 2), número de pacientes/dia no consultório (tabela 6) e tempo médio de atendimento/consulta no consultório (tabela 7).

Tabela 1: Distribuição da amostra por Sexo

Sexo	N
Masculino	17
Feminino	13
Total	30

Fonte: próprio autor

Dos 30 médicos que participaram da pesquisa, 17 (dezessete) são do sexo masculino e 13 (treze) do sexo feminino.

Tabela 2: Distribuição da amostra por Faixa Etária

Faixas etárias	N
20 a 34 anos	10
35 a 48 anos	7
49 a 59 anos	7
Acima de 60 anos	6
Total	30
Média	44,6
Desvio-padrão	13,0

Fonte: próprio autor

Em relação à faixa etária, 10 (dez) médicos encontram-se na faixa de 20 a 34 anos, 7 (sete) de 35 a 48 anos, 7 (sete) de 49 a 59 anos e 6 (seis) acima de 60 anos. A média de idade é de 44,6 anos.

Tabela 3: Distribuição da amostra por tempo de formado

Tempo de formado	N
05 a 10 anos	12
11 a 23 anos	6
24 a 32 anos	6
33 a 46 anos	6
Total	30
Média	19,4
Desvio-padrão	12,3

Fonte: próprio autor

Na amostra, 12 (doze) médicos têm de 5 a 10 anos de formado, 6 (seis) médicos de 11 a 23 anos, 6 (seis) de 24 a 32 anos e 6 (seis) médicos de 33 a 46 anos de formado. A média de tempo de formado é 19,4 anos.

Tabela 4: Distribuição da amostra por Especialidades

Especialidade	N
Clínicos Gerais (+ especialidade)	8
Ortopedia	5
Ginecologia	4
Oftalmologia	3
Otorrinolaringologia	3
Endocrinologia	2
Neurologia	2
Outros (Nefrologia, Nutrologia, Urologia)	3
Total	30

Fonte: próprio autor

No que se refere a especialidades, 8 (oito) médicos relataram serem clínicos gerais e também possuírem alguma especialidade, dentre elas: cardiologia (3), hematologia (2), oftalmologia (1) e infectologia (1). Apenas um médico relatou ser somente clínico geral. As outras especialidades presentes na amostra são: ortopedia (5), ginecologia (4), oftalmologia

(3), otorrinolaringologia (3), endocrinologia (2), neurologia (2), nefrologia (1), nutrologia (1) e urologia (1).

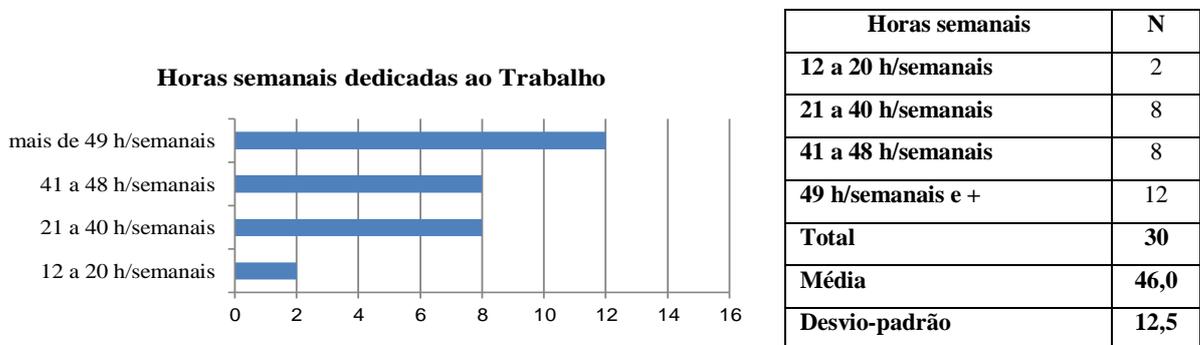
Tabela 5: Distribuição da amostra por locais de trabalho

Locais de Trabalho	N
Apenas Consultório	10
Consultório e Hospital particular	10
Consultório e Hospital público	5
Consultório, Hospital particular e público	5
Total	30

Fonte: próprio autor

Na tabela 5, temos representados os locais de trabalho dos médicos da amostra: 10 (dez) médicos trabalham apenas no consultório, 10 (dez) trabalham no consultório e no hospital particular, 5 (cinco) trabalham no consultório e no hospital público e 5 trabalham nos três locais: consultório, hospital público e hospital particular.

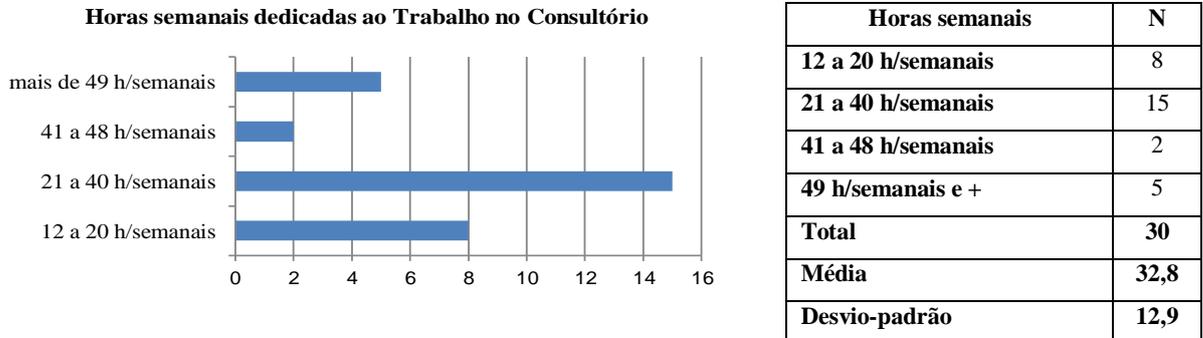
Gráfico 1: Distribuição da amostra pelas horas semanais dedicadas ao Trabalho



Fonte: próprio autor

Em relação à quantidade de horas semanais dedicadas ao trabalho, verifica-se que a maioria dos médicos trabalha mais de 49 horas semanais. A média de horas semanais dedicadas ao trabalho é de 46 horas.

Gráfico 2: Distribuição da amostra pelas horas semanais dedicadas ao trabalho no consultório



Fonte: próprio autor

O gráfico 2 mostra que a maioria dos médicos dedica de 21 a 40 horas semanais ao atendimento clínico no consultório. A média de horas semanais dedicadas ao trabalho no consultório é de 32,8 horas.

Tabela 6: Distribuição da Amostra pelo número de pacientes/dia no consultório

Número de pacientes/dia	N
01 a 09 pacientes/dia	4
10 a 22 pacientes/dia	15
23 a 37 pacientes/dia	6
38 a 55 pacientes/dia	5
Total	30
Média	21,9
Desvio-padrão	12,3

Fonte: próprio autor

A média de pacientes atendidos por dia, no consultório, pelos médicos, é de 21,9. Quatro médicos atendem de 1 a 9 pacientes/dia. A maioria dos médicos (15) atende de 10 a 22 pacientes/dia, 6 (seis) médicos de 23 a 37 pacientes/dia e 5 (cinco) médicos atendem mais de 38 pacientes/dia no consultório.

Tabela 7: Distribuição da amostra para tempo médio de atendimento/consulta

Tempo médio de atendimento/consulta	N
15 a 25 minutos	13
26 a 35 minutos	12
36 a 45 minutos	4
46 a 55 minutos	1
Total	30
Média	26,8
Desvio-padrão	10,0

Fonte: próprio autor

Em relação ao tempo médio de atendimento: 13 (treze) médicos relataram que a consulta com o paciente dura de 15 a 25 minutos, 12 (doze) médicos disseram ficar com seus pacientes de 26 a 35 minutos, 4 (quatro) médicos, de 36 a 45 minutos e 1 (um) médico disse que sua consulta dura de 46 a 55 minutos. A média do tempo de atendimento ao paciente no consultório é de 26,8 minutos.

Resumindo, dos 30 médicos que participaram da pesquisa, 17 são do sexo masculino e 13 do sexo feminino; a média de idade é de 44,6 anos e de tempo de formado é 19,4 anos. A média de horas semanais dedicadas ao trabalho é de 46 horas, e as dedicadas ao trabalho no consultório é de 32,8 horas. A média de pacientes atendidos por dia, no consultório, pelos médicos, é de 21,9. A média do tempo de atendimento ao paciente no consultório é de 26,8 minutos. As especialidades são variadas e os locais de trabalho são alternados, além do consultório, com o hospital público e particular.

6.1.2 Resultados dos dados da Escala de Stress (ISSL)

Procurou-se observar como os médicos da amostra reagem ao estresse através dos sintomas relatados pela escala ISSL, comparando-os com os parâmetros populacionais da escala. Os itens apresentados nas tabelas abaixo são: verificação do índice de estresse da amostra e comparação do índice de estresse da amostra com os parâmetros da escala ISSL (tabela 8); a fase de estresse da amostra e comparação com os parâmetros da escala ISSL (tabela 9); a prevalência de sintomas da amostra, se físicos e/ou psicológicos (gráfico 3) e os sintomas mais frequentes relatados pelos médicos.

Tabela 8: Distribuição da amostra para Índice de Stress (ISSL) e comparação com o parâmetro da população geral brasileira

Stress	N	%	Parâmetro %
Não	13	43,3	44,0
Sim	17	56,7	56,0
Total	30	100,0	100,0

Fonte: próprio autor

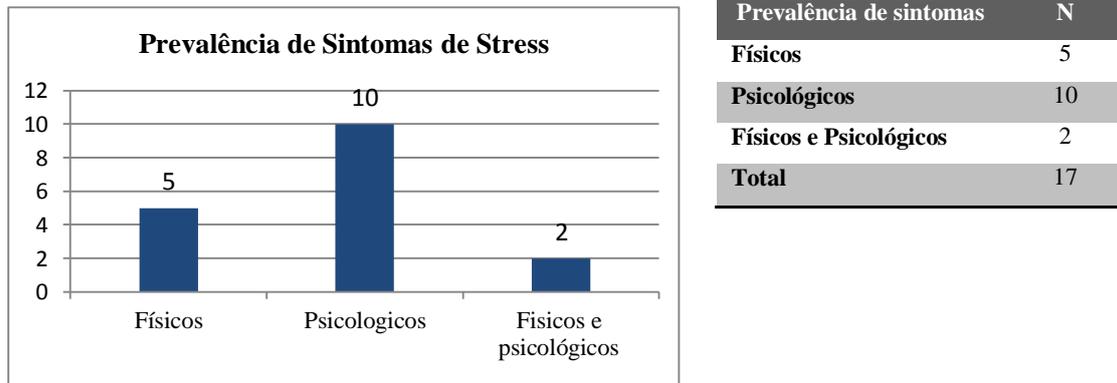
Dos 30 médicos que participaram da pesquisa, 17 (56,7%) apresentaram sintomas de estresse, 13 (43,3%), não apresentaram. Ao compararmos com o parâmetro da população geral brasileira do ISSL (LIPP e GUEVARA, 1994), verifica-se que o estresse da amostra está dentro do esperado, já que o parâmetro é de 56%.

Tabela 9: Distribuição da amostra para Fase do Stress (ISSL) e comparação com o parâmetro da população geral brasileira

Fase Stress	N	%	Parâmetro %
Alerta	02	6,7	2,0
Resistência	15	50,0	53,0
Exaustão	0	0,0	1,0
Total	17	56,7	56,0

Fonte: próprio autor

Dos 17 (dezessete) médicos que apresentaram sintomas de estresse, 2 (6,7%) deles estão na fase de alerta e 15 (50%) na fase de resistência. O parâmetro do ISSL (LIPP e Guevara, 1994) para a fase de alerta é 2,0%,% e 53% para a fase de resistência. Isso significa que a amostra teve um índice dentro do esperado. Os sintomas presentes na fase de alerta referem-se ao preparo do corpo e da mente para a preservação da própria vida, para a reação de luta ou fuga; é a fase menos crítica do estresse. A fase de resistência ocorre por um prolongamento de sintomas e tentativas de reestabelecer o equilíbrio, causando uma sensação de desgaste e cansaço. Não houve nenhum médico com estresse na fase de exaustão, que é a fase mais negativa do estresse, que pode ocasionar um processo de depressão, impossibilitar as pessoas de trabalhar e causar doenças mais graves.

Gráfico 3: Distribuição da amostra para prevalência de sintomas do stress – ISSL

Fonte: próprio autor

Dentre os médicos com sintomas de estresse (17), 10 (dez) apresentaram predominância de sintomas psicológicos. Os sintomas psicológicos mais frequentes foram: diminuição da libido, dúvidas em relação a si próprio, vontade súbita de iniciar novos projetos, cansaço e irritabilidade excessiva. Os sintomas físicos mais frequentes foram: mal-estar generalizado sem causa específica, sensação de “nó” ou dor no estômago, tensão muscular, mudança de apetite, sensação de desgaste físico constante, tontura frequente e insônia. Não há parâmetro quantitativo para este quadro.

De acordo com Lipp (2000), a incidência de estresse em uma das duas áreas, física ou psicológica, mostra onde se encontra a vulnerabilidade e os efeitos psicológicos e/ou físicos decorrentes da reação de estresse e tem relevância para a saúde física e mental. No caso da amostra, há uma maior vulnerabilidade psicológica nos médicos. Segundo Lipp (2000), a vulnerabilidade funciona como uma fábrica interna constante de estresse emocional e mostra uma predisposição para pensar, sentir e agir de modo estressante.

Resumindo, dos 30 médicos que participaram da pesquisa, 17 (dezessete) apresentaram sintomas de estresse, representando 56,7%, índice dentro do esperado pelos parâmetros do teste. A grande maioria dos médicos da amostra (15/17) está na fase de resistência do estresse, que ocorre quando há um prolongamento de sintomas, causando uma sensação de desgaste e cansaço; não é, porém, a fase mais negativa. Os sintomas psicológicos mais frequentes foram: diminuição da libido, dúvidas em relação a si próprio, vontade súbita de iniciar novos projetos, cansaço e irritabilidade excessiva.

Outras pesquisas realizadas com médicos e que utilizaram o mesmo instrumento encontraram resultados semelhantes. Carvalho (2007), ao avaliar o índice de estresse em 20

médicos, concluiu que 45% (9) encontravam-se estressados, todos na fase de resistência e com prevalência de sintomas psicológicos. Soares et al. (2011), ao investigarem o estresse em 58 médicos, concluíram que 55,17% dos médicos apresentaram estresse e 54% estariam na fase de resistência. Dois outros estudos avaliaram o estresse em médicos e obtiveram resultados diferentes. Katsurayama et al. (2011) avaliaram o estresse em 33 médicos e apenas 12,3% apresentaram estresse. Fraga (2004) investigou o índice de estresse em 32 médicos e 72% apresentaram estresse.

Ainda que os resultados referentes ao estresse estejam na média do esperado em termos de parâmetros populacionais, há na amostra indícios de uma vulnerabilidade psicológica ao estresse, por conta da prevalência de sintomas psicológicos (10/17). Isso leva a inferir que os médicos pesquisados que apresentaram estresse são mais suscetíveis aos fatores psicológicos e possuem menos recursos para lidar com esses aspectos em sua profissão, podendo cultivar sentimentos e ações mais negativas.

6.1.3 Resultado do ISSL e o sociodemográfico

Após a avaliação dos resultados de estresse, foi feita uma análise estatística para observar se as variáveis sociodemográficas deste estudo apresentavam alguma relação com o índice de estresse. Esta análise é apresentada abaixo, nas tabelas 10 e 11.

Tabela 10: Comparação do Stress (ISSL) e Sexo

Stress	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Não	7	6	13
Sim	10	7	17
Total	17	13	30

Fonte: próprio autor

A comparação entre o índice do estresse e a variável sexo foi realizada por meio do teste Fisher ($p = 0,538$) e não se encontrou significância estatística. Não há na amostra relação entre o sexo e o estresse.

Tabela 11: Comparação do Stress (ISSL) e outras variáveis sociodemográficas

	Stress	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	t	p
Idade	Não	13	48,6	13,8	3,8	1,50	0,144
	Sim	17	41,5	11,9	2,9		
Tempo de formado	Não	13	23,6	13,5	3,8	1,67	0,106
	Sim	17	16,2	10,7	2,6		
Tempo total de trabalho (horas semanais)	Não	13	48,4	14,2	3,9	0,91	0,371
	Sim	17	44,2	11,2	2,7		
Tempo de trabalho no Consultório (horas semanais)	Não	13	33,7	13,0	3,6	0,30	0,766
	Sim	17	32,2	13,3	3,2		
Número de pacientes/dia	Não	13	25,5	15,3	4,2	1,40	0,171
	Sim	17	19,2	9,2	2,2		
Tempo médio de atendimento/consulta	Não	13	30,0	9,6	2,7	1,55	0,133
	Sim	17	24,4	10,0	2,4		

Fonte: próprio autor

Tem-se a comparação do estresse com o perfil sociodemográfico, que foi realizada por meio do teste de duas médias, para amostras independentes pelo programa (SPSS). As diferenças não são significativas e não houve relação entre as variáveis do perfil sociodemográfico e o fato do participante possuir ou não estresse.

6.1.4 Resultado dos dados do *International Affective Picture System (IAPS)*

Na sequência, os resultados do IAPS foram analisados para retratar as características da percepção emocional da amostra, comparando a média da amostra para percepção emocional com o parâmetro da população. O IAPS, instrumento composto por imagens afetivas que induzem a estados emocionais, é classificado por meio do *Self-Assessment Manikin (SAM)*, que é composto pelas escalas Alerta e Prazer. A escala Alerta mede a intensidade emocional que, por meio de uma gradação induzida pelo estímulo (figura), pode ir

de tenso e impactado a calmo e relaxado. A escala Prazer mede a valência emocional que, ao induzir a emoção através do estímulo (figura), pode ir de prazer e satisfação (agradável/positiva) a desprazer e insatisfação (desagradável/negativa). A tabela 12 apresenta a média da amostra para as escalas Alerta e Prazer comparada ao parâmetro da média da população.

Tabela 12: Comparação da média da amostra do IAPS e parâmetros populacionais

Escalas	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão	t	p	μ Parâmetro
Alerta	30	4,80	0,95	0,173	-0,617	0,542	4,91
Prazer	30	5,13	0,36	0,066	1,857	0,074	5,01
Total	30	4,97	0,44	0,08	0,095	0,925	4,96

Fonte: próprio autor

A comparação da amostra com os parâmetros da população do teste para as duas escalas foi realizada por meio do teste de uma média (teste t) feito através do SPSS. Na escala Alerta, a média da amostra foi de 4,80, e o parâmetro populacional, 4,91. Na escala Prazer, a média da amostra foi de 5,13 e o parâmetro populacional, 5,01. Esses resultados mostram que os resultados da amostra são compatíveis com a população e, portanto, sem diferença significativa.

6.1.5 Resultado do IAPS e o sociodemográfico

Os resultados gerais da amostra em relação à população não diferiram em relação à percepção emocional. Por isso, procurou-se, num segundo momento, observar se internamente na amostra, em função das distintas variáveis do sociodemográfico, havia alguma tendência na percepção emocional.

As tabelas desta série apresentam as relações entre a percepção emocional e as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, tempo de formado, tempo total de horas semanais dedicadas ao trabalho, horas semanais dedicadas ao trabalho no consultório, número de pacientes/dia e tempo médio de atendimento/consulta.

Na tabela 13, tem-se a comparação da média da amostra das duas escalas do IAPS, Alerta e Prazer, e a variável sexo.

Tabela 13: Correlação entre o IAPS e Sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	t	P
Alerta	Masculino	17	5,04	1,13	0,27	1,634	0,057
	Feminino	13	4,49	0,54	0,15		
Prazer	Masculino	17	5,09	0,31	0,07	-0,646	0,262
	Feminino	13	5,18	0,43	0,12		

Fonte: próprio autor

A comparação da média da amostra das duas escalas do *International Affective Picture System* (IAPS), Alerta e Prazer, e a variável sexo foi realizada por meio do teste de duas médias, demonstrando que não há diferença significativa entre homens e mulheres na relação com as escalas.

A seguir, na tabela 14, verifica-se a correlação entre as escalas Alerta e Prazer do IAPS e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 14: Correlação entre o IAPS e as variáveis sociodemográficas

		Alerta	Prazer
Idade	r	0,35	-0,28
	p	0,031	0,065
	N	30	30
Tempo de formado		Alerta	Prazer
	r	0,32	-0,24
	p	0,043	0,100
	N	30	30
Tempo total de trabalho (horas semanais)		Alerta	Prazer
	r	-0,041	-0,025
	p	0,415	0,448
	N	30	30
Tempo de trabalho no Consultório (horas semanais)		Alerta	Prazer
	r	0,20	-0,40
	p	0,139	0,014
	N	30	30

		Alerta	Prazer
Número de pacientes/dia	r	0,02	0,21
	p	0,443	0,128
	N	30	30
		Alerta	Prazer
Tempo médio de atendimento/consulta	r	0,36	-0,204
	p	0,024	0,140
	N	30	30

A verificação da correlação entre as duas escalas, Alerta e Prazer, do IAPS e as variáveis sociodemográficas foi realizada utilizando o coeficiente de Pearson, estatística descritiva que mede o grau da correlação entre duas variáveis.

O coeficiente de Pearson entre idade e o Alerta do IAPS foi igual a + 0,35, o que indica uma relação positiva e moderada entre a idade e a escala Alerta do IAPS. Isso significa que quanto maior a idade, maior a sua pontuação no Alerta. Médicos mais velhos sentiram-se mais impactados e estimulados do que os médicos mais jovens, diante dos estímulos emocionais.

Entre tempo de formado e o Alerta do IAPS, o coeficiente de Pearson foi igual a + 0,32, o que indica uma relação positiva e moderada. Isso significa que quanto maior o tempo de formado, maior a pontuação no Alerta. Médicos com mais tempo de formado sentiram-se mais impactados e estimulados do que os médicos mais jovens, diante dos estímulos emocionais.

Houve correlação positiva e moderada (+ 0,36) entre o tempo médio de atendimento e o Alerta do IAPS, o que significa que quanto maior o tempo de consulta, maior o Alerta. Quanto mais tempo o médico fica com o paciente durante o atendimento, mais impactado ele ficou diante dos estímulos emocionais.

Houve correlação negativa e moderada (-0,40) entre o tempo de trabalho (horas semanais trabalhadas) no consultório e a escala Prazer do IAPS, o que significa que quanto mais horas semanais dedicadas ao trabalho no consultório, menor a pontuação em Prazer.

Não houve correlação entre o total de horas semanais de trabalho e o número de pacientes atendidos por dia e as escalas Alerta e Prazer.

Resumindo, os resultados gerais da amostra em relação à população não diferiram em relação a percepção emocional. Porém, ao observar internamente a amostra em função das distintas variáveis sociodemográficas, percebeu-se algumas tendências em relação à

percepção emocional e às variáveis idade, tempo de formado, horas semanais dedicadas ao trabalho no consultório e tempo médio de atendimento (consulta).

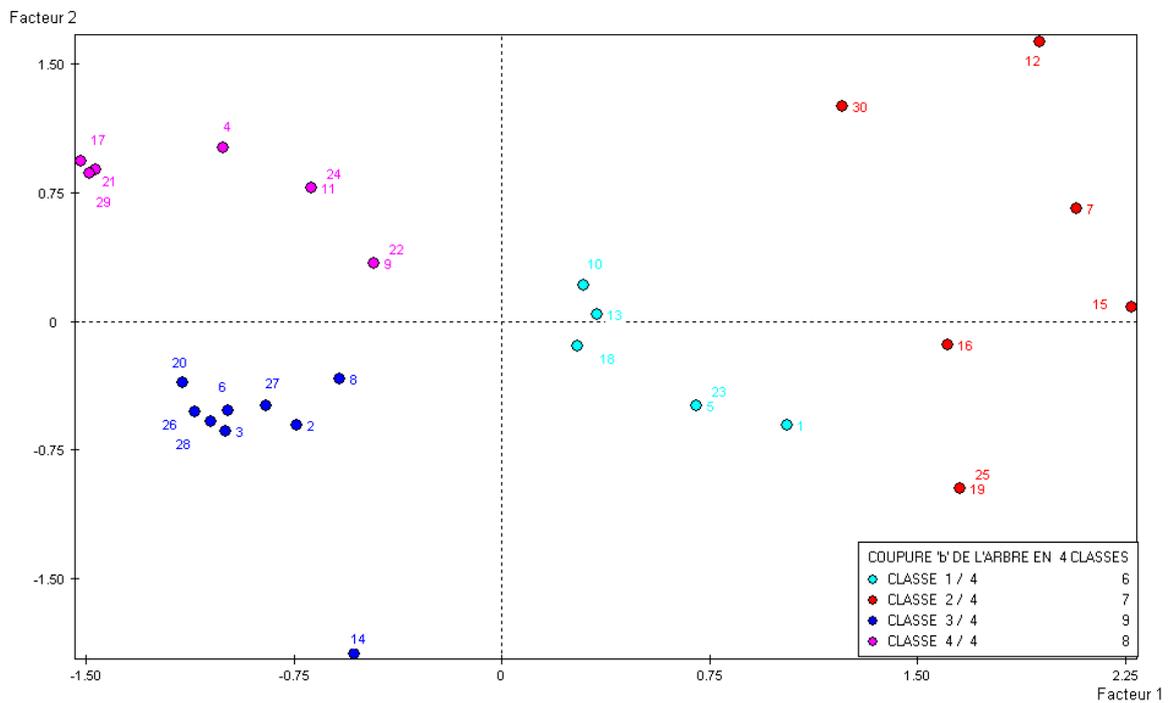
Concluiu-se que médicos mais velhos, com mais tempo de formado e com mais tempo de consulta, sentiram-se mais impactados diante dos estímulos emocionais do que os médicos mais jovens, com menos tempo de formado e que ficam menos com o paciente em consulta. Médicos que dedicam mais horas semanais ao trabalho no consultório perceberam os estímulos de forma mais negativa e desagradável do que os médicos que trabalham menos tempo.

6.1.6 Agrupamento do IAPS por cluster

Numa procura por compreender melhor a amostra e as características dos participantes, foi utilizado o tratamento estatístico para agrupar em clusters indivíduos com similaridades entre si. Os clusters foram construídos reunindo participantes por proximidade ou afastamento da média em relação às duas escalas, Alerta e Prazer, do IAPS. Optou-se por agrupar os participantes em 4 (quatro) clusters distintos. Essa separação forneceu um embasamento para selecionar os participantes que fizeram parte da análise qualitativa em profundidade.

O gráfico 4 ilustra como os clusters foram separados e quais participantes pertencem a cada agrupamento.

Gráfico 4: Nuvem de pontos - Agrupamento das variáveis do IAPS (CLUSTER)



O agrupamento do IAPS foi composto pelas médias dos participantes nas escalas Alerta e Prazer. Os agrupamentos foram construídos por meio de uma Classificação Hierárquica para construção de agrupamentos do programa SPAD, que considerou a média dos participantes da amostra e a proximidade ou afastamento da média.

A tabela 15 retrata um instrumento estatístico que é empregado para comprovar que a separação por clusters foi feita de forma representativa.

Tabela 15: Tabela de análise de variância

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	F	P
Alerta	Cluster 1	6	5,01	0,10	0,04	47,12	0,000
	Cluster 2	7	6,12	0,72	0,27		
	Cluster 3	9	3,77	0,27	0,09		
	Cluster 4	8	4,65	0,21	0,07		
Prazer	Cluster 1	6	4,93	0,15	0,06	23,37	0,000
	Cluster 2	7	4,74	0,27	0,10		
	Cluster 3	9	5,19	0,16	0,05		
	Cluster 4	8	5,56	0,17	0,06		

Fonte: próprio autor

O agrupamento entre os clusters foi considerado fidedigno estatisticamente, garantindo que existe homogeneidade interna (entre si) e heterogeneidade externa (entre eles).

Na tabela 16, verificou-se as médias nas escalas Alerta e Prazer em cada um dos clusters, comparando com o parâmetro populacional para verificar os clusters mais próximos ou mais distantes da média.

Tabela 16: Comparação dos clusters com os parâmetros populacionais nas escalas Prazer e Alerta (IAPS)

Alerta	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão	μ	Diferença	t	p
Cluster 1	6	5,01	0,097	0,040	4,91	0,099	2,499	0,055
Cluster 2	7	6,12	0,722	0,273	4,91	1,213	4,443	0,004
Cluster 3	9	3,77	0,273	0,091	4,91	-1,135	-12,475	0,000
Cluster 4	8	4,65	0,207	0,073	4,91	-0,261	-3,557	0,009
Prazer	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão	μ	Diferença	t	p
Cluster 1	6	4,93	0,155	0,063	5,01	-0,079	-1,256	0,265
Cluster 2	7	4,74	0,268	0,101	5,01	-0,268	-2,648	0,038
Cluster 3	9	5,19	0,161	0,054	5,01	0,178	3,317	0,011
Cluster 4	8	5,56	0,171	0,060	5,01	0,553	9,135	0,000

Fonte: próprio autor

O cluster 1 não apresentou diferença significativa em relação aos parâmetros populacionais nas duas escalas. Isso significa que os médicos que foram agrupados neste cluster perceberam os estímulos de modo semelhante à população em geral.

O cluster 2 apresentou diferença significativa em relação aos parâmetros populacionais. É o cluster mais distante da média da população na escala Alerta e é o que possui maior pontuação/média entre os clusters. Os médicos que foram agrupados neste cluster perceberam as figuras de forma mais impactante do que os outros clusters e a população geral. Na escala Prazer, os médicos agrupados neste cluster apresentaram a menor pontuação/média dentre os clusters, o que significa que os médicos perceberam os estímulos de forma menos agradável (mais desagradável) do que os médicos dos outros clusters.

O cluster 3 apresentou diferença significativa em relação aos parâmetros populacionais. Na escala Alerta, é o agrupamento que possui os médicos com média mais

baixa. Isso, o significa que os médicos agrupados neste cluster perceberam as figuras em Alerta de forma menos impactante do que os outros clusters e a população.

O cluster 4 apresentou diferença significativa em relação aos parâmetros populacionais. É o agrupamento mais distante da média da população na escala Prazer e o com maior pontuação entre os clusters. Isso significa que este cluster agrupou médicos com pontuações altas em prazer. Os médicos agrupados neste cluster perceberam as figuras em Prazer de forma mais agradável do que a população e os outros clusters.

Após a análise dos clusters, eles foram comparados com as variáveis sociodemográficas. Não houve diferença significativa entre as variáveis deste estudo e os clusters.

Resumindo, os clusters foram construídos reunindo participantes por proximidade ou afastamento da média em relação às duas escalas, Alerta e Prazer, do *International Affective Picture System* (IAPS). A escala Alerta mede a intensidade emocional da resposta ao estímulo e pode ir de tenso e impactado a calmo e relaxado. A escala Prazer mede a valência emocional que pode induzir prazer e satisfação ou desprazer e insatisfação. Os médicos agrupados no cluster 1 apresentaram avaliação da emoção condizente com os parâmetros populacionais nas duas escalas. Os clusters 2, 3 e 4, tiveram diferença significativa em relação aos parâmetros populacionais nas duas escalas. Os médicos agrupados no cluster 2 ficaram mais impactados e tensos diante das figuras e responderam aos estímulos de modo menos agradável. No cluster 3, os médicos ficaram mais calmos e tranquilos diante dos estímulos emocionais. O cluster 4 agrupou os médicos que perceberam as figuras de modo mais positivo e agradável. Não houve diferença significativa entre as variáveis sociodemográficas e os clusters.

6.2 ANÁLISE QUALITATIVA

6.2.1 Descrição qualitativa dos clusters

O objetivo deste item foi verificar, por meio da análise qualitativa, características pertinentes aos clusters que foram representativos na análise quantitativa, no caso, os clusters 2, 3 e 4.

Em relação à percepção emocional, o cluster 2 é o que possui maior pontuação/média em Alerta e menor pontuação/média em Prazer. Os médicos agrupados neste cluster

perceberam as figuras de forma mais impactante e menos agradável do que os médicos dos outros clusters.

Esse cluster tem como representantes mais homens (5) do que mulheres (2). A média de idade dos participantes do cluster é 47 anos e de tempo de formado, 20,7 anos. Dedicam 48,6 horas ao trabalho e, em média, 41,1 horas semanais ao consultório. Atendem 18,1 pacientes/dia e o tempo de consulta é de 30,7 minutos.

Dos 7 participantes que compõem o cluster, 3 possuem estresse na fase de resistência e 4 não possuem estresse. Dos médicos que possuem estresse (3), dois (2) apresentam prevalência de sintomas psicológicos. Dentre os sintomas psicológicos mais frequentes, a angústia/ansiedade, as dúvidas quanto a si próprio, a irritabilidade excessiva e a vontade de fugir de tudo apareceram com mais frequência dentre os participantes deste cluster. Os sintomas físicos mais frequentes relatados foram: aperto na mandíbula/ranger de dentes; roer unhas ou ponta de caneta; cansaço constante; insônia; mal-estar generalizado sem causa específica; mãos e/ou pés frios; nó ou dor no estômago; tensão muscular e tontura frequente.

Em relação aos clusters 3 e 4, agrupou os médicos mais velhos, com mais tempo de formado, que trabalham mais horas no consultório e que ficam mais tempo com o paciente nas consultas. Isso corrobora os resultados encontrados na fase quantitativa, que concluiu que médicos mais velhos, com mais tempo de formado e com mais tempo de consulta sentiram-se mais impactados diante dos estímulos emocionais, e que médicos que dedicam mais horas semanais ao trabalho no consultório perceberam os estímulos de forma mais negativa e desagradável.

Há evidências de que a idade altera a percepção emocional. Grün e Scheibe (2008) concluíram que os adultos mais velhos percebem as figuras como mais negativas e mais excitantes que os jovens. Pôrto, Bueno e Bertolucci (2008) observaram que há diferença nos níveis de alerta e valência afetiva entre idosos e jovens e que há uma forte e negativa correlação entre valência afetiva e nível de alerta.

Médicos mais velhos, com mais tempo de formado, que trabalham mais horas no consultório e que ficam mais tempo com o paciente, são mais sujeitos a ver as relações intensas e perceber o contato de forma negativa. Isso parece fazer sentido quando apontam a angústia e a ansiedade como sintomas frequentes.

O cluster 3, em relação à percepção emocional, é o cluster que possui menor pontuação/média em Alerta. É o agrupamento que possui os médicos com média mais baixa em Alerta, pois perceberam as figuras de forma menos impactante e ficaram mais tranquilos diante dos estímulos.

Esse cluster tem como representantes 5 homens e 4 mulheres. A média de idade dos participantes do cluster é 40,7 anos e de tempo de formado, 15,9 anos. Dos 9 médicos, 4 trabalham também em hospital público e 3 em hospital particular. Dedicam 43,8 horas ao trabalho, e em média 29,7 horas semanais ao consultório. Atendem 18,9 pacientes/dia, e o tempo de consulta é de 23,3 minutos.

Dos 9 participantes que compõem o cluster, 7 possuem estresse, 2 na fase de alerta e 5 na fase de resistência; 2 não possuem estresse. É o cluster que possui mais médicos com estresse. Dos médicos que possuem estresse (7), quatro (4) apresentam prevalência de sintomas psicológicos. Dentre os sintomas psicológicos mais frequentes, apresentaram dúvidas quanto a si próprio e irritabilidade sem causa aparente, o que também apareceu nos outros clusters.

Em relação aos clusters 2 e 4, agrupou os médicos com mais estresse e mais médicos que trabalham, além do consultório, também no hospital público.

Como o baixo alerta pode significar uma baixa tensão diante de estímulos em que são esperadas reações mais intensas, o fato de terem mais estresse demonstraria uma diminuição dos processos de defesa e uma atitude mais concreta em relação aos seus sintomas.

O estudo de Carvalho, N. (2009) demonstrou que a exposição a estímulos violentos constantes pode diminuir a ativação emocional e causar a diminuição da reatividade emocional.

O cluster 4, em relação à percepção emocional, é o cluster que possui maior pontuação/média em Prazer. Os médicos agrupados neste cluster perceberam as figuras de forma mais agradável do que a população e os outros clusters.

Esse cluster tem como representantes mais mulheres (5) do que homens (3). A média de idade dos participantes é 38,9 anos, e tempo de formado, 14,9 anos. Dedicam 48,6 horas ao trabalho, e em média 28 horas semanais ao consultório. Atendem 26,8 pacientes/dia, e o tempo de consulta é de 22,5 minutos.

Dos 8 participantes que compõem o cluster, 5 possuem estresse na fase de resistência e 3 não possuem estresse. Dos médicos que possuem estresse (5), todos estão na fase de resistência e três (3) apresentam prevalência de sintomas psicológicos. Dentre os sintomas psicológicos mais frequentes, aumento súbito de motivação, dúvidas quanto a si próprio, entusiasmo súbito e irritabilidade excessiva apareceram com mais frequência dentre os participantes deste cluster.

Em relação aos clusters 2 e 3, agrupou mais mulheres, os médicos mais jovens, com menos tempo de formado, que trabalham menos horas no consultório, que atendem mais

pacientes e que ficam menos tempo com o paciente nas consultas. Isso corrobora com os resultados encontrados na fase quantitativa, que concluiu que há uma relação entre as horas de trabalho no consultório e o Prazer.

O maior prazer pode significar uma maior motivação, uma visão mais positiva das relações. Isso pode sugerir que os médicos que apresentaram maior pontuação em Prazer, como alguns relataram na prevalência dos sintomas psicológicos em estresse, são frequentemente surpreendidos com um aumento súbito de motivação e entusiasmo, como aparece com mais frequência dentre os participantes deste cluster.

Médicos mais jovens, em sua maioria mulheres, com menos tempo de formado, que trabalham menos horas no consultório, que atendem mais pacientes e que ficam menos tempo com o paciente, são mais sujeitos a ter satisfação e a serem mais motivados no que fazem.

Analisando os resultados estatísticos de cruzamento das variáveis sociodemográficas, escala de estresse e IAPS, há três tendências que puderam ser notadas, sugerindo algumas hipóteses interpretativas.

1ª Tendência observada

Os resultados gerais mostraram que médicos mais velhos, com mais tempo de formado e que dedicam mais tempo às consultas, sentiram-se mais impactados (Alerta) diante dos estímulos emocionais. Ao analisar os clusters, esse direcionamento foi confirmado com as variáveis acima, acrescido de mais horas semanais no consultório para o maior impacto de estímulos emocionais e pelo fato de perceber estímulos de forma mais desagradável pela escala de Prazer. Nota-se que, nos resultados gerais, observou-se que os médicos que permanecem mais horas semanais no consultório perceberam os estímulos de forma mais desagradável.

Seja pela prontidão do médico a uma relação mais forte com o paciente, ou decorrente de sua experiência e demanda emocional mais intensa em função do modo de consultar, esses médicos mais velhos parecem mais sensíveis aos impactos emocionais, o que diminui o Prazer e o grau de satisfação. Ou seja, infere-se que as exigências emocionais presentes nas relações com os pacientes interfeririam na relação e na motivação dos médicos, que parecem estar menos satisfeitos.

2ª Tendência observada

O grupo que reuniu mais índices de estresse teve como característica dividir o tempo com o trabalho em hospital público. Este grupo mostrou menos Alerta - menos reatividade emocional. Do ponto de vista da percepção emocional, isso pode sugerir que nestes o estresse pode ter contribuído para certo atenuamento de resposta emocional aos estímulos, permanecendo a questão desse fator contribuir para certo afastamento emocional passível de interferir na empatia em relação ao paciente.

Seria provável que a carga sofrida em hospitais e o fato de lidar mais frequentemente com situações e estímulos extremos tenha ocasionado maior estresse e defesas como proteção às demandas tidas como insuportáveis na relação com o paciente.

3ª Tendência observada

Já o grupo constituído de médicos mais jovens e, portanto, com menos tempo de formado, em sua maioria mulheres, que trabalham menos horas no consultório e atendem mais pacientes, ficando menos tempo com cada, teve pontuação acima da média na escala Prazer. Ou seja, parecem mais sujeitos a ter ou procurar satisfação e motivação. O maior prazer pode significar uma maior motivação e uma visão mais positiva das relações, ou ainda uma compensação e busca de prazer, evitando o desprazer.

Seja em função de maior motivação e satisfação, ou como uma busca compensatória da mesma, tais fatores estariam ligados à idade: quanto mais jovem, mais estímulos prazerosos buscados. Pode-se pensar que médicos que dividem o tempo de trabalho com outras atividades teriam maior fonte de prazer e satisfação. Outro fator é que, ao ficarem menos tempo com o paciente na consulta, envolvem-se menos com ele e sofrem menos carga emocional de desprazer, que é o que acontece com o cluster da primeira tendência assinalada.

6.2.2 Análise das entrevistas em profundidade: estudos de caso

Foram escolhidos 4 (quatro) participantes, um representante de cada cluster, para análise em profundidade, em forma de estudo de caso. A análise dos casos foi realizada por meio de categorias pré-estabelecidas relacionadas com os objetivos da pesquisa, visualizadas no quadro a seguir:

Tabela 17: Categorias de análise

CATEGORIAS
Índice e fatores atribuídos ao estresse
A percepção emocional
O papel da emoção na relação médico-paciente
As emoções despertadas pelos pacientes
Estratégias para lidar com as emoções

Esse quadro permitiu uma leitura com o mesmo embasamento para as quatro análises.

6.2.2.1 Caso 1: Daniel (participante 12)

Daniel pertence ao cluster 2. Esse cluster reuniu os participantes com maior impacto aos estímulos emocionais e baixo Prazer (maior Alerta e menos Prazer), agrupou os médicos mais velhos, com mais tempo de formado, que trabalham mais horas no consultório e que ficam mais tempo com o paciente nas consultas.

Médico há mais de 40 anos, Daniel tem 70 anos de idade e sua especialidade é Ortopedia. Hoje, dedica-se somente ao trabalho no consultório, pois há alguns anos, por conta de uma doença cardíaca, reduziu sua carga de trabalho e parou de fazer cirurgias. Trabalha, em média, 20 horas semanais, atende de 4 a 6 pacientes por dia e o tempo médio de consulta é de 45 minutos.

Em vários momentos da entrevista Daniel dispersava-se nas histórias, perdia o foco e era necessário reestabelecer o objetivo do encontro. Por exemplo, quando estávamos falando sobre o paciente que não despertava dificuldades, começou a explicar todo o processo de como o médico deve verificar a queixa de um paciente. No contato, mostrou-se um homem educado, que gosta de falar e se mostrou irônico, fazendo piadas ou falando sobre como montou o “clube dos chatos”. As questões referentes às emoções geraram inicialmente um desconforto em Daniel e isso repercutiu em suas respostas iniciais, já que as perguntas que estavam relacionadas ao modo como lidava com as suas emoções precisaram ser repetidas algumas vezes. Em muitos momentos ele teve dificuldade de respondê-las. Pode-se pensar que é um tema pouco refletido e discutido pelo médico.

Índice e fatores atribuídos ao estresse

Daniel não apresentou estresse pela medida do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Dentre os sintomas físicos, assinalou: sensação de desgaste físico constante e hipertensão arterial. Segundo ele, são sintomas naturais por conta da idade. Não relatou nenhum sintoma psicológico.

O estresse, para Daniel, é um dos grandes problemas com os quais o médico precisa aprender a lidar em sua atividade. Não é algo esporádico, que ocorre com um caso ou outro, mas é algo constante. *“O estresse está ligado a nossa atividade, quem não sabe lidar com ele, não vai ser médico”*.

Entende ele que o médico está sempre no limite, sendo testado e acredita que são essas situações de risco que geram o desgaste físico e o cansaço. *“Temos que lidar com situações de risco e limite a toda hora, a todo o momento”*. O desgaste e o cansaço, segundo Daniel, fazem o médico reagir de forma mais ríspida com seus pacientes. Para ele, não há como atender um paciente bem se não estiver descansado.

Daniel disse que não tem estratégias para lidar com essas situações, mas que não havia mais dificuldade, porque nesse tempo de prática clínica, houver um aprendizado: *“Lido bem, porque aprendi”*.

Há alguns anos teve um infarto e, por conta disso, fez algumas mudanças, reduzindo o número de horas de trabalho e de pacientes. Segundo ele, isso mudou sua relação com o trabalho. Antes, as pessoas o percebiam como um médico mais “ríspido”, que vivia sempre cansado e estressado. *“A minha mulher e outras secretárias dizem: o senhor agora não é tão chato, não é rabo curto como era”*.

Hoje, Daniel acredita que devido à redução de carga de trabalho consegue equilibrar-se melhor, ter uma boa qualidade de vida e uma melhor relação com os seus pacientes. *“Eu passei a atender os pacientes muito melhor nessa fase depois dos 70 anos, porque eu tenho mais tempo”*.

A percepção emocional

Do ponto de vista da percepção da emoção colhida utilizando o IAPS, Daniel é o médico que ficou mais impactado e reagiu mais intensamente às emoções evocadas pelos estímulos das figuras, tanto em relação à média, quanto em relação aos outros médicos. Houve uma tendência de Daniel a ficar altamente impactado diante das figuras, mesmo as

consideradas de baixo alerta e neutras, o que pode sugerir que se vê afetado intensamente por estímulos que despertam emoções.

O papel da emoção na relação médico-paciente

Daniel acredita que as emoções podem influenciar a sua prática, mas que não deve permitir que isso aconteça. A sua percepção é de que a emoção influencia o tratamento de modo negativo; Por isso, sua atitude é de controle. *“Não deixo que afete (emoções) o meu trabalho, hoje já sei bem discernir e controlar”*; *“Eu aprendi a me controlar”*.

Refere que poucas coisas lhe afetam verdadeiramente em sua prática médica hoje em dia. Os momentos em que relatou ter sido afetado e ter percebido suas emoções envolviam parentes ou pessoas conhecidas. Segundo ele, não consegue ser neutro nesses casos. *“Eu vi um neto meu há uns 10, 12 anos, caiu e quebrou punho, aquele inchado, claro, eu já vi muitos meninos assim, tratava profissionalmente, mas o meu neto eu olhava para a carinha dele e isso me emocionou”*.

Apesar de considerar a emoção prejudicial para o atendimento e evitar que ela o influencie, reconhece que é importante que o médico, em geral, perceba-as durante o atendimento, pois isso tornaria o médico mais humano e consciente de suas fragilidades e fraquezas. Para Daniel, quando os médicos fogem das emoções, seria por incapacidade de se resolver internamente. Isso demonstraria que não erram nunca, que não reconhecem suas falhas. *“[...] eles estão sempre ditando regras, achando que eles não erram nunca, não reconhecem que eles podem falhar, são incapazes de pedir outra opinião, ou sugestão”*.

Daniel aponta uma série de mudanças na relação médico paciente que os convênios incorporaram. Mudanças estas que afetaram a dinâmica relacional. Segundo ele, há uma diferença entre a relação médico-paciente para os médicos que atendem convênios e são pressionados pelo tempo e médicos que, como ele, não têm essa pressão e podem permanecer mais tempo com o paciente, tendo uma melhora na qualidade do atendimento.

As emoções despertadas pelos pacientes

Inicialmente, Daniel não conseguiu expor ou falar sobre as emoções relacionadas ao paciente. Quando perguntado sobre o paciente difícil ou aquele que não representava dificuldades, reforçou a questão do aprendizado, dizendo que a prática médica o ensinou a

lidar com as dificuldades. *“Como eu tenho prática de atender, hoje, não tenho tido mais, por que sei torear bem essas dificuldades, antigamente eu reagia mais rispidamente”*.

Ao ser indagado mais de uma vez, conseguiu falar sobre aspectos emocionais envolvidos na relação, deixando transparecer um tom emocional. Para Daniel, os pacientes sempre geram uma sensação de que “temos que dar conta”, causando insegurança. *“Todo paciente é difícil, pois todos eles mobilizarão emoções no médico, a sensação de que temos que “dar conta”, e por isso não tem jeito de não mexer com nossa insegurança”*.

O paciente percebido como difícil por Daniel é aquele que tem uma postura arrogante, que reclama e que já vem com as informações e só espera uma validação ou confirmação do diagnóstico de outro médico. Diz perceber a arrogância de um paciente já na sala de espera ao cumprimentá-lo. *“Percebe-se uma arrogância na postura quando eles entram no consultório até na maneira de cumprimentar.”* Para exemplificar este tipo de paciente, relatou uma de suas experiências: *“[...] estava a mãe internada, as duas filhas, e eu disse: olha, eu lamento, mas não posso continuar por que eu tinha o clínico que eu havia indicado, e vocês trocaram o clínico sem falar comigo. [...] As duas vieram para cima de mim, me puxaram pela camisa, “o senhor vai operar nossa mãe; tem que operar, tem que operar”, me agrediram. E a mãe chorava, e elas choravam. E eu: lamento muito, aqui eu não posso ficar porque vocês me obrigaram a fazer isso”*. Daniel abandonou o caso e diz ter ficado incomodado por dois ou três dias, mas que rapidamente se reestabeleceu, pois não poderia permitir que fatos como esse afetassem o seu trabalho.

Quando perguntado sobre o paciente que não despertava dificuldades, Daniel relatou que esse tipo de paciente é aquele que sabe ser conduzido, que fornece todas as informações de maneira lógica, que não procura se exhibir e valoriza as suas perguntas. *“Os que sabem ser conduzidos [...] O paciente melhor de atender é o engenheiro, que tem mais lógica e vem com a história e dá todas as informações, não procura se exhibir”*.

Esses pacientes, segundo Daniel, são aqueles que o fazem ter sensações positivas e o tornam mais satisfeito com o que faz. O seu primeiro contato com esse tipo de paciente é positivo e também consegue percebê-lo antes de iniciar a consulta. *“Quando gosto, gosto. Vejo de longe, já na sala de espera. Desperta em mim sensações positivas, me torno mais satisfeito com o que faço e demoro mais para “pendurar minhas chuteiras” (risos)”*.

Apesar de Daniel considerar que existem pacientes que geram mais sensações positivas do que outros, ressalta que não existem pacientes que não despertem dificuldades, mas insiste em dizer que consegue contornar todas as situações. *“Não apresenta dificuldades,*

mas apresenta dificuldades”; “[...] acho que eu consegui contornar todas, mas não existe paciente fácil”.

Estratégias para lidar com as emoções

Para Daniel, a sua sobrevivência como médico exigiu dele uma postura de controle diante de suas emoções. Confrontado com situações e exemplos que envolviam um impacto emocional, disse lidar com naturalidade: *“Enfrento com a maior naturalidade”*. Fala sobre o controle das emoções como uma conquista e distingue como se comportava quando era mais jovem e hoje: *“Quando eu era mais moço, eu tinha taquicardia e emoções importantes [...] mas, com o tempo, você vai se controlando, vai se controlando”; “É claro que eu percebia as emoções”*.

O tempo de clínica e as horas de trabalho fizeram Daniel adaptar-se, a ponto do desgaste e do cansaço, que antes eram prejudiciais, deixarem de incomodar: *“Não sofro mais”*.

Ao mesmo tempo em que diz agir com naturalidade, utiliza estratégias para obter o controle e parece usar da ironia e do cinismo para lidar com algumas situações com os seus pacientes. Daniel conta que, como uma brincadeira, criou um clube dos chatos. *“Então de brincadeira eu criei um clube, um clube dos chatos. São poucos, tem a presidente, tem vice-presidente, secretária geral, tem membros do conselho [...]. Eu digo: dá uma proposta para essa senhora; quando ela sai eu falo para a secretária, pode dar uma proposta; brinco, olha, a D. fulana está perigando na presidência, não sei não se vamos trocar a presidente, coisas desse tipo”; “Lido com muito bom humor, tranquilo, me divirto”*.

Outro aspecto importante observado em sua atitude diante das situações que geram desconforto é a tentativa de minimizar o seu sofrimento. *“Sofri uns dois, três dias, você fica remoendo aqui e ali, mas não mais do que isso”*.

Leitura analítica

Daniel é o mais velho dentre os médicos, formado há mais tempo, e um dos médicos que disse ficar mais tempo com o paciente. Sua pontuação na escala Alerta (IAPS) foi extremamente alta, a mais alta entre todos os médicos. Daniel parece reconhecer-se em tensão diante da relação, e é sugestivo que ele apresente uma resposta de alto impacto em Alerta no teste do IAPS.

Em um primeiro momento, Daniel teve dificuldade de reconhecer as suas emoções relacionadas ao paciente. Não raro ele parava, refletia, e voltava com a frase: “*enfrento com a maior naturalidade*”. Essa fala parecia advir quando não conseguia explicar uma situação ou uma emoção. Reconheceu, no entanto, que todos os pacientes, de alguma forma, afetam-no em sua segurança.

Do ponto de vista emocional, sente-se inseguro diante dos pacientes, e isso pode refletir-se em uma atitude de precisar constantemente provar sua eficácia e competência e incomodar-se com as situações em que é questionado. Apesar de dizer que lida com as emoções com naturalidade, Daniel acredita que elas prejudicam o atendimento, e por isso é necessária uma atitude de controle.

Tais atitudes perante o paciente refletiram-se na forma como o percebe. O paciente que o afeta de modo negativo é aquele que de alguma forma questiona a sua autoridade e o seu saber e reforça a insegurança. Verifica-se tal atitude quando, no exemplo dado por Daniel, ele sentiu-se afetado por achar não ter sido respeitada sua orientação. O fato de ter sido contrariado afetou-o a ponto de querer retirar-se do caso horas antes da cirurgia, com o paciente já no leito do hospital. Por outro lado, o paciente que o afeta de maneira positiva é aquele que Daniel, de alguma maneira, consegue conduzir, é aquele que se deixa controlar e que parece respeitá-lo.

No decorrer da entrevista, Daniel deixou transparecer que os pacientes às vezes percebem nele certa rispidez. Em diversos momentos, usou a expressão “ríspido” ou “rispidez” para explicitar um modo de agir: “*Muitos pacientes dizem: me disseram que o senhor era tão rústico. Eu digo: bom, a palavra rústico não me desagrada, inclusive o luxo rústico é muito bonito*”. Às vezes referia-se no passado, pois diz ter mudado com o tempo e com a idade, mas em alguns momentos fazia referência ao presente, não deixando claro se ainda enfrenta esse tipo de questionamento do paciente.

O modo como lida com as situações e pacientes incômodos expõe um modo particular de lidar com a dificuldade. Utiliza-se da ironia e do cinismo como um mecanismo de defesa. Demonstra sua preferência de agir de modo distante, apesar de utilizar-se de algumas estratégias racionais de aproximação com o paciente, por exemplo, brincando com eles, como demonstra na fala: “*Eu não cobro a consulta na entrada, como muitos médicos fazem, eu só cobro a consulta na saída, por que se eu não agrada a senhora não paga nada [...] e alguns iam embora*”.

Daniel, em todo seu discurso, demonstrou que o médico deve controlar-se e não permitir que a emoção influencie. Considera o autoconhecimento e a participação dos

aspectos emocionais necessários, mas não apontou como seria importante na condução de seus pacientes. Utiliza-se do controle e de processos defensivos (ironia) para lidar com os aspectos emocionais, configurando uma atitude de proteção diante dos pacientes que o confrontam. Parece projetar em seus pacientes aspectos sombrios que não são reconhecidos e que desencadeiam insegurança e reforçam o complexo de poder, produzindo o receio de falhar.

6.2.2.2 Caso 2: Alice (participante 2)

Alice pertence ao cluster 3. Esse cluster reuniu os participantes com menos reatividade emocional (baixo Alerta), agrupou mais médicos com estresse e que trabalham também em hospital público.

Formada há 5 (cinco) anos, Alice tem 29 anos. Especializou-se em Oftalmologia e divide o seu tempo entre o consultório, o Hospital Público e as orientações de residentes. Dedicar em média 32 horas semanais ao trabalho; destas, 24 horas ao trabalho no consultório. Recebe, em média, 12 pacientes por dia no consultório, e o tempo médio de atendimento é de 20 minutos.

Alice foi cordata e mostrou-se muito solícita. A entrevista foi interrompida algumas vezes, principalmente porque o consultório estava cheio, mas fluiu de maneira agradável. Apesar de não oscilar emocionalmente, transmitia uma sensação de abatimento. Em vários momentos, Alice teve dificuldade de responder as perguntas e exemplificar, quando lhe era solicitado, um caso ou uma situação que pudesse demonstrar o que estava sentindo. Uma das questões mais difíceis para ela responder foi se conseguiria lembrar-se de um caso em que uma emoção forte havia sido despertada no atendimento. Quando não conseguia expressar algo, ficava pensativa e dizia ser difícil falar sobre o que sentia. Mesmo assim, parecia preocupada em refletir e ser o mais fiel possível às respostas.

Índice e fatores atribuídos ao estresse

Alice apresentou no Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), estresse na fase de resistência. Essa é a fase em que os sintomas são mantidos por períodos prolongados e tentativas de reestabelecer o equilíbrio causam uma sensação de desgaste e cansaço. Os principais sintomas físicos apresentados foram: mal-estar generalizado sem causa

específica, sensação de desgaste físico constante, tontura, sensação de estar flutuando, mudança de apetite, insônia e náusea. Dos sintomas psicológicos, aponta-se a hipersensibilidade emotiva, pensar/falar constantemente sobre um mesmo assunto e irritabilidade. Houve predominância de sintomas psicológicos, o que mostra uma maior vulnerabilidade psicológica e predisposição para pensar, sentir e agir de modo estressante.

Alice reconhece que a profissão do médico é algo que demanda muito, inclusive do ponto de vista emocional. Dentre os fatores estressantes, aponta o relacionamento com os pacientes, o sistema de saúde e as questões administrativas com as quais os médicos precisam aprender a lidar.

Apesar de considerar o estresse parte da profissão, ressalta que existem dificuldades que são muito difíceis de superar, e que isso pode levar o médico a abandonar a profissão.

Para Alice, as emoções têm um papel importante na gestão do estresse, já que podem interferir na relação e no tratamento do paciente. Relata que já viu vários colegas entrarem em *burnout* e o risco disso é que quando o médico está num nível muito alto de esgotamento, isso pode levá-lo a tratar mal o paciente, sem ele ter feito nada. *“Psicologicamente, demanda muito, é estressante, vários colegas meus entraram em burnout, eu vi isso muitas vezes [...] eu já vi de tudo [...] até gente assim, que trata mal o paciente”*.

A percepção emocional

Do ponto de vista da percepção emocional colhida utilizando o IAPS, Alice ficou menos impactada e reagiu menos intensamente às emoções evocadas pelos estímulos das figuras, tanto em relação à média, quanto em relação aos outros médicos. Houve uma tendência de Alice a perceber as figuras de alto impacto emocional como de baixo impacto, o que pode sugerir que a exposição de Alice a estímulos agressivos e ao estresse pode ter diminuído sua capacidade de reação emocional.

O papel da emoção na relação médico-paciente

Alice considera importante perceber as emoções em sua rotina de trabalho, pois elas podem afetar o tratamento do paciente. Para Alice, a emoção afeta não só a sua forma de comunicar-se com o paciente, mas também como o médico vai analisar as suas decisões *“(a emoção) influi em tudo”*.

Acredita que os médicos precisam estar preparados para os encontros emocionais intensos em sua atividade: “[...] *ser médico é uma coisa que traz uma série de encontros emocionais nos dois sentidos, muito bons e muito negativos*”.

Considera a empatia como recurso necessário da avaliação da situação e do paciente, o que evitaria ter que lidar com pacientes potencialmente agressivos, reconhecendo aqueles que podem facilitar a interação; *“quando rola uma empatia assim, é muito fácil de atender”*.

Em seu relato, conta que em alguns momentos, quando está diante do paciente, tem alguma intuição. Fala sobre uma “pulguinha”, ou um “sentido aranha”, que parece utilizar em seus atendimentos. *“Aquela pulguinha já estava me avisando”; “Nosso “sentido aranha” nos avisa o que você não deve fazer, e eu tenho isso com frequência”*. Alice não soube explicar que tipo de ação ou comportamento do paciente a leva a sentir que não tem condições de atendê-lo, mas observou que cabe a ela a decisão de atender ou não, do que é melhor para ela, como médica, e para o paciente. *“Tenho um chefe que ele fala, conhecimento é saber fazer, e sabedoria é saber quando não fazer. Eu sempre lembro disso quando eu vejo um paciente”*.

Alice observa que haverá momentos em que terá que lidar com pacientes que incomodam e são difíceis, mas que não pode tratar mal o paciente e julgá-lo, pois cabe ao médico compreender que têm pacientes que despertarão coisas negativas, sem mudar sua postura com ele. *“Não pode tratar mal o paciente numa “contra referência”*. Referindo-se a um paciente, diz: *“não é legal ter um paciente desse no seu consultório, mas ela é assim, então eu também não posso descontar nela”*.

As emoções despertadas pelos pacientes

Alice percebe o paciente difícil como aquele que duvida e desconfia do seu trabalho, que questiona e é agressivo. São pacientes que a afetam negativamente e despertam mágoa, ressentimento e raiva. Talvez este conflito possa desencadear um abafamento, expressando o baixo Alerta no IAPS.

Falar sobre o paciente difícil desencadeou, na fala de Alice, uma sequência de exemplos e situações difíceis com as quais teve que lidar e de agressões físicas e verbais de pacientes contra ela. Apesar de, num primeiro momento, dizer tentar compreender o paciente e sua situação diante da fragilidade da doença e o próprio sistema de saúde, o qual complica a relação, conclui que muitas vezes a agressão é tão gratuita que é muito difícil uma compreensão para tal atitude. *“A gente é muito mal tratado no sistema público, e às vezes no*

consultório também”; “[...] já apanhei de paciente; já tive paciente me chamar de FDP”; “eles vinham para cima de mim [...]”.

Alice sente-se ameaçada pela agressividade, chateada com a postura de algumas pessoas e com o desrespeito com o médico. *“Não é fácil, mas é uma agressão, um ato de violência”.* A percepção diante desse tipo de paciente é de decepção e há notória demonstração de ressentimento e mágoa: *“não preciso passar por isso!”.*

Existem os pacientes que de algum modo lhe despertam sensações positivas. São aqueles com quem consegue dialogar, trocar e ter uma comunicação fácil e fluída. São pacientes jovens ou mais velhos, que despertam em Alice atitudes de compaixão, apoio e ajuda ao outro.

Tal tipo de paciente reforça sua autoestima e identidade como médica, propicia a sensação de reconhecimento e a sensação de utilidade e faz o seu trabalho fazer sentido. *“[...] eu fiz alguma diferença; ele não perdeu o tempo dele de vir aqui na minha sala, eu ajudei ele, realmente eu servi para alguma coisa, não estou perdendo meu tempo, acho que isso assim, de se sentir útil”.*

Estratégias para lidar com as emoções

Alice relata o forte impacto decorrente das agressões vividas por pacientes. Para proteger-se, prefere afastar-se de casos que possam desencadear novas agressões. *“[...] quando eu vejo assim, que o santo não bate, eu já sei que é melhor evitar esse tipo de paciente”.* Diz evitar os pacientes que podem lhe causar problemas, repassando ou saindo do caso: *“um paciente que realmente me afeta pessoalmente e eu não tenho condições psicológicas de lidar”.*

Apesar de sua preferência por não atender alguns pacientes, existem momentos em que ela deve desempenhar seu papel como médica, independentemente de suas preferências, e assumir o caso. *“Você tem que sobreviver, né! Tem que dar um jeito”;* *“Mas lá dentro eu sou uma profissional então, você tem que engolir”.*

Os casos citados em que se sente agredida são os mais intensos, mas também relata como lida com pacientes com os quais se identifica, e que podem impactar de modo positivo o tratamento e as consultas: *“[...] eu meio que peguei ela para criar, ela chegava no consultório eu a atendia, já queria resolver.”*

Alice parece utilizar-se da evitação e da racionalização nos casos em que se depara com pacientes que a afetem de maneira negativa. Nos casos em que é afetada positivamente, parece criar uma interação exagerada, que a leva a se “misturar” com alguns casos.

Leitura analítica

Alice parece detectar a percepção da emoção como um instrumento de proteção para evitar um confronto ou situações dolorosas, como já teve no passado. O ato de violência, em qualquer pessoa, deixa marca indelével. Ressente-se e mostra-se decepcionada com o modo como é tratada e parece não ter recursos suficientes para lidar com situações de rispidez.

Reconhece uma habilidade de intuir quais serão aqueles pacientes com os quais ela terá dificuldade, o que se relaciona a experiências pregressas perigosas. A intuição está canalizada para a experiência traumática e, para defender-se de uma possível agressão, antecipa tal possibilidade nos outros pacientes. Tal atitude pode mostrar uma dificuldade de superação de um trauma decorrente das agressões. O “sentido aranha” que relata possuir parece mostrar um modo de perceber ou captar possíveis intenções de agressão. Utiliza esse recurso como uma forma de proteção e de preparo antecipatório.

Como nem sempre pode escolher ou fugir das situações que percebe como perigosas, diante da sensação de vulnerabilidade e para suportar as situações difíceis, aparenta utilizar o recurso da racionalização, com ideias e regras de como deve ser a sua conduta como médica.

Apesar de reconhecer e perceber algumas emoções, demonstra ter pouca compreensão de como utilizar tal reconhecimento. Isso se reflete em sua atitude diante dos vínculos em que parece predominar a desconfiança. Quando o paciente não demonstra confiança nela, ela reage negativamente, fica com raiva e chateada, chegando até a retirar-se ou abandonar o caso.

Os pacientes com os quais consegue lidar de forma tranquila são aqueles que não representam ameaça e não a confrontam, como no caso dos jovens adolescentes e dos idosos. Chega a identificar-se com eles a ponto de indiscriminar seu papel.

Alice parece desmotivada e frustrada diante de algumas situações e com baixa energia para alterar aquilo que acredita não poder ser alterado. Talvez pela idade, Alice esteja vivenciando uma fase de questionamento sobre a profissão e a vida de médico. Parece ainda ter poucos recursos para lidar com situações adversas.

A baixa energia pode também ser verificada nos resultados do IAPS, em que Alice percebeu os estímulos emocionais de alto impacto como de baixa intensidade. Agregando os

sintomas de estresse e a predominância de sintomas psicológicos, demonstra-se uma maior vulnerabilidade psicológica, que pode influenciar suas atitudes.

Chama a atenção que o exemplo dado por Alice como algo que lhe causaria estresse está ligado a questões burocráticas e administrativas de sua atuação, quando no decorrer da entrevista apareceram situações muito impactantes e dolorosas que ela não reconheceu como vinculadas ao estresse.

Diante da vulnerabilidade, Alice, ou evita as situações que por ela são percebidas como uma ameaça e que podem levá-la a abandonar o caso, ou racionaliza com a ideia de que, como médica, é obrigada a suportar e atender esse tipo de paciente. Há o reconhecimento dos efeitos das interferências emocionais e as defesas parecem não conter o sofrimento.

A exposição de Alice a estímulos agressivos e ao estresse parece ter diminuído sua capacidade de reação emocional. Parece ter pouca energia para agir, sente-se desmotivada e frustrada com algumas situações decorrentes da prática profissional que a fazem questionar sua profissão. Refere reconhecer as emoções, compreende a importância desse reconhecimento na relação com o paciente e sua influência no tratamento; no entanto, observa-se a falta de recursos para lidar com os aspectos emocionais desencadeados pelas relações.

Alice parece não perceber a fragilidade emocional em que se encontra e, ao utilizar mecanismos de defesa como a evitação, mantém na sombra conteúdos reprimidos que são projetados para as relações com o paciente e aumentam a sua atitude de desconfiança diante dos vínculos e a sensação de desamparo.

6.2.2.3 Caso 3: Miguel (Participante 4)

Miguel pertence ao cluster 4. Esse cluster reuniu os participantes com maior índice de Prazer e agrupou os médicos mais jovens, em sua maioria mulheres, com menos tempo de formado, que trabalham menos horas no consultório, que atendem mais pacientes e que ficam menos tempo com eles.

A escolha desse participante deu-se pela pontuação no IAPS, já que foi individualmente um dos médicos com pontuação mais alta na escala Prazer, pelo grande número de paciente/dia, e pelo tempo reduzido de consulta, apesar de não encaixar nas demais características do cluster: idade, sexo, tempo de formado e tempo de trabalho no consultório.

Miguel tem 51 anos e é formado há 28 anos. Especializou-se em Ortopedia e divide o seu tempo entre o consultório, Hospital Público e Particular. Suas atividades no hospital são atendimento e cirurgias. Dedicar 65 horas semanais ao trabalho; destas, 40 horas ao trabalho no consultório. Recebe em média 30 pacientes por dia, e o tempo médio de atendimento é de 15 minutos.

O encontro com Miguel foi bastante conturbado. Sua sala de espera estava muito cheia, ele corria de um lado para o outro, entrando e saindo de três diferentes salas de atendimento no consultório. A dificuldade com esse médico foi criar um ambiente positivo para que ele conseguisse falar sem que fôssemos interrompidos. Miguel falou muito pouco e às vezes foi monossilábico em suas respostas. Houve pouca interação e pouco contato visual.

Índice e fatores atribuídos ao estresse

Não apresentou estresse, de acordo com a escala Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), mas apresentou os seguintes sintomas psicológicos no teste: vontade súbita de iniciar novos projetos e pensar/falar constantemente sobre um mesmo assunto. Não assinalou nenhum sintoma físico.

Miguel acredita que o estresse é ocasionado pelo número de pacientes que tem que atender por hora e pela necessidade de dividir o seu tempo no consultório com outras atividades, como cirurgias e compromissos familiares.

Ele diz que não considera sua atividade no consultório estressante, apesar de atribuir o estresse ao número de pacientes e atender em média 30 pacientes/dia, o que parece uma contradição. De suas atividades, considera a cirurgia a mais estressante, pois é mais delicada e mais passível de imprevistos. Acredita que administra todas as situações muito bem. *“O que me dá estresse é ter que cumprir uma agenda para depois ter uma cirurgia à noite, ou então ter um compromisso, ou então um compromisso familiar, você ter que ir rápido para não perder, isso daí é que me dá o estresse, agora atender, não”*.

A percepção emocional

Do ponto de vista da percepção da emoção colhida utilizando o IAPS, Miguel percebeu as figuras de forma mais agradável do que os outros médicos e a população geral. Isso pode sugerir que é mais sujeito a ter satisfação e a ser motivado. No entanto, ao considerar metade das figuras desagradáveis como agradáveis, dá indícios de certa

insensibilidade e pouca apreensão emocional das situações negativas que podem ocorrer em função de um processo defensivo.

O papel da emoção na relação médico-paciente

Miguel diz que não percebe suficientemente as emoções, pois não pensa muito sobre elas; acredita que isso demandaria tempo e a rotina do trabalho não permite isso. *“A gente acaba tocando sem pensar muito nas emoções”*; *“Quando você cai na rotina do trabalho mesmo, você acaba esquecendo das emoções”*.

As emoções, para Miguel, são tidas como negativas para a interação com o paciente e prejudiciais ao atendimento. Isso porque acredita que se for afetado por algo ou por alguma característica negativa de seu paciente, prejudicará o seu humor e o atendimento. *“Se você fica preocupado, você fica o dia inteiro preocupado”*. As emoções são percebidas como barreiras que precisam ser “cercadas” e “colocadas de lado”.

Quando falou sobre o reconhecimento de uma emoção forte e positiva no trabalho, Miguel apontou o agradecimento de alguns pacientes pelo seu trabalho, principalmente pela sua capacidade diagnóstica: *“[...] uma ressonância tinha um achado de um tumor, um tumor cervical benigno, também, depois operou e tal o cara até me deu um beijo (risos), são emoções que depois viram fortes”*.

Possui um entendimento de que o diagnóstico será mais eficaz se conseguir transpor as suas fragilidades e afetos, pois tem que ser neutro e evitar a transferência, que pode afetar a sua opinião. *“É aquilo que a psicologia médica fala da transferência, o cara chega você não vai com a cara dele, só de olhar a pessoa [...]. Você tem que justamente ignorar isso aí [...] afeta um pouco a opinião da pessoa”*.

As emoções despertadas pelos pacientes

Miguel teve dificuldade de expressar os conteúdos emocionais, mesmo quando perguntado sobre os tipos de paciente (difícil e o que não representa dificuldades).

Dentre as características percebidas do paciente que parece ser mais difícil de atender, Miguel considerou o fato de o paciente levar para a consulta informações colhidas na internet ou com outros médicos. Miguel entende que o fato de o paciente possuir informações desvaloriza o seu trabalho, o que o tornaria mais questionador e detentor da “razão”. *“O tipo da pessoa que acha que tem razão”*. O paciente informado, segundo Miguel, quer confrontar

o médico e validar as informações que já possui. Não espera do médico uma interação. *“Hoje em dia com internet tem gente que já vem com tudo determinado, já acha que é aquilo, não quer saber e já vem com o diagnóstico do que ele quer fazer, questiona tudo”*.

Segundo ele, esse tipo de paciente não percebe que tal atitude é prejudicial, pois não traz nada de positivo para a consulta e gera nele uma sensação incômoda, pois o deixa desmotivado e sem vontade de atendê-lo. *“Uma pessoa como essa não dá vontade de atender [...] dá uma sensação incômoda”*. Esse tipo de paciente acaba demandando mais atenção e mais esforço de Miguel, já que precisa defender uma ideia ou fazer-se entender: *“A dificuldade de você explicar para ele, de tentar fazer ele entender, ter atenção, tentar explicar para ele o que você está querendo”*.

O paciente que não representa dificuldades é o paciente que busca o seu apoio, aceita o diagnóstico, reconhece e respeita a sua opinião. É um paciente que desperta o interesse de Miguel em fazer o seu trabalho e querer cuidar dele. *“Me desperta um interesse pelo meu trabalho de tentar ajudar ele, de ser cordial até com os colegas, é um paciente que você se sente bem”*.

Miguel aponta o reconhecimento pelo seu trabalho e o agradecimento como algo que suscita emoções positivas: *“uma vez teve uma senhora [...] ela se queixava de formigamento das pernas para baixa, eu examinei ela e não tinha pulso, não tinha pulso, encaminhei para o pronto socorro [...] ela veio aqui me agradecer”*.

Estratégias para lidar com as emoções

Miguel fala que as emoções precisam ser “cercadas” e que não pode abater-se por elas, já que o paciente pode suscitar emoções negativas, mas mesmo assim ele terá que fazer o seu trabalho. Entende que as emoções positivas são mais fáceis de assimilar e as negativas são ruins porque afetam a sua opinião. Ele busca neutralidade na interação: *“Você tem que ir lá tentar fechar o máximo” (as emoções); “Você tem que justamente ignorar isso aí, tem que ser neutro”*.

Acredita que ainda que alguns pacientes possam afetá-lo, a maturidade e os anos de clínica tornaram-no menos influenciado pelas emoções. Diz que esse tipo de situação é muito comum no início de carreira e que quando jovem era normal ser influenciado, mas o tempo o ajudou a envolver-se menos e a não ter e desenvolver afetos. *“No começo você pode ser influenciado por uma emoção dessa, no começo sim, mas depois que você é médico, afeto nenhum”*.

Como não parece preocupar-se com suas emoções, não fala sobre sua gestão ou estratégias para lidar com elas e diz não pensar sobre isso. Acredita que refletir e conectar-se com o paciente emocionalmente o afetaria e, por isso, opta por não fazê-lo. *“Tem gente que chega aqui é dor, dor, dor, com sinais de depressão, reclama que dá tudo errado”*.

Leitura analítica

Miguel demonstra ter dificuldade de compreender o papel das emoções na interação. Está ciente de que percebe pouco suas emoções, mas acredita ser inerente à profissão.

O fato de não gostar de atender pacientes que despertam emoções negativas, pois trazem sensações incômodas, demonstraria o quanto é afetado por esse tipo de paciente. No entanto, não consegue reconhecer que a emoção participa inclusive de sua motivação e insatisfação com o seu trabalho, mesmo tendo apontado estes fatores como importantes.

O paciente que o afeta de forma negativa é responsabilizado pela interação incômoda e o fato de demandar mais tempo do médico com o paciente parece ser um gerador de estresse. Miguel não consegue perceber o seu papel na relação.

Parece evitar a construção de vínculos na relação com o paciente. Reforça a ideia de que não é papel do médico preocupar-se com os aspectos emocionais, psicológicos ou subjetivos da doença de um paciente. Para ele, a emoção não participa da construção de seu papel e de sua interação, e acredita que esta não deve ser considerada, dada sua influência negativa. Para Miguel, médicos não devem dispor de afetos. Com tal atitude, Miguel não vislumbra um espaço de interação, e a sua própria dificuldade de lidar com os aspectos emocionais dificulta a forma como vai tratar as questões emocionais do paciente: *“[...] a gente não tem tempo de fazer uma coisa mais longa [...] às vezes eu entro, mas não gosto, porque por experiência minha eu vejo que o paciente não gosta”*.

Acredita que as emoções precisam ser “cercadas” e sua atitude é de negação e controle. Miguel parece ter criado defesas no decorrer de seu processo de aprendizado como médico. Como tem uma visão negativa da emoção, além de não considerá-la em seus atendimentos, acha que afetam o seu trabalho. A concepção de que a emoção afeta o seu julgamento e tratamento coloca-o em uma situação de defesa, em vez de compreensão e entendimento.

Não existe espaço em sua clínica para olhar para si. Demonstra ter conhecimento sobre a transferência, mas para ele é necessário ignorar e ser neutro diante dos afetos. Apesar de ter

observado que a emoção pode afetar a opinião do médico, acredita que está sempre no controle e que a atitude emocional pode ser controlada.

Miguel demonstra uma restrição na expressividade; além da sua dificuldade para expressar emoções e sentimentos, parece ter dificuldade de percebê-las no outro, o que poderia causar empobrecimento afetivo e dificuldade de percepção do outro/alteridade. Não soube expressar como lida com as emoções, a não ser via negação e repressão.

A negação, que é um processo de defesa, e a repressão dos conteúdos da sombra tornam a persona de Miguel rígida, com expressão de atitudes defensivas e unilaterais. É provável que a ativação de um complexo de poder ocasione dificuldade de reconhecer as emoções, principalmente na relação com o outro, e provoque a projeção em seus pacientes do receio de ter esse poder contestado.

6.2.2.4 Caso 4: Marcos (participante 13)

Marcos pertence ao cluster 1. Esse cluster reuniu os participantes com as médias mais próximas da população geral, não apresentou diferença significativa em relação aos parâmetros populacionais nas duas escalas, Alerta e Prazer.

Formado há 22 anos, Marcos tem 50 anos e é clínico especialista em cardiologia. Divide as 56 horas semanais de trabalho entre o atendimento no consultório, em Hospital Particular e Público. Estima que gaste 30 horas semanais no consultório, atenda em média 10 pacientes/dia e que o tempo médio de atendimento seja de 40 minutos.

Marcos pareceu muito interessado em contribuir com a pesquisa. Demonstrou interesse e abertura para falar de suas emoções, mesmo que em alguns momentos tenha encontrado dificuldade de expressá-las. Ele relatou que faz terapia, disse que foi buscar este apoio por conta das demandas emocionais de seu trabalho. Reconhece que está em um processo de aprendizagem em relação ao autoconhecimento, que demanda muita reflexão, e tem se esforçado muito para isso.

Índice e fatores atribuídos ao estresse

Marcos não apresentou sintomas de estresse medido pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Observou que estava voltando de férias e isso poderia afetar o seu resultado, já que se sentia bem e relaxado. Apesar de Marcos não ter apresentado

estresse em nenhuma das fases, assinalou os sintomas físicos: aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer unhas ou ponta de caneta; tontura, sensação de estar flutuando. Dentre os sintomas psicológicos apontados no teste: vontade súbita de iniciar novos projetos e irritabilidade sem causa aparente.

O estresse, para Marcos, é ocasionado pelas urgências e emergências decorrentes de sua atuação. Para ele, o estresse é uma sensação de fadiga constante que é gerada pelo medo de errar, pela exposição excessiva e pela sensação de incapacidade que pode ter durante a sua jornada. *“O que causa meu estresse é a sensação de incapacidade, de exposição excessiva, medo de errar”*.

Refere que um dos grandes fatores do estresse está relacionado ao seu processo emocional e acredita que pode impactar a sua saúde. Vivencia, na sua prática, um desconforto ocasionado pelas situações de impotência, e isso é um causador do estresse: *“[...] isso vai gerando uma ansiedade grande, um desconforto grande capaz de gerar o estresse”*. Procura refletir sobre esses fatores, principalmente o medo de errar e a insegurança: *“Procuro trabalhar minha cabeça para isso, procuro fazer o meu melhor”*.

A percepção emocional

Do ponto de vista da percepção emocional colhida utilizando o IAPS, Marcos teve sua média próxima à média da população geral. Isso pode significar que o médico percebe suas emoções de modo esperado, e sugerir que não apresentou alterações em sua percepção subjetiva da emoção.

O papel da emoção na relação médico-paciente

O processo de conectar-se com as suas emoções, para Marcos, é um percurso, um caminho necessário que tem buscado percorrer. As emoções parecem ter um lugar importante em sua prática e ele esforça-se para percebê-las, mesmo que reconheça não conseguir fazer isso sempre. Isso porque exige dele uma sensibilidade e um esforço muito grande: *“[...] vai da sensibilidade, de você conseguir perceber isso. Tenho procurado me esforçar para isso também”*.

Para Marcos, as emoções auxiliam o seu trabalho como médico e podem interferir no diagnóstico e no tratamento do paciente, mas devem ser sempre utilizadas de forma a beneficiar o paciente. Acredita que precisa individualizar o tratamento e canalizar a emoção,

para lidar com o paciente de forma benéfica: *“tentando mostrar alternativas sempre e usar a emoção de uma forma positiva sempre; tentar mostrar assim, que você está lá para ajudar”*.

Segundo ele, sua emoção e suas sensações podem ser utilizadas para a busca de soluções para o paciente. Esse tipo de movimento do médico o motiva a buscar resolver um caso ou buscar uma solução: *“é uma energia que me ajuda muito na verdade, ir atrás do diagnóstico e buscar uma solução”*.

O tipo de vínculo empático que tem com o paciente pode, segundo Marcos, influenciar ou não o tratamento. Para ele, as duas situações são possíveis, pois já vivenciou experiências com pacientes com quem não tinha um bom vínculo e responderam melhor ao tratamento, e pacientes com quem tinha um ótimo vínculo, mas que devido à doença não responderam bem ao tratamento. *“Pacientes que eu tenho um bom vínculo, mas, à custa da patologia dele, tipo dependência ao álcool, por exemplo, uma coisa difícil, o paciente não respondeu tão bem”*.

Observa que o médico precisa ficar muito atento às características do vínculo, pois isso interfere na forma como vai lidar com o paciente. *“Têm pacientes que são um pouco mais fechados, não são abertos, então, é mais difícil eles aceitarem esse tipo de participação, a não ser que crie um vínculo mais forte, mas isso demanda um certo tempo, mas, têm pacientes que na verdade você tem uma certa empatia inicial”*.

As emoções despertadas pelos pacientes

O paciente percebido pelo médico como difícil é aquele que, em princípio, nega a doença, não é aderente às orientações e não compreende a necessidade da participação dele no tratamento. Esse tipo de paciente afeta o médico porque traz uma sensação de impotência e insegurança: *“[...] me traz uma sensação de impotência, e às vezes é como se eu fosse impotente na verdade [...] mobiliza alguma coisa minha, de uma insegurança”*.

Ao exemplificar um caso que o afeta, contou a história de uma mãe que precisava lidar com o problema de um filho alcoólico. Esse tipo de paciente o afeta porque precisa lidar com o sofrimento de uma mãe sem perspectivas e sente que seu papel é pequeno e reduzido, principalmente quando não há no paciente a intenção de aderir ao tratamento.

O paciente difícil gera emoções como raiva, mas também pena, dependendo da evolução do caso e do vínculo que mantenha com ele. Pode chegar a gerar uma sensação de afastamento e impossibilitar o vínculo: *“é como se acabasse gerando uma sensação de afastamento, me afastasse um pouco dele na verdade, pela não participação dele no tratamento. (deu uma pausa longa) São pacientes que impossibilitam o vínculo”*.

O paciente que não desperta dificuldade é, segundo ele, o paciente que busca apoio, que se preocupa com a saúde, que entende a necessidade de cumprir o seu papel no tratamento e vem por necessidade de prevenção. *“Um paciente que vem por necessidade de prevenção [...] de preocupação com a saúde [...] aceita todas as orientações e procura fazer a parte dele”*. Esse tipo de paciente desperta em Marcos sensações boas e gera um sentimento de realização. Evoca um sentimento de competência, já que sente estar sendo eficaz. Sente satisfação, prazer e motivação com o trabalho: *“Me traz uma sensação boa, um sentimento de realização, de competência. E também de satisfação, prazer, motiva o meu trabalho”*.

Estratégias para lidar com as emoções

Em um primeiro momento, percebe que assume a responsabilidade pelos conflitos e tem sensação de impotência e insegurança. Depois, tenta compreender o processo. *“Até eu conseguir entender que na verdade eu estou tentando fazer o meu melhor, e está muito além do que eu posso fazer”*.

Há uma busca por uma melhor compreensão de si, principalmente no que se refere às relações, apesar de Marcos utilizar-se da racionalização como uma tentativa de explicar como lida com as emoções. *“Procuro trabalhar minha cabeça [...] procuro fazer o meu melhor, estar preparado para fazer o meu melhor e saber que têm coisas que não dependem unicamente de mim”*.

Marcos acredita que o bom treinamento que teve o ajuda a lidar com as situações, principalmente as que causam estresse: *“posso te dizer que nestas situações sei lidar muito bem com isso. Tive um bom treino acadêmico”*.

Procura recordar em sua história e nas histórias de seus pacientes os momentos de recuperação e reversão para tentar minimizar o sofrimento e garantir uma sensação de conforto: *“existe uma alternativa, sempre buscando uma solução, para dar um conforto, para dar um alento”*.

Leitura analítica

Marcos parece conectado e consciente de suas fragilidades, assim como do trabalho que precisa fazer para progredir nesse caminho. Faz terapia, o que, segundo ele, ajuda-o: *“Eu procuro refletir, tem a questão da terapia também, é um fator que ajuda”*.

Considera importante que os médicos reconheçam suas próprias emoções e acredita que possui algo em sua personalidade que o permite ser um bom clínico: *“Faz parte um pouco da personalidade”*.

Parece ter clareza das dificuldades de sua profissão. Aponta a questão da cobrança e do querer resolver tudo como um fator que precisa constantemente trabalhar e refletir. *“Você tem uma ânsia de resolver tudo e muitas vezes você não tem uma estrutura adequada para isso”*.

A ansiedade gerada pela impotência e o medo de errar que muitas vezes sente diante das situações é algo que dificulta o seu trabalho. A sensação de incapacidade que pode ter em alguns momentos pode levar ao estresse e ao afastamento dos pacientes.

Reconheceu na relação com o paciente que o afeta negativamente, emoções como raiva e pena; são pacientes que reforçam nele a sensação de impotência e geram insegurança, podendo desencadear uma atitude de afastamento e impossibilitar vínculo. Sua estratégia para lidar com essas emoções, num primeiro momento, é responsabilizar-se; sente-se impotente, o que gera ansiedade; mas depois há uma tentativa de compreensão por meio da reflexão e da racionalização. Sua atitude diante das dificuldades é culpar-se, o que gera ansiedade, mas depois tentar superar. Nas relações onde percebe afetos positivos e emoções como prazer, sente-se motivado com o trabalho; elas reforçam o sentimento de realização e competência.

Interessa-se mais pelo caso e pelo paciente quando está instigado de alguma maneira nesta relação. Sensações boas que são evocadas por alguns pacientes geram satisfação e motivam mais o trabalho. Preocupar-se em perceber a emoção do paciente vai trazer a sensibilidade para o atendimento e fazê-lo ficar atento não só às emoções que são verbalizadas pelo paciente, mas trazidas pela linguagem de uma forma geral.

Marcos parece ter clareza sobre as dificuldades de sua profissão, e a questão da responsabilização e da cobrança aparece como um fator de constante reflexão por parte do médico. A ansiedade gerada pela impotência que muitas vezes sente é algo que vem sendo trabalhada.

Diz perceber as emoções, apesar de demonstrar dificuldade em alguns momentos. Para ele, as suas emoções são auxiliares no tratamento do paciente e demonstram disposição para pensar e refletir sobre os impactos da relação. Utiliza-se de recursos de autoconhecimento e reflexão sobre os seus processos emocionais, auxiliados pelo trabalho que vem desenvolvendo com a terapia. As emoções têm lugar importante em sua prática e ele esforça-se para percebê-las, mesmo que reconheça que não consegue fazer isso sempre.

Parece diferenciar-se dos outros médicos investigados, pois tem uma percepção mais clara de suas emoções nos processos contratransferenciais e de suas estratégias e processos defensivos. Há uma busca por uma melhor compreensão de si e pela utilização das emoções como recurso para melhor compreender o paciente. Demonstra ter uma atitude mais flexível e uma persona menos rígida, o que possibilita um diálogo maior para a construção de uma relação com o paciente.

7 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar as emoções do médico e a percepção do paciente que o afeta. Observaram-se os processos emocionais em termos subjetivos e aqueles relacionais trazidos pelo relato. A análise qualitativa mostrou que afetos e emoções podem influenciar atitudes e percepções e interferir na atividade do médico.

Os médicos investigados reconhecem que as emoções estão presentes no encontro com o paciente, mas encontram dificuldade para falar sobre elas e refletir sobre “como” e “o que” os afeta. De modo geral, notou-se que existe uma distância entre o que se revela no discurso e a forma como o médico reage diante dos impactos emocionais decorrentes da interação com o paciente.

Segundo Ofri (2014), mesmo um médico mais experiente reconhece que as emoções estão presentes na Medicina, mas varia o modo como os médicos optam por processar essas emoções. Os resultados quantitativos apontaram que médicos mais velhos sentiram-se mais impactados diante dos estímulos emocionais, observando-se, no estudo de caso, pouca compreensão de como utilizar o recurso emocional.

A contratransferência tem um papel importante na dinâmica relacional em profissões que dependem de vínculos, ocasionando respostas emocionais mais ou menos percebidas. Viu-se, como exemplo, o médico que decidiu não operar uma de suas pacientes já internada porque a indicação que ele fizera de um colega para o acompanhamento clínico não tinha sido seguida. O médico demonstrou ter sido afetado, ativando um complexo de poder, mas não percebeu como isso impactou sua decisão. Segundo Jung (1907/1986, par.78), “a base essencial da nossa personalidade é afetividade. Pensamento e ação são, como se fossem, apenas sintomas da afetividade”.

Confirmando o trabalho de outros pesquisadores (STOLPER, VAN ROYEN e DINANT, 2010; DE MARCO, 2012; KOVÁCS, 2003; ROTER et al., 2006), verificou-se que os médicos dedicam pouca atenção às suas emoções, o que condiz com o modo como a Medicina é aplicada hoje. Observa-se, principalmente, nos planos de saúde, nas consultas rápidas e na pouca interação com o paciente, que este também passa a incorporar esse funcionamento e parece menos preocupado com a lealdade ao médico.

Com respeito aos aspectos emocionais do vínculo, percebe-se que os médicos se ressentem da falta de confiança e valorização de alguns pacientes que deixam transparecer

insatisfação e vão em busca de uma segunda ou até de uma terceira opinião. Sentimento semelhante também foi observado por Greenfield et al. (2012), que relataram que os médicos sentem-se vulneráveis, ficam decepcionados e ofendidos quando seus pacientes buscam uma segunda opinião. Tal atitude, que pode ser qualificada de “complexada”, impede a percepção de que o paciente muitas vezes pode requerer uma confirmação, sem necessariamente desejar romper o vínculo.

A relação médico-paciente é, sempre e invariavelmente, o resultado de um compromisso entre as “ofertas” e exigências dos pacientes e as respostas do médico (BALINT, 1988). Notou-se nas respostas que os médicos responderam com certa frequência a essas exigências revelando sentimentos como frustração e impotência perante a perda de valorização, a falta do reconhecimento e a falta de gratidão pelos anos de sacrifício e dedicação. Ainda que haja um componente objetivo de comportamento hostil de pacientes, tais sentimentos se acoplam a emoções introjetadas e provocam atitudes defensivas como afastamento, entre outras.

Infere-se das entrevistas uma forte ferida emocional, que expõe um desamparo e um sofrimento decorrente da fragilidade e da impotência diante do outro. Seria talvez uma das possíveis variáveis que contribuíram para o resultado de menor Prazer; ou seja, a ferida emocional dificultaria a obtenção de Prazer e satisfação com seu trabalho. Essa dor emocional é muitas vezes muda, sem expressão, porque não encontra espaço para reverberar. Houve nos relatos médicos que disseram ter sido atacados e sujeitos à violência. Ou seja, existe um entorno de violência com o qual precisam lidar constantemente em seus consultórios.

A dificuldade em expressar a dor, seja pela impotência ou devido à violência a que se sentem submetidos, acarreta emoções sombrias, inconscientes, que são, portanto, projetadas nos pacientes. Observou-se que o paciente percebido como difícil é predominantemente aquele que questiona, que é exigente e que o faz sentir-se impotente e inseguro, desencadeando emoções como raiva, decepção e ressentimento. Em contrapartida, o paciente visto como positivo/fácil é aquele que o reconhece e tem sentimentos de gratidão, despertando compaixão e fazendo-o sentir-se amado. Tal paciente reforça o papel do médico como o “salvador” e desencadeia sentimentos de valia e de prazer.

Balint (1988) identificou um tipo de comportamento que denominou de função apostólica, representando uma imagem idealizada que reforça o complexo de poder. A função apostólica representa uma atitude comum aos médicos diante de seus pacientes e pode ser usada de uma maneira defensiva. Uma atitude, segundo Jung (1921/2009a; 1934/2009c), é uma disposição da psique para agir, é uma predisposição que tem presente uma constelação

subjetiva e uma combinação de fatores ou conteúdos psíquicos que determinam a ação. Segundo Balint (1988), os médicos, diante do zelo apostólico, induzem o paciente a adotar as suas normas e convicções.

Pode-se inferir que essa imagem do médico apostólico, que reforça a imagem do detentor de um saber onisciente e missionário, incorpora-se à persona do médico e pode mascarar o desamparo mediante um funcionamento defensivo. Quando os médicos são impactados por emoções/afetos, por meio de um processo de racionalização, revalidam a função apostólica e a crença do que o médico precisa “ser”; é comum nos relatos médicos frases como “mas eu sou médico, não tenho afeto nenhum” ou “preciso suportar porque sou médico”.

Ao revalidar uma postura de proteção, os médicos unem-se em laços de identificação com outros médicos e reconhecem-se como iguais. Em uma rede de identificação, o médico assimila aspectos daquilo que ele aprendeu sobre o que é “ser médico” e assume tais características, que geralmente são representadas por uma figura distante e sem afetos.

De acordo com a teoria analítica, o desconhecimento e a negação do inconsciente representado como a sombra constitui complexos que interferem no funcionamento da consciência, sem reconhecimento do ego. A unilateralidade do ego tende a constituir uma persona mais rígida e dificulta a possibilidade de integração da sombra. As defesas fazem parte desse quadro. No estudo, um dos complexos apontados seria justamente o de “salvador”, vinculado ao poder junto à sombra da ferida emocional do desamparo. Quanto mais unilateral, rígida e incondicional for a defesa de um ponto de vista, mais agressivo, hostil e incompatível se tornará o outro (JUNG, 1917/1987).

Hopcke (1985) assinala que a persona médica, “*persona medici*”, composta por autoridade infalível, sabedoria e poderes mágicos, esconde as imperfeições humanas do médico.

Os médicos não conseguem sair dessa imagem ideal e atribuem a si o papel de detentores onipotentes do saber. No outro polo estaria o paciente, submisso e desinformado, situação que tem mudado na época atual, em que cada vez mais o paciente procura informações via internet e outras fontes. Consequentemente, a manutenção de uma persona rígida causará maior dificuldade para um diálogo compreensível.

Apesar de ter sido observada em todos os médicos entrevistados a dificuldade para responder as perguntas direcionadas para o modo como percebiam suas emoções e sentimentos na interação com o paciente, percebeu-se, em alguns deles, uma abertura para a reflexão.

Houve uma diferença no modo como os médicos relataram que percebiam e reconheciam a interferência emocional e a utilização (uso) da emoção no atendimento. Duas tendências foram observadas: médicos que percebem as emoções como um auxiliar no atendimento, utilizando-as como um instrumento; e médicos que percebem as emoções como negativas e acreditam que elas devam ser eliminadas.

Os médicos que perceberam as emoções como um auxiliar e acreditam que a emoção interfira no diagnóstico e/ou tratamento, demonstram maior preocupação em percebê-las e ficam mais atentos a elas durante o atendimento. Na entrevista, pareciam mais reflexivos e mais interessados em falar sobre suas emoções, mesmo que também tenham encontrado dificuldades. Em relação à percepção do paciente, parecem ter mais clareza do que os incomodava, das dificuldades da relação e de sua responsabilidade na interação.

Na perspectiva junguiana, discute-se o papel de responsabilidade do médico, pois mesmo que o médico esteja desvinculado dos conteúdos emocionais do paciente, o simples fato de o paciente possuir emoções terá efeitos sobre ele (JUNG, 1917/1987). Reconhecer a emoção como um auxiliar exige do médico uma atenção especial e instrumentos para lidar com o impacto dessas interações, o que nem sempre ele possui.

A mobilização afetiva acompanhada da falta de recursos para lidar com as demandas emocionais refletindo-se nas atitudes foi verificada no caso da médica que demonstrou um maior desgaste e desconfiança diante dos vínculos, a ponto de desencadear a recusa de atendimentos. Como estratégia diante das situações difíceis demonstrou utilizar-se de mecanismos de defesa como a evitação e a racionalização. Sentir e perceber as emoções, sem a compreensão de como utilizá-las, pode desencadear momentos de sofrimento.

Em outro exemplo, o médico que pareceu ter mais recursos e instrumentos para lidar com confrontos afetivos e que buscou o processo terapêutico para ajudá-lo nesta compreensão, demonstrou maior conexão e pareceu ser mais consciente de suas ações e fragilidades. Dentre as estratégias utilizadas para lidar com as emoções, num primeiro momento, responsabiliza-se e sente-se impotente e ansioso, mas, em seguida, há uma tentativa de compreensão, oscilando entre a reflexão e a racionalização. Sua atitude, por vezes reflexiva, por vezes racionalizada, expressa-se em tentativas de superar as suas dificuldades para ficar atento às suas emoções, mesmo que reconheça que não consegue fazer isso sempre.

Uma dinâmica diferente foi percebida nos médicos que perceberam a influência das emoções de modo negativo no encontro com o paciente. Esses médicos, que não acreditam que as emoções interfiram no diagnóstico e/ou tratamento, buscam a neutralidade e creem evitar tal influência por meio do autocontrole. Também reconhecem que não ficam atentos a

esses aspectos. No encontro da entrevista, demonstraram dificuldade de se expor e de falar sobre si. Um dos médicos mostrou-se prolixo, fugia do foco da pergunta, contava piadas de seu cotidiano; o outro interagiu e falou muito pouco. Ambos mostraram dificuldade de reconhecer as emoções relacionadas ao paciente, às vezes sem muita diferenciação entre o que os afetava negativamente e o que os afetava positivamente.

Tais médicos utilizaram como estratégia para lidar com as emoções o controle e a busca pela neutralidade e disseram não prestar atenção às suas emoções, agindo com naturalidade mesmo nos momentos difíceis.

Observou-se que alguns mecanismos de defesa utilizados foram a negação e a ironia, percebidas no segundo exemplo, quando o médico contou como havia criado o “clube dos chatos”, referindo-se aos pacientes incomodativos. As suas atitudes eram mais racionais e distantes. Eles pareciam incomodar-se mais com as situações em que eram questionados e com a demanda de trabalho excedente que um paciente poderia lhes trazer se lhe fosse dado espaço para falar mais sobre si. O médico que se mostrou mais fechado emocionalmente na entrevista foi também o médico que disse ficar menos tempo com o paciente. Abre-se a questão: esta não seria uma defesa para atenuar uma possível carga emocional?

Entendendo que as exigências do trabalho do médico são muito altas, as defesas são, até certo ponto, necessárias para lidar com a carga decorrente da profissão (WAHBA, 2001). O risco se encontraria no emprego excessivo dessas defesas quando uma persona rígida ao extremo é inconscientemente acompanhada de insegurança e vulnerabilidade sombria. A atuação de um complexo ativado, seja este de poder ou outro, pode levar o médico a tornar-se ríspido, sem paciência e incomodar-se com situações em que é questionado.

Como tudo que é inconsciente é projetado, haverá projeções nos pacientes de uma insegurança que faz o médico sentir-se cobrado e avaliado, precisando constantemente mostrar sua eficácia. Portanto, o paciente difícil acaba sendo aquele que de alguma maneira vem questionar sua segurança. O médico que projeta em determinado paciente a sensação de impotência reagirá a ele com raiva ou incômodo. Quem se encaixa no perfil de difícil e de quem não faz o que ele orienta seria aquele que contesta o seu poder.

A dificuldade não se restringe ao comportamento factual do paciente, mas depende de como o médico interpreta tal comportamento em função de suas próprias convicções e sentimentos. De Marco (2005) chega à mesma conclusão, ao afirmar que não são somente as características do paciente que produzem a condição de dificuldade para ajudar, mas as percepções e características dos profissionais.

Balint (1988) observa que ser médico é lidar constantemente com o fato de estar inserido em uma relação em que a personalidade constitui um fator determinante para o tratamento do paciente. A personalidade, as ideias, os valores, os padrões habituais de reação emocional do médico irão aparecer por meio da projeção contratransferencial. Jung (1929/1985a; 1946/2011) já havia concluído que não é somente a personalidade do paciente que ganha destaque no tratamento psíquico, mas também a personalidade do médico.

No entanto, reconhecer a contratransferência não é tarefa fácil, como observado nas entrevistas nas respostas dadas perante os impactos emocionais; segundo Jung (1931/2009b, par. 667), “gostamos simplesmente de lisonjearmo-nos com a ideia de sermos senhores em nossa própria casa”. Ainda existe na Medicina o modelo em que há uma cisão entre o pensamento racional e a expressão emocional. Essa dificuldade, também observada nas pesquisas de De Marco (2012), constata que apesar dos avanços nas neurociências, a Medicina ainda separa o pensamento do corpo, das vivências e das emoções.

As emoções, centro dos complexos, tecem e organizam experiências. Sua presença constante e independente da vontade da consciência interfere nas atitudes e percepções e na forma como se percebe e se comunica com o mundo (JUNG, 1904/1994; 1934/2009c). Segundo Tomkins (2008), o pensamento nunca é imparcial. O sistema afetivo está sempre presente e motiva todas as escolhas importantes de um indivíduo.

No campo das neurociências, e principalmente em autores como Damásio (2006, 2011), recuperou-se o pressuposto de que a emoção pode e deve ser compreendida como um auxiliar do processo racional, já que as emoções e os processos cognitivos fazem parte de circuitos mentais confluentes.

Pode-se observar nos estudos de Croskerry Abbass e Wu (2010) e Meier, Back e Morrison (2001) como as emoções podem transformar e influenciar a percepção, a atenção, a aprendizagem e a autoimagem, o que certamente amplia a compreensão da atividade médica e do processo de tomada de decisão.

Nota-se que apesar dos médicos reconhecerem que as emoções estão presentes, pouco reconhecem como elas atuam e influenciam suas atitudes e percepções. Dirigir o olhar do médico para a compreensão desse processo traria ganhos não só para a relação médico-paciente, mas para a própria atividade. A importância de compreender as projeções e a contratransferência no encontro clínico, além de desempenhar um papel importante na compreensão do outro e de si mesmo, também pode interferir nos processos decisórios e impactar no atendimento do paciente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se constata o quão complexo é o processo emocional, também se reconhece quão difícil é tratar o fenômeno das emoções e observá-las em toda sua plenitude. O objetivo desta pesquisa foi explorar as emoções dos médicos, avaliar a sua percepção emocional, a incidência e os fatores do estresse, a percepção e os afetos relacionados aos pacientes que despertam e que não despertam dificuldades, e o reconhecimento das emoções na prática em geral.

As emoções estão presentes nas interações com o paciente, mas o médico ainda dedica pouco o seu olhar para elas. O modo como os médicos percebem as emoções no atendimento interfere em suas atitudes e nos mecanismos de defesa utilizados. Ainda parece ser um tabu falar sobre o que sente, o que o emociona e o que o afeta. Mesmo que não percebam, os médicos têm respostas emocionais em relação a seus pacientes e essa cegueira emocional parece apontar para algumas feridas, afetando o médico com um sofrimento produzido por complexos ativados, como o de “salvador” e sentimentos de desamparo.

O trabalho do médico envolve desafios relacionais. Não há médico sem paciente. Refletir sobre as emoções pode propiciar um ganho individual, mas principalmente auxiliar na leitura do “outro” e no modo de julgar e pensar a própria prática.

O universo da Medicina parece tão rico e ao mesmo tempo tão frágil. Os médicos vivem em uma linha muito tênue permeada por sentimentos de violência pouco discutidos, que precisariam ser colocados em diálogo do ponto de vista relacional. Os médicos têm sido agredidos em seus consultórios e nos hospitais.

Persiste na classe médica a valorização de um papel de poder absoluto, que submete o paciente a um controle infantilizado. O médico, para “ser médico”, assume esses valores, que o prendem a uma imagem que enfatiza exageradamente a neutralidade e influencia atitudes que podem produzir uma falta de compreensão dos pacientes e de suas necessidades como pessoas. Falta o entendimento de que a expressão do organismo é um todo e a doença não é elemento isolado desse todo.

O distanciamento afetivo, que não pode deixar de correr em paralelo ao distanciamento compreensivo, é mais intensamente perceptível em alguns médicos e reforça a persona “sem afetos”. Nos médicos em que se percebe uma aproximação maior com o paciente, nota-se uma abertura maior para a reflexão e para um olhar para si.

Em relação à profissão do médico, percebe-se que novas exigências vêm sendo colocadas, inclusive no relacionamento com os pacientes, que também adquiriram outro tipo de perfil. A postura e as atitudes dos médicos estão sendo questionadas, e parece ser urgente repensar um novo papel. As transformações devem ser discutidas do ponto de vista institucional, mas também individual. É necessário que, individualmente, os médicos reavaliem e recuperem a reflexão sobre o sentido do trabalho.

Por mais vergonhoso que possa parecer, dez anos depois de formando, nunca havia ocorrido refletir sobre a finalidade da minha profissão. Para que serve a medicina? Se me perguntassem, provavelmente teria respondido ingenuamente que ela existia para curar pessoas [...] Fiquei com raiva de mim mesmo e de todos os médicos onipotentes, que se atribuíam o papel exclusivo de salvadores de vidas, pretensão equivocada da razão de existirmos [...] Tive vontade de percorrer as faculdades de medicina para dizer aos alunos, no primeiro dia de aula, o que nunca ouvimos de meus professores: na medicina, curar é objetivo secundário, se tanto. A finalidade primordial de nossa profissão é aliviar o sofrimento humano. (VARELLA, 2004, p. 147).

A contribuição da psicologia profunda realça a possibilidade de fornecer uma aproximação ao inconsciente e uma compreensão da atuação dos complexos, auxiliando na busca de novos significados e modos de agir na profissão. O estudo revelou que há, por parte de alguns médicos, uma abertura para mudança, faltando-lhes justamente os instrumentos necessários.

A dificuldade reside no canal de acesso aos médicos. Quando se entende que as defesas são em parte necessárias ao exercício de uma função que tanto sobrecarrega, estratégias de aproximação da psicologia no campo da medicina se fazem necessárias. Por exemplo, poderia se fomentar a divulgação de pesquisas em congressos e discussão sobre o impacto que as emoções podem ter no atendimento e nos processos de decisão.

Pode-se pensar também em um modelo de apoio aos médicos, a ser feito individualmente, no próprio consultório. Esse apoio individual seria conduzido por um psicólogo mentor ou um conselheiro que conhecesse os processos de transferência e contratransferência e que pudesse auxiliá-los na compreensão dessas interações.

Outra possibilidade seria criar, dentro das Associações Médicas, centros de apoio ao médico, para que pudessem ter acesso a uma rede de informações para lidar com as demandas de sua profissão. Nota-se que há um extenso trabalho de apoio conduzido com estudantes de Medicina, mas poucos conduzidos com os médicos após a formação, a exceção de alguns hospitais.

Esta pesquisa abre o caminho para que novos estudos sejam aprofundados no tema das emoções e de sua influência na prática médica, considerando cortes como as diferenças entre gêneros, idade e especialidades. Sugere-se que a saúde do médico seja investigada sob o

ponto de vista emocional e que se ampliem as discussões sobre a percepção do médico e o impacto nos processos de decisão.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A.B. de T.; HERZOG, R. Os afetos do analista na obra freudiana. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 119-131, 2011.
- ARK, T.K.; BROOKS, L.R.; EVA, K.W. The benefits of flexibility: the pedagogical value of instructions to adopt multifaceted diagnostic reasoning strategies. *Med Educ*, v. 41, n. 3, p. 281-287, mar. 2007.
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BECHARA, A.; DAMASIO, H; DAMASIO, A.R. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, v.10, n.3, p. 295–307, mar. 2000.
- BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T.; GONÇALVES, M.B. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 33, n. 1, p. 10-23, mar. 2009.
- BRADLEY, M.; LANG, P. Measuring emotion: the self-assessment manikin and the semantic differential. *J. Behav. Ther e Exp. Psychiat.*, v. 25, n. 1, p. 49-59, mar. 1994.
- BRANDT, J.A. Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. *Vínculo*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 113-219, dez. 2009.
- BUNTINX, F.; TRUYEN, J.; EMBRECHTS, P.; MOREEL, G.; PEETERS, R. Chest pain: an evaluation of the initial diagnosis made by 25 Flemish general practitioners. *Fam. Pract.* v. 8, n. 2, p. 121-124, jun. 1991.
- BYINGTON, C. A. O Conceito de Self Terapêutico e a interação da transferência defensiva e da transferência criativa no quatérnio transferencial. *Junguiana*, v. 3, p. 5-18, jan/dez. 1985.
- CAPRARA, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
- CARDOSO, F.M.S. *Estrutura e dinâmica do sistema afectivo das dimensões de avaliação às estruturas de acção-emoções: contributos para uma hermenêutica*. 2008. 429f. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2008.
- CARVALHO, L.D. *Atenção Básica: Stress e estressores ocupacionais em médicos e enfermeiros de Paracambi / RJ*. 2007. 118f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- CARVALHO, N.M.C. *Dessensibilização Emocional a Estímulos Violentos: Efeitos numa Tarefa de Atenção*. 2009. 57f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2009.
- COLE, TR; CARLIN, N. The Suffering of physicians. *Lancet*. v. 374, n. 9699, p. 1414-1415, out. 2009.

COX, K.; BRITTEN, N.; HOOPER, R.; WHITE, P. Patients' involvement in decisions about medicines: GPs' perceptions of their preferences. *British Journal of General Practice*, v. 57, n. 543, p. 777-784, oct. 2007.

CRESWELL, J.W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Trad. Magda Lopes. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. *Pesquisa de métodos mistos*. Trad. Magda Lopes. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CROITOR, L.M.N. *Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida*. 2010. 130f. Dissertação (Mestrado em Neurociências) – Departamento de Neurociências Clínica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CROSKERRY, P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Academic Emergency Medicine*, v. 9, n. 11, p. 1184-1204, nov. 2002.

CROSKERRY, P; ABBASS, A; WU, AW. How doctors feel: affective issues in patient safety. *Lancet.*, v. 372, n. 9645, p. 1205-1206, out. 2008.

CROSKERRY, P; ABBASS, A; WU, AW. Emotional influences in patient safety. *Journal of Patient Safety*, v. 6, n. 4, p. 199-205, dez. 2010.

DAMÁSIO, A. *O Erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia da Letras, 2006.

DAMÁSIO, A. *E o cérebro criou o homem*. São Paulo: Companhia da Letras, 2011.

DE MARCO, M. A. *Comunicação em saúde: fatores que interferem no vínculo e na comunicação na relação médico-paciente*. 2005. 175f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

DE MARCO, M. A. Comunicação e relação. In: DE MARCO, M. A.; ABUD, C.C.; LUCCHESI, A.C.; ZIMMERMANN, V.B. *Psicologia Médica: abordagem integral do processo saúde-doença*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 63-104.

DEWES, J.O. *Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos*. 2013. 53f. Monografia. (Bacharel em Estatística) – Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DINANT, GJ; KNOTTNERUS, JA; VAN WERSCH, JW. Diagnostic impact of the erythrocyte sedimentation rate in general practice: a before-after analysis. *Family Practice*, v. 6, p. 28-31, 1992.

DOLCOS, F.; KRAGEL, P.; WANG, L.; MCCARTHY, G. Role of the inferior frontal cortex in coping with distracting emotions. *Neuroreport*, v.17, n.15, p. 1591-1594, out. 2006.

DOWELL, A.C., COSTER, G.; MAFFEY, C. Morale in general practice: crisis and solutions. *J. N. Z. Med. Assoc.*, v. 115, n. 1158, jul. 2002.

EDGCUMBE, D. But there are no QOF points for Balint work!: Its place in modern practice. *Br J Gen Pract.* v. 60, n. 580, p. 858-859, Nov. 2010.

EKMAN, P. *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de Papel, 2011.

ELDER, N.; RICER, R.; TOBIAS, B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* v. 19, n. 6, p. 533-541. nov/dez. 2006.

ESTRADA, C.A.; ISEN, A.M.; YOUNG, M.J. Positive affect facilitates integration of information and decreases anchoring in reasoning among physicians. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, v. 72, n. 1, p. 117-135, out. 1997.

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 1, p. 21-27, jan/mar. 1993.

FRAGA, G.S. *Ambiente de trabalho, estresse e saúde em médicos da rede municipal de saúde de Goiânia*. 2004. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Departamento de Ciências, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

FREUD, S. *Observações sobre o amor transferencial* [1915]. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* [1910]. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1985a.

FREUD, S. *Além do princípio de prazer* [1920]. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1985b.

FREUD, S. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* [1912]. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

FREUD, S. *Estudos sobre a histeria* [1905]. Vol. VII. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FRIJDA, N. *The Emotions*. New York: Cambridge University Press, 1994.

GAMBINI, R. *O espelho índio: os jesuítas e a destruição da alma indígena*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988.

GARRIGA, X.M.; DOMÉNECH, J.M.C.; LANAU, N.F; BUIL, A.A.; CASAS, I.Z.; VIDAL, R.V. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Atención Primaria*. v. 31, n. 4, p. 214-219, mar. 2003.

GREENFIELD, G.; PLISKIN J.S., FEDER-BUBIS, P.; WIENTROUB, S.; DAVIDOVITCH, N. Patient-physician relationships in second opinion encounters: the physicians' perspective. *Social Science & Medicine*, v. 75, n. 7, p. 1202-1212, out. 2012.

GROOPMAN, J. *Como os médicos pensam*. Rio de Janeiro: Agir, 2008.

GRÜHN, D.; SCHEIBE, S. Age-related differences in valence and arousal ratings of pictures from the International Affective Picture System (IAPS): do ratings become more extreme with age? *Behav Res Methods*, v. 40, n. 2, p. 512-521, mai. 2008.

GULBRANDSEN, P.; BENTH, J.S.; DAHL, F.A.; JENS, B.F.; FINSET, A.; HALL, J.A.; Specialist physicians' sensitivity to patient affect and satisfaction. *Med Care*. v. 50, n. 4, p. 290-293, apr. 2012.

HAHN, S.R.; THOMPSON, K.S.; WILLS, T.A.; STERN, V.; BUDNER, N.S. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J. Clin. Epidemiol.*, v. 47, n. 6, p. 647-657, jun. 1994.

HALL, J. A. Sonhos e transferência/contratransferência: o campo transformador. In: SCHWARTZ-SALANT, N.; STEIN, M. (Org.). *Transferência contratransferência*. São Paulo: Cultrix, 1992.

HALPERN, J. Empathy and patient-physician conflicts. *Journal of General Internal Medicine*, v. 22, n. 5, p. 696-700, mai. 2007.

HEIMANN, P. On countertransference. *International Journal of Psycho Analysis*, v. 31, p. 81-84, 1950.

HILLMAN, J. *Emotion: a comprehensive phenomenology of theories and their meanings for therapy*. 1st paperback edition. Evanston: Northwestern University Press, 1992.

HOPCKE, R. H. *Persona: where sacred meets profane*. Boston & London: Shambhala, 1985.

HOPCKE, R. H. *Guia para a obra completa de C.G.Jung*. Petrópolis: Vozes, 2011.

HUGHES, P.; KERR, I., Transference and countertransference in communication between doctor and patient. *Advances in Psychiatric Treatment*. v. 6, p. 57-64, 2000.

ISEN, A.M. An influence of positive affect on decision making in complex situations: theoretical issues with practical implications. *Journal of Consumer Psychology*, v. 11, n. 2, p. 75-85, jan. 2001.

ISEN, A.M.; ROSENZWEIG, A.S.; YOUNG, M.J. The influence of positive affect on clinical problem solving. *Medical Decision Making*, v. 11, n. 3. p. 221-227, ago. 1991.

IZARD, C. *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press, 1991.

JACOBY, M. *O encontro analítico: transferência e relacionamento humano*. São Paulo: Cultrix, 1984.

JUNG, C.G. Os problemas da psicoterapia moderna [1929]. In: *A prática da psicoterapia*. O.C. XVI/1. Trad. Maria Luiza Appy. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985a. par. 114-174.

JUNG, C.G. *Fundamentos da psicologia analítica* [1935]. O.C.XVIII/1. Trad. Araceli Elman. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985b.

JUNG, C.G. A psicologia da Dementia Praecox: um ensaio [1907]. In: *Psicogênese das doenças mentais*. O.C. III. Trad. Marcia de Sá Cavalcanti. Petrópolis: Vozes, 1986. par. 1-302.

JUNG, C.G. *Psicologia do Inconsciente* [1917]. O.C. VII/I. Trad. Maria Luiza Appy. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

JUNG, C.G. *O eu e o inconsciente* [1916]. O.C. VII/2. Trad. Dora Ferreira da Silva. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

JUNG, C.G. Parecer médico sobre um caso de simulação de insanidade mental [1904]. In: *Estudos psiquiátricos*. O.C. I. Trad. Lucia Mathilde Edlich Orth. Petrópolis: Vozes, 1994. par. 356-429.

JUNG, C.G. A psicologia da figura do ‘trickster’ [1954]. In: *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. O.C. IX/I. Trad. Maria Luiza Appy e Dora Mariana R. Ferreira da Silva. Petrópolis: Vozes, 2000. par. 456-488.

JUNG, C.G. *Tipos psicológicos* [1921]. O.C. VI. Trad. Lucia Mathilde Endlich Orth. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2009a.

JUNG, C.G. O Problema fundamental da psicologia contemporânea [1931]. In: *A natureza da psique*. O.C. VIII/2. Trad. Mateus Ramalho Rocha. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2009b. par. 649-688.

JUNG, C.G. Considerações gerais sobre a teoria dos complexos [1934]. In: *A natureza da psique*. O.C. VIII/2. Trad. Mateus Ramalho Rocha. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2009c. par. 194-219.

JUNG, C.G. A psicologia da transferência [1946]. In: *Ab-reação, análise dos sonhos e transferência*. O.C. 16/2. Trad. Maria Luiza Appy. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. par. 353-538.

JUNG, C.G. Sobre os arquétipos do inconsciente coletivo [1933]. In: *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. O.C. IX/I. Trad. Maria Luiza Appy e Dora Mariana R. Ferreira da Silva. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. par. 1-86.

KATSURAYAMA, M.; GOMES, N.M.; BECKER, M. A.; SANTOS, M.C.; MAKIMOTO, F.H.; SANTANA, L.L.O. Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários. *Psicologia Hospitalar*, v. 9, n. 1, p. 75-96, 2011.

KELLY, V.C. *A Primer of Affect Psychology*. 2009. Disponível em: <www.tomkins.org/uploads/Primer_of_Affect_Psychology.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2012.

KNESEBECK, O.V.D.; KLEIN, J.; FRIE, K.G.; BLUM, K.; SIEGRIST, J. Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields: results of a nationwide survey in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 107, n. 14, p. 248-253, abr. 2010.

KOVÁCS, M.J. *Educação para morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVACS, G.; CROSKERRY, P. Clinical decision making: an emergency medicine perspective. *Academic Emergency Medicine*, v. 6, n. 9, p. 947-952, set. 1999.

KUSHNIR, T.; KUSHNIR, J.; SAREL, A.; COHEN, A.H. Exploring physician perceptions of the impact of emotions on behavior during interactions with patients. *Family Practice*, v. 28, n. 1, p. 75-81, set. 2011.

LANG, P.J. The emotion probe: studies of motivation and attention. *American Psychologist*, v. 50, n. 5, p.372-385, 1995.

LANG, P.; BRADLEY, M.; CUTHBERT, B. *International affective picture system (IAPS): Instructional manual and affective ratings*. [Technical report A-4]. The Center for Research in Psychology, University of Florida. 1997.

LASAITIS, C.; RIBEIRO, R.L.; FREIRE, M.V.; BUENO, O.F.A. Atualização das normas brasileiras para o International Affective Picture System (IAPS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 30, n. 3, p. 230-235, 2008.

LAZARUS. Emotion and Adaptation. In: PERVIN, L.A. (Ed.) *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford, 1991, p. 609-673.

LEDOUX, J. *Cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LICHTENSTEIN A. Integrating intuition and reasoning: how Balint groups can help medical decision making. *Australian Family Physician* v. 35, n. 12, p. 987-989, dez. 2006.

LIPP, M. E. N. *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N; GUEVARA, A. J. H. Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). *Estudos Psicologia*. v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.

LORENZETTI, R.C.; JACQUES, M.; DONOVAN, C.; COTTRELL, O.; BUCK, J. Managing Difficult Encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician*. v. 87, n. 6, p. 419-425, mar. 2013.

MALTERUD, K.; HOLLNAGEL, H. The doctor who cried: a qualitative study about the doctor's vulnerability. *Annals of Family Medicine*, v. 3, n. 4, p. 348-352, jul/ago. 2005.

MARCO, O.L.N. O estudante de medicina e a procura de ajuda. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 3, p. 476-481, jul/set. 2009.

MASCIA, A. R.; SILVA, F.B.; LUCCHESI, A.C.; DE MARCO, M.A.; MARTINS, M.C.F.N.; MARTINS, L.A.N. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 1, p. 40-48, 2009.

- MAST, M.S.; HALL, J.A.; ROTER, D.L. Caring and dominance affect participants' perceptions and behaviors during a virtual medical visit. *Journal of General Internal Medicine*, v. 23, n. 5, p. 523-527, 2008.
- MEHRABIAN, A.; J. RUSSELL, E. J. Evidence for a three-factor theory of emotions. *Journal of Research in Personality*, v. 11, p. 273-279, 1977.
- MEIER, D.E.; BACK, A.L.; MORRISON, R.S. The inner life of doctors and care of the seriously ill. *JAMA*, v. 286, n. 23, p. 3007-3014, 2001.
- MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.44, n.2, p. 135-140, abr/jun. 1998.
- MELLO FILHO, J. Identidade médica: o normal e o patológico. In: MELLO FILHO, J. (Org). *Identidade médica: implicações históricas e antropológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 213-271.
- MILLAN, L.R.; ARRUDA, P.C.V. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008.
- NATHANSON, D. L. Prologue: Affect Imagery Consciousness. In: TOMKINS, S. *Affect Imagery Consciousness: The Complete Edition*. New York: Springer Publishing Company, 2008.
- O'RIORDANA, M.; SKELTONB, J.; CROIXB, A. Heartlift patients? An interview-based study of GP trainers and the impact of 'patients they like'. *Family Practice*, v. 25, p. 349-354, 2008.
- OFRI, Danielle. *What doctors feel: how emotions affect the practice of medicine*. Boston: Beacon Press, 2014.
- ORTONY, A.; TURNER, T. J. Basic emotions. *Psychological Review*, v. 97, n. 3, p. 315-331, 1990.
- OSGOOD, C.; SAUCI, G.; TANNEMBAUM, P. *Measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press, 1957.
- PANKSEPP, J. *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University Press, 1998.
- PATEL, V. L.; KAUFMAN, D.R.; AROCHA, J. F. Emerging paradigms of cognition in medical decision-making. *Journal of Biomedical Informatics*, v. 35, p. 52-75, 2002.
- PATEL, V. L.; AROCHA, J. F.; ZHANG, J. Thinking and Reasoning in Medicine. In: HOLYOAK, K. J.; MORRISON, R. G. *Cambridge Handbook of Thinking and Reasoning*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2004.
- PERRONE, M.P.M.S.B. *Complexo: conceito fundante na construção da psicologia de Carl Gustav Jung*. 2008. 155f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PÔRTO, W.G.; BUENO, O.F.A.; BERTOLUCCI, P.H.F. *Manual de Instrução e Escores Afetivos: International Affective Picture System (IAPS) e Self-assessment manikin (SAM)*. 2008. Disponível em: < <http://www.unifesp.br/dpsicobio>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

RACKER, H. *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

RAMOS, D.G. *A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus, 2006.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; LIMA, M.C.P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. *Interface*, v. 6, n. 11, aug. 2002.

RIBEIRO, R.L.; POMPÉIA, S.; BUENO, O. F.A. Normas brasileiras para o Internacional Affective Picture System (IAPS): comunicação breve. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 26, n. 2, p. 190-194, mai/ago. 2004.

ROSSI-BARBOSA, L.A.R. Comunicação não verbal na atenção médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 3, p. 363–370, 2010.

ROSS, L. D.; AMABILE, T. M.; E STEINMETZ, J. L. Social Roles, Social Control, and Biases in Social-Perception Processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 35, n. 7, p. 485-494, 1977.

ROTER, D.L.; FRANKEL, R.M.; HALL, J.A.; SLUYTER, D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits: mechanisms and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, v. 21, n. 1, p. 28-34, jan. 2006.

SALGADO, R. O que facilita e o que dificulta uma consulta. *Revista Portuguesa Clínica Clínica Geral*, v. 24, p. 513-518, 2008.

SAMUELS, A. *A psique política*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

SAMUELS, A. *Countertransference, the imaginal world, and the politics of the sublime*. The Jung Page, 2003. Disponível em: <<http://www.cgjungpage.org>> Acesso em: 4 de ago. de 2013.

SANTOS, R.F.; SILVEIRA, R.A.T.; GOMES, C.F.A.; STEIN, L.M. Normas de emocionalidade para a versão brasileira do paradigma Deese-Roediger-McDermott (DRM). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.25, n.3, Brasília, jul/set. 2009.

SCHERER, K. What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, v.44, n.4, p. 695–729. 2005.

SEABURN, D.B.; MORSE, D.; MCDANIEL, S.H.; BECKMAN, H.; SILBERMAN, J.; EPSTEIN R.M. Physician responses to ambiguous patient symptoms. *Gen Intern Med*, v. 20, n. 6, p. 525-530, 2005.

SEROUR, M.; AL OTHMAN, H.A.; KHALIFAH, G.A. Difficult Patients or Difficult Doctors: an analysis of problematic consultations. *Eur J Gen Med*, v. 6, n. 2, p. 87-93, 2009.

SILVA, G.S.N. *A construção do 'ser médico' e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado*. 2007. 295f. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SISSON, J.C., DONNELLY, M.B., HESS, G.E., WOOLLISCROFT, J.O. The characterization of early diagnostic hypotheses generated by physicians (experts) and students (novices) at one medical school. *Academic Medicine*, v. 66, p. 607-612, 1991.

SMITH, S. Dealing with the difficult patient. *Postgrad Med J*. v. 71, n. 841, p. 653-657, nov. 1995.

SMITH, R.C.; ZIMMY, G.H. Physicians' emotional reactions to patients. *Psychosomatics*, v. 29, n. 4, p. 392-397, 1988.

SOARES, I. N.L.S.; SOUZA, L. C. G.; CASTRO, A.L.F.; ALVES, C.F. Análise do estresse ocupacional e da síndrome de burnout em profissionais da estratégia saúde da família no município de Maceió/AL. *Revista Semente*. v. 6, n. 6, p. 84-98, 2011.

STEIN, M. Poder, xamanismo e maiêutica na contratransferência. In: SCHWARTZ-SALANT, N.; STEIN, M. (Org.). *Transferência contratransferência*. São Paulo: Cultrix, 1992.

STEIN, M. *Jung: O mapa da alma*. São Paulo: Cultrix, 2006.

STEINMETZ, D.; TABENKIN, H. The difficult patient as perceived by family physicians. *Family Practice*, v. 18, n. 5, p. 495-500, out. 2001.

STOLPER, E. *Gut feelings in general practice*. Dissertation. School for Public Health and Primary Care (CAPHRI) at Maastricht University, The Netherlands, 2010.

STOLPER, E.; VAN BOKHOVEN, M.; HOUBEN, P.; VAN ROYEN, P.; VAN DE WIEL, M.; VAN DER WEIJDEN, T.; JAN, D.G. The diagnostic role of gut feelings in general practice: a focus group study of the concept and its determinants. *Family Practice*, v. 10, n. 17, 2009a.

STOLPER, E.; VAN ROYEN, P.; DINANT, G.J. 'Gut feelings' in general practice in Europe: a short report about recognition and expressions. *European Journal of General Practice*, v. 2, p. 72-74, 2010.

STOLPER, E.; VAN ROYEN, P.; VAN DE WIEL, M.; VAN BOKHOVEN, M.; HOUBEN, P.; VAN DER WEIJDEN, T.; JAN, D.G. Consensus on gut feelings in general practice. *Family Practice*, v. 10, n. 66, 2009.

STREET, R.L.; HAIDET P. How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs. *Journal of General Internal Medicine*, v. 26, n. 1, p. 21-7, jan. 2011.

STREET, R.L.; GORDON, H.; HAIDET, P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*, v. 65, n. 3, p. 586-598, aug. 2007.

TEO, A.R.; DU, Y.B.; ESCOBAR, J.I. How can we better manage difficult patient encounters? *The Journal of Family Practice*. v. 62, n. 8, aug. 2013.

TOMKINS, S. *Affect Imagery Consciousness: the complete edition*. New York: Springer Publishing Company, 2008.

TRAN, V. *The influence of emotions on decision-making processes in management teams*. Genève: Universidade de Genève, 2004. 219f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia e Ciências da educação, Universidade de Genève, Genève, 2004.

VARELLA, D. *Por um fio*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

VON FRANZ, M-L. *Reflexos da Alma: projeção e recolhimento interior na psicologia de C.G.Jung*. São Paulo: Cultrix, 1997.

WAHBA, L. L. *Relação médico-paciente: subsídios da psicologia para a educação médica*. 2001. 250f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

WATSON, D.; CLARK L.A. *THE PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule - Expanded Form*. Iowa: The University of Iowa, 1994.

WIENER, Jan. *The Therapeutic Relationship: transference, countertransference, and the making of meaning*. Texas: Texas A&M University Press, 2009.

ZAJONC, R. On the primacy of affect. *American Psychologist*, v. 39, p.117-123. 1984.

ANEXO A



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Comitê de Ética em Pesquisa
Sede Campus Monte Alegre

PUC-SP

São Paulo, 18 de maio de 2012.

Termo de Compromisso do(a)(os)(as) Pesquisador(a)(es)(as)
Responsável(is)

Título da Pesquisa: As emoções do médico e a imagem do paciente.

Os(as) pesquisadores(as), abaixo assinados(as), se comprometem a:

- Respeitar e cumprir a Teoria Princialista que visa salvaguardar a **autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, privacidade e confidencialidade** (Res. 196/96 CONEP/CNS/MS);
- Não violar as normas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Comunicar ao sujeito da pesquisa todas as informações necessárias para um adequado "consentimento livre e esclarecido" e solicitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apenas, quando o sujeito da pesquisa tenha conhecimento adequado dos fatos e das conseqüências de sua participação, e tenha tido oportunidade para considerar livremente se quer participar da pesquisa ou não;
- Obter de cada sujeito de pesquisa um documento assinado ou com impressão datiloscópica como evidência do consentimento livre e esclarecido;
- Renovar o consentimento livre e esclarecido de cada sujeito se houver alterações nas condições ou procedimentos da pesquisa, informado procedimento ao CEP;
- Manter absoluto e total sigilo e confidencialidade em relação à identificação do sujeito da pesquisa e dados constantes em prontuários ou banco de dados.
- Respeitar o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e derivados;
- Não prejudicar o meio ambiente em sua totalidade (fauna e a flora);
- Cumprir na integralidade todas as resoluções do Conselho Nacional de Saúde CNS/MS, bem como todos os diplomas legais referentes ao tema da ética em pesquisa, dos quais declaramos ter pleno conhecimento.
- Desta forma, nós pesquisadores(as) abaixo subscritos, nos comprometemos, em caráter irrevogável e irretratável, por prazo indeterminado, a cumprir toda legislação vigente, bem como as disposições deste **Termo de Compromisso**.

Nome do(a) Orientador(a): Liliana Liviano Wahba

Assinatura do(a) Orientador(a): *Liliana Liviano Wahba*

CPF Nº 089.556.278-23 RG Nº 3.227.138-4

Nome do(a) Orientador(a):

Assinatura do(a) Orientador(a):

CPF Nº RG Nº

Nome do(a) Autor(a): Laura Marques Castelhana

Assinatura do(a) Autor(a): *Laura Marques Castelhana*

CPF Nº 170.748.498-80 RG Nº 14.189.733-8

Nome do(a) Autor(a):

Assinatura do(a) Autor(a):

CPF Nº RG Nº

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: As emoções do médico e a imagem do paciente

Pesquisador responsável: Laura Marques Castelhana

Instituição responsável: Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP

Este é um convite para a participação da pesquisa intitulada: “As emoções do médico e a percepção do paciente”. A pesquisa tem como objetivo investigar as emoções do médico, a incidência de estresse e identificar o discurso relacionado à percepção do paciente. Este estudo justifica-se pela importância da relação médico–paciente na otimização do tratamento.

Serão aplicados três instrumentos: o questionário sociodemográfico, o ISSL, inventário para avaliar a incidência de estresse e o IAPS, para avaliar a percepção emocional. Nesse momento, o tempo total previsto é de 15 minutos. Em um segundo momento será realizado, com uma amostra aleatória a partir dos médicos que participaram do primeiro momento, uma entrevista semiestruturada para avaliação da percepção do paciente e as emoções do médico. O tempo previsto é de aproximadamente 50 minutos.

A sua participação nesta pesquisa envolve desconforto mínimo. Sua privacidade será respeitada, nenhuma publicação dos dados o identificará e seus registros pessoais serão mantidos confidenciais, e serão publicados somente os resultados gerais.

A sua participação é voluntária e poderá abandonar a pesquisa a qualquer momento sem que isso envolva penalidades; poderá pedir esclarecimentos sobre os procedimentos realizados quando julgar conveniente. O Sr.(a) não receberá qualquer compensação financeira por sua participação na pesquisa. Caso deseje, no final da pesquisa poderá solicitar à pesquisadora informações sobre a mesma.

Durante o estudo, se o Sr. (a) tiver qualquer dúvida, contate os pesquisadores Laura Marques Castelhana (11.9.9610.7002) ou Profa. Dra. Líliliana Liviano Wahba (11.3670-8521), ou o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP (11.3670-8466).

Declaro que li e entendi as informações contidas neste Termo de Consentimento. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário é assinado voluntariamente por mim indicando que quero participar da pesquisa, ciente de que posso negar a minha participação no momento em que desejar.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As emoções do médico e a imagem do paciente
Pesquisador: Laura Marques Castelhana
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 05555412.1.0000.5482
Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC/SP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 126.632
Data da Relatoria: 24/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Protocolo de Pesquisa para elaboração de Tese de Doutorado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, vinculado a Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP. Proposta de autoria de Laura Marques Castelhana, sob a orientação da Profa. Dra. Liliansa Liviano Wahba.

A pesquisa considera o aumento de casos de médicos com queixas de estresse e desgaste emocional e de reclamações de paciente contra médicos, assim, parte do pressuposto de que a percepção do que o outro é e representa facilita a comunicação e mobiliza recursos que influenciam a forma como o médico lida com o seu trabalho e com o seu paciente.

Para coleta de dados propõem a utilização de cinco instrumentos:

1. questionário sociodemográfico;
 2. o questionário para avaliação da imagem que o médico tem do paciente;
 3. o ISSL, inventário para avaliar a incidência de estresse;
 4. o IAPS, para avaliar a percepção emocional do médico; e o
 5. PANAS-X, para avaliação do estado emocional do médico.
- O referencial teórico para análise dos resultados embasa-se na Psicologia Analítica.

Objetivo da Pesquisa:

O protocolo informa como objetivo primário: "Analisar as emoções do médico e a imagem que ele tem do paciente". E como objetivo secundário: "Identificar o discurso relacionado à imagem do paciente; e Investigar as emoções do médico e a incidência de estresse".

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos o protocolo informa que: "A participação nesta pesquisa envolve desconforto mínimo. A privacidade será respeitada, nenhuma publicação dos dados identificará os participantes e os registros pessoais serão mantidos confidenciais, publicados somente os resultados gerais".

Sobre os Benefícios, menciona: "A percepção do que o outro é e representa facilita a comunicação e mobiliza recursos que influenciam a forma como o médico lida com o seu trabalho e com o seu paciente".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa justifica-se acadêmica e socialmente, uma vez que, aborda a questão relativa A pressão constante e o estresse que influenciam as práticas médicas e trazem consequências, não só na forma do médico estruturar o seu trabalho, mas na forma como ele interage com o paciente. A pesquisa sublinha que um dos problemas marcantes da atuação do médico está relacionado com a forma como este profissional percebe o paciente. Parte do pressuposto que as emoções dos médicos e a percepção que eles têm de seus pacientes recebem pouca atenção, apesar do avanço da psicologia no que se refere à transferência e contratransferência. Considera ainda, que a medicina não se dedica a explorar esses fenômenos presentes nas relações e que têm um papel central na construção da identidade médica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram todos apresentados, preenchidos, assinados, datados e postados na Plataforma Brasil, conforme orienta o Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP.

O TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado pela pesquisadora atende a contendo o que dispõe a Res. CNS/MS n° 196/96, permitindo ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

Recomendações:

Recomendamos a pesquisadora o desenvolvimento da pesquisa em tela, na forma como foi apresentada e avaliada por este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-PUC/SP). Qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-PUC/SP, indicando a parte do protocolo de pesquisa modificada, acompanhada das devidas justificativas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Colegiado do CEP-PUC/SP atesta que esta proposta de projeto está de acordo com a Res. 196/96.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C	
Bairro: Perdizes	CEP: 05.015-001
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466	Fax: (11)3670-8466 E-mail: cometica@puccsp.br

APÊNDICE

Caso 1: Daniel (participante 12)

1. Descreva um paciente que tenha atendido considerado difícil. Que características ele tem? Por que ele seria “difícil”?

Alguns poucos pacientes chegam e percebe-se uma arrogância na postura quando eles entram no consultório até na maneira de cumprimentar e assim atendi vários profissionais, médicos, desembargadores, juízes, advogados, e empresários. Ele é difícil porque às vezes fica dando informações, querendo que eu veja o exame antes de ouvir a história dele, dizendo que onde ele foi um professor ele viu o exame, principalmente o da ressonância magnética acontece muito isso, e nem o examinou e já marcou a operação e para que eu preciso ficar perguntando coisas para ele, porque que eu quero saber. É raro, não é frequente, os meus pacientes, eu não atendo convênio, geralmente são diferenciados, mas de vez em quando, um pouco pela idade, eu pergunto: mas a senhora alevanta para urinar à noite? Doutor, por que o senhor quer saber isso?

Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

Eu já estou acostumado, enfrento com a maior naturalidade, não sofro mais; apenas algumas pessoas, por exemplo, chegam e devido a minha especialidade de traumatologia ter fraturas e lesões articulares, às vezes vem dois, três, eu atendo e atraso a consulta 10 minutos e a pessoa fica pressionando a secretária. Então de brincadeira eu criei um clube, um clube dos chatos. São poucos, tem a presidente, tem vice-presidente, secretária geral, tem membros do conselho. Eu digo: dá uma proposta para essa senhora; quando ela sai, eu falo para a secretária, pode dar uma proposta; brinco, olha, a dona fulana tá perigando na presidência, não sei não se vamos trocar a presidente, coisas desse tipo. Para definir isso que você está me perguntando, dar um contexto global que essa paciente é uma paciente chata. Lido com muito bom humor, tranquilo, me divirto. Já foi diferente, a minha mulher e outras secretárias dizem: o senhor agora não é tão chato, não é rabo curto como era. O Dr. R. (médico que trabalha com ele) agora está nessa fase do rabo curto, ele reclama. Em parte, eu operava muito, você saía de uma operação cansativa, começou às 6.30 da manhã, e você, depois de 4 ou 5 horas, comia rapidamente, vinha para cá, você muda o jeito de atender, porque você está cansado, não está num bom momento para atender a pessoa, não só para atender, para qualquer coisa, você não quer nem ver televisão e nem ler jornal, você quer encostar assim e dar uma cochilada. Então

a interpretação disso, hoje... Ah, e eu dava aula na faculdade, eu era chefe de grupo no HC, tinha congressos, fazia parte de comissões administrativas, depois dos 70 anos você é jubilado, então, eu digo, eu passei a atender os paciente muito melhor nessa fase depois dos 70 anos, porque eu tenho mais tempo. E também, com o tempo o médico tem uma curva ascendente, eu me lembro quando eu comprei isso aqui em 63, 64, depois fizemos o prédio, nós começamos a trabalhar aqui em 67, eu ficava lendo jornal, lendo revista, tinha dia que eu não atendia ninguém e o meu companheiro tinha a melhor clínica de SP... (atendeu telefone). Quando terminava uma cirurgia ortopédica, às vezes um polifraturado grave, a operação durava 4, 5, 8 horas, é claro que você precisaria fazer como fazem os atletas, os jogadores de futebol quando jogam uma partida, aí eles entram em uma banheira, são massageados, e nós não, precisamos continuar trabalhando, e é claro que aí você fica um pouco ríspido. Você quer terminar logo para poder descansar um pouquinho, e isso faz diferença. Então nessa fase que eu estou, que eu disse, tem a curva de aprendizado, você vai subindo, a clínica vai crescendo, aí você fica num planalto, aí você é professor, dá entrevista em alguns órgãos da imprensa, vai para o exterior, você marca consulta com dois meses de antecedência. Hoje eu tenho sempre consulta, porque eu estou na linha de descida. O Dr. R agora que fez 60 anos foi meu assistente durante 15 anos, e agora é meu companheiro de consultório, meu sócio, ele fez o mesmo trajeto, ele veio aqui me ajudando, ele tinha sido residente no HC, ele fazia minhas fichas, andava comigo para lá e para cá, não tinha cliente nenhum, eu viajava ele ia pegando os clientes, muitos simpatizavam com ele, depois continuavam com ele, e assim foi formando a clínica, embora ele atenda muitos convênios, não ficou só no particular. E eu acho que isso me permite inclusive, a relação médico-paciente ficou muito melhor, eu tenho clientes que me defendem, eu vejo seus filhos e agora continuo vendo os netos.

Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

Como eu tenho prática de atender, hoje, não tenho tido mais, porque sei torear bem essas dificuldades, antigamente eu reagia mais ríspidamente. Se a senhora não quiser... Por isso que eu não cobro a consulta na entrada, como muitos médicos fazem, eu só cobro a consulta na saída, porque se eu não agradar senhora não paga nada. Se a senhora quiser ir embora, e alguns iam embora. A falta de psicologia, de formação psicológica, tanto é que eu quando já era chefe de grupo, eu dizia que precisaria ter a cadeira de psicologia, e agora tem na faculdade de medicina. Tem uns médicos que são uns verdadeiros cavalos, como eles atendem e tratam o paciente e com uma superioridade, eu via isso inclusive fora do Brasil em outros países. O professor, na Alemanha, o máximo, chegava com aquele aventalzinho branco

comprido, os outros assistentes praticamente se alinhavam em pé, só faltavam marchar quando ele chegava. Ele tratava levantando o dedo, apontando para o doente com uma superioridade, como se ele não tivesse segredo nenhum, e aí eu lembro sempre daquele história, o mordomo dele devia saber de muita coisa, tem que perguntar, o senhor nunca teve dor de barriga?

2. Da mesma forma que descreveu um paciente que considera difícil, descreva um paciente atendido que o senhor acredita não despertar dificuldades. Que características ele tem? Por que ele não desperta dificuldades?

(Pensou bastante) Os que sabem ser conduzidos são os mais fáceis. O paciente melhor de atender é o engenheiro, que tem mais lógica e vem com a história e dá todas as informações, não procura se exhibir.

Não apresenta dificuldades, mas apresenta dificuldades. Hoje os pacientes não valorizam tanto as nossas perguntas e é preciso cavocar, cavocar para tirar as informações, tanto é que isso hoje não é muito ensinado nas escolas novas, mas é importantíssimo, porque tanto na nossa faculdade de medicina tínhamos professores de clínica médica fantásticos, de propedêutica, a propedêutica é a semiologia, como colher dados do paciente, então, ele dizia, quando você vai enfrentar um paciente, a primeira coisa, pergunte a queixa e a duração, aí você já tem uma informação importante; depois vocês vão fazer a história pregressa da moléstia atual; aí ele vai contando, há tanto tempo... Ele pode até cometer um erro, eu pergunto: há quanto tempo você está com dor aí? Eu tive um deputado federal que disse, "fazem três meses", nossa senhora, você vê o que você tem que enfrentar, mas eu não pude chamá-lo de apedeuta (risos), e era um deputado federal; e às vezes falar em "seje", "nem que seje" também é muito ruim. Bom, para completar isso, história pregressa molestual, se escapar alguma coisa, o que é que tem? Interrogatório sobre os diferentes aparelhos e sistemas. Você vai perguntando sobre tudo o que você lembrar: o senhor ouve bem? Cheira bem? Tem paladar bom? Enxerga bem? Tem tontura? Um pouco sobre problemas em órgãos sensitivos e a parte neurológica. Tem náuseas? Tem vômitos? Aparelho digestivo: tem bom apetite? Bom, acho que eu consegui contornar todas, mas não existe paciente fácil.

Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

Quando gosto, gosto. Vejo de longe, já na sala de espera. Desperta em mim sensações positivas, me torno mais satisfeito com o que faço e demoro mais para "pendurar minhas chuteiras" (risos). Mas, como disse, todo paciente é difícil, pois todos eles mobilizarão

emoções no médico, a sensação de que temos que “dar conta”, e por isso não tem jeito de não mexer com nossa insegurança.

Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

Se for pensar naqueles que me trazem mais coisas positivas... Uns 20%.

3. Quando uma emoção forte é despertada no atendimento, costuma reconhecê-la? Como isso o afeta? Dê um exemplo.

Costumo sim, mas não deixo que afete o meu trabalho, hoje já sei bem discernir e controlar. Uma que eu me lembro bem no hospital AE, que posso também dar como exemplo de uma paciente difícil... Que uma senhora que chegou do exterior, quebrou o tornozelo, e eu deixei-a em casa para interná-la de manhã, eu ia operar de tarde, para ficar o menor tempo possível no hospital e esse é um princípio interessante para diminuir o número de infecções de contágio, ficar o mínimo possível nos hospitais. E um clínico que não era o que eu tinha indicado, o marido da senhora chamou outro clínico, foi e disse: precisa internar imediatamente. E internou a paciente. Quando eu fui ver na casa dela, ela não estava mais, estava no hospital. Então eu fui ao hospital, estava a mãe internada, as duas filhas, e eu disse: olha, eu lamento, mas não posso continuar, porque eu tinha o clínico que eu havia indicado, e vocês trocaram o clínico sem falar comigo, vou ter que pedir muitas desculpas para ele, e eu também vou me retirar. As duas vieram para cima de mim, me puxaram pela camisa, “não, o senhor vai operar nossa mãe; tem que operar, tem que operar”, me agrediram, me puxaram pela camisa. E a mãe chorava, e elas choravam. E eu lamento muito, aqui eu não posso ficar, porque vocês me obrigaram a fazer isso. Eu não quis fazer isso. Eu gosto de operar fratura de tornozelo, e saí do caso. (Como essa história lhe afetou? Como lidou o ocorrido?) Sofri uns dois, três dias, você fica remoendo aqui e ali, mas não mais do que isso.

4. Essas emoções podem vir a auxiliar no atendimento, ou somente interferir negativamente? Como?

Existe um aspecto, quando você conhece uma pessoa, ou é um parente, você vê ele num estado grave, sofrendo, com dor ou num estado terminal, isso me causa sofrimento e emoção. Eu vi um neto meu há uns 10, 12 anos, caiu e quebrou punho, aquele inchado, claro, eu já vi muitos meninos assim, tratava profissionalmente, mas o meu neto eu olhava para a carinha dele e isso me emocionou. Evidentemente, quando é com parente, algum amigo, você

vê o sofrimento, podem dizer que não, mas isso interfere, você atender conhecidos. (Telefone tocou)

5. Lembra-se de uma situação em sua clínica em que a emoção interferiu de alguma maneira no diagnóstico e/ou tratamento? Exemplifique.

Não. Não podemos nos dar esse prazer (risos). (Perguntei de novo) Não, eu aprendi a me controlar.

6. O que constitui o estresse para o senhor? Quais os momentos em que vivencia forte estresse decorrente da profissão? Como lida com isso?

Faz parte da nossa profissão, temos que lidar com situações de risco e limite a toda hora, a todo o momento. Lido bem, porque aprendi. O estresse está ligado a nossa atividade, quem não sabe lidar com ele, não vai ser médico.

7. O senhor acha que percebe suas emoções? Em quais situações? Como lida com elas?

(Pensou bastante) Vou te dizer uma coisa, quando eu era mais moço, eu tinha taquicardia e emoções importantes. Por exemplo, quando eu ia falar num congresso, ou tinha que interpelar alguém em uma discussão no hospital, mas com o tempo você vai se controlando, vai se controlando. E eu me lembro quando eu estava no DA (Escola), quando me chamavam lá na frente, eu percebia que meu rosto pegava fogo, ficava vermelho, e isso com o tempo você vai controlando. Aí é claro que eu percebia a emoção; hoje em dia, o sofrimento, e a morte de parentes perto, também é claro que você sofre, é uma tristeza, você definir o que é uma tristeza profunda, é um abatimento, não dá vontade de fazer mais nada! Você se encolhe e fica ali pensativo; às vezes até a música clássica ajuda um pouco a aliviar, e provavelmente muitas coisas foram compostas, não só na música clássica, como na popular, quando a emoção era muito forte. Como por exemplo, aquela música famosa do Paulo Vanzolini, pena que você não possa entrevistar o Paulo, porque ele morreu há pouco tempo, ele era colega de turma do Plínio (ex-sócio falecido), então eles se encontravam; e ele compôs “Ronda”, onde ele procura, ela procura, vai na Avenida São João, não encontra, então ele escreveu sob forte emoção, ele falou e outro autores como o Chopin, que era apaixonado, depois sofreu muito, compôs sinfonias, músicas muitos fortes que você percebe que a emoção está presente. Ouvi-las talvez compense um pouco, não sei se muda um pouquinho, absorve um pouco a parte cerebral, e isso cria, você tem que prestar atenção na música, pode ser que essa seja a explicação.

8. Acha importante reconhecer uma emoção em um paciente quando não é verbalizada?**Por quê?**

Eu vejo alguns paciente que sentam, cumprimentam, a mão está fria, às vezes com um pouco de suor, às vezes depois de conversarmos um pouquinho, eu às vezes falo de outro assunto, e muitas pacientes dizem: doutor, poxa, que bom o senhor me deixou à vontade, agora eu posso falar, eu entrei aqui tão nervosa, me disseram que o senhorsenhor era tão rústico. Eu digo: bom, a palavra rústico não me desagrade, inclusive o luxo rústico é muito bonito. E aí a gente vai conversando, mas se percebe. Alguns quando vão falar tremem um pouco a mão, às vezes até a boca, ou piscam muito, você percebe isso aí e é importante. É uma coisa comum, as coisas chatas são médico, dentista e barbeiro. (risos)

9. Acha importante que o médico reconheça suas emoções durante um atendimento?**Por quê?**

Acho importante porque isso o torna mais humano. Eu vejo colegas que eu digo: respira, poxa! São desses que andam sempre de avental branco impecável, e que andam, atravessam o saguão lá do Sírio ou do Einstein, com a cabeça para cima, e só vão respirar no fim, quando ele atravessou o corredor... E eles pensam muito em si e geralmente esses colegas eu, há muito tempo que eu dizia isso, é só ir ver o tipo de automóvel que ele tem, ou Mercedes, ou BMW, quer dizer, ele quer aparecer em todas as situações. Eu tive formação com clínicos, médicos que eram fantásticos, não só aqui no Brasil como fora do Brasil, participei com de várias conferências médicas, coisa que não tem mais hoje em dia, junta médica, muito difícil de fazer, por causa do trânsito, do estacionamento, mas antes se fazia isso, o médico não sabia o que o doente tinha, ficava em dúvida, ele reconhecia a ignorância e a incompetência naquele momento e convidava outros médicos para discutir o caso, era uma coisa belíssima. O estatuto do conselho regional de medicina prevê a junta tanto solicitada pelo médico como pelo paciente ou família do paciente. Se aprendia e se ensinava muitas vezes. Eu participei com esses nomes que eu citei, que eram os clínicos importante aqui de SP, e via que eles eram principalmente modestos, eu diria até humildes e nenhum deles era rico, era outra característica. Eu acredito que alguns médicos fujam das emoções, por uma incapacidade de resolver os problemas internamente. Então eles estão sempre ditando regras, achando que eles não erram nunca, não reconhecem que eles podem falhar, são incapazes de pedir outra opinião, ou sugestão, mas acho que é uma minoria. Agora hoje em dia é muito difícil porque uma coisa é você conversar com médico que atende medicina particular, outra

coisa é um médico que trabalha a 200km por hora, atende convênios, ele vai ter outras considerações completamente diferentes... Quem te mandou aqui foi o Dr. F, eu acompanho a formação dele, ele não foi da nossa faculdade, mas ele é um colega muito bem formado, viveu em Londres algum tempo, onde ele acabou se consolidando como um ótimo especialista, e voltou e o tio dele, que era um clínico de primeiríssima linha, com o qual eu conversava frequentemente e deve ter transmitido ao F essas ideias da nossa escola médico do HC, mas ele acabou, como se costuma dizer, hoje em dia, como esses médicos que são obrigados a trabalhar com o convênio, "caiu na vida" e começou a atender muitos pacientes, ele trabalha muito, muito, muito. O Dr. R, sempre que pode o convida... Eu tive um problema com um colega nosso aqui e ele saiu recentemente, há uns dois anos, a primeira ideia nossa foi, nós precisamos arrumar um colega sereno, competente, e aí veio essa avaliação do Dr. F, que representava isso, inclusive eu disse para o R., vamos ver se nós pegamos o F e ele vem para cá conosco, e aí ele vai fazer uma clínica particular, porque esse é um médico que tem competência aqui em SP para absorver, disse a eles, eu não sou eterno, você e o F vão absorver os meus pacientes. Tanto é que para o Dr. R mando quase toda semana um ou dois casos cirúrgicos, eu não estou operando porque coloquei um marca-passo, estou só fazendo a parte clínica, mas infelizmente até agora o F vem muito pouco aqui, é uma pena, ele é um ótimo colega.

Caso 2: Alice (participante 2)

1. Descreva um paciente que tenha atendido considerado difícil. Que características ele tem? Por que ele seria “difícil”?

A moça que acabou de sair (risos). Como que descreve... (pensando) Paciente que mostra que não está confiante no que você fala... Paciente que fala: mas, você tem certeza? Como eu tenho certeza? Acho que isso é o que incomoda mais. Ou um paciente agressivo, paciente que grite com você e tudo mais. Mais isso, acho que isso é difícil para todos, paciente agressivo. (Já aconteceu com você?) Ah, direto, né! A gente pega muito, trabalho em hospital público, no SUS, várias situações da pessoa estar fora do limite, já apanhei de paciente; já tive paciente me chamar de FDP. Você ter uma pessoa que está lá em seu consultório, por exemplo, nesse caso, duvidando do seu trabalho. Por que que vem então, sabe, não viesse, não preciso passar por isso, me afeta.

Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

Na hora dá uma raiva imensa, mas você está lá e você tem que respirar fundo e falar, vou sair daqui, eu saio dou uma volta, bebo uma água, e peço para outra pessoa atender. Dessa vez foi mais ou menos isso que aconteceu, assim, a mulher começou a gritar comigo, sua FDP, não sei o que, me empurrou. Disse, olha a senhora vai me dar licença, você vai esperar lá fora; eu saí, pedi para alguém atender, depois voltei. Não é fácil, mas é uma agressão, um ato de violência, mas eu estou ali em uma situação que se fosse da porta para fora eu ia virar para ela e dizer: FDP é você! Mas lá dentro eu sou uma profissional, então você tem que engolir e dizer: dá licença. É uma coisa meio de, um pouco de raiva, um pouco de ficar magoada mesmo, sabe, chateada, ressentida, acho que é isso.

Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

Graças a Deus é pouco, não dá 10%, talvez menos, é raro.

2. Da mesma forma que descreveu um paciente que considera difícil, descreva um paciente atendido que o senhor acredita não despertar dificuldades. Que características ele tem? Por que ele não desperta dificuldades?

Eu gosto de trabalhar com adolescente, como eu sou um pouco mais jovem, então é mais fácil de se falar na língua deles e eles entenderem, é mais fácil de se lidar. Pacientes mais velhos também, mas que tem um certo nível de educação, é fácil de lidar também,

porque você explica as coisas e rola um diálogo, tem uma troca, então você vê que a consulta é mais produtiva. A comunicação acontece com facilidade, é fácil de conversar, você explica e vê que a pessoa está entendendo, que ela faz perguntas que tem sentido, você consegue responder, acho que é isso.

Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

Eu me sinto fazendo o meu trabalho, eu estou ajudando essa pessoa, ela tem dúvidas, eu estou esclarecendo, e que legal, eu fiz alguma diferença; ele não perdeu o tempo dele de vir aqui na minha sala, eu ajudei ele, realmente eu servi para alguma coisa, não estou perdendo meu tempo, acho que isso assim, de se sentir útil. (Pergunto mais uma vez) Ah, satisfação, prazer... Sensações boas.

Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

Acho que eu tenho sorte, metade dos meus pacientes (50%). Me considero uma médica relativamente sortuda. (risos)

3. Quando uma emoção forte é despertada no atendimento, costuma reconhecê-la? Como isso o afeta? Dê um exemplo.

Ah, sim. Nossa, têm tantas histórias... (Muito tempo pensando - repeti a pergunta). (Mais tempo) Difícil essa, hein. O que você sente é muito complicado, né! (Eu ajudo, mas não consigo) Teve uma história que foi, era uma menina da minha idade, muito jovem, muito bonita, ela era fisioterapeuta e ela teve uma infecção super grave, chegou para gente já muito grave, a gente não queria falar para ela, mas a gente sabia que ela ia ficar cega e aí o olho dela foi ficando branco, branco, branco e aí era uma coisa que destoava, aquele olho branco e aquela moça tão bonita, educada, tratava a gente tão bem, eu fiquei me sentindo, acho que eu me vi um pouco nela, sabe assim, a gente se identificava. Aí eu meio que peguei ela para criar, ela chegava no consultório eu a atendia, já queria resolver, e aí ela viajou, voltou, e ela trouxe umas tortinhas de doce de leite, e na hora que eu cheguei no consultório, já estava acabando quase porque ela tinha chegado mais cedo e ela falou: ah doutora, eu falei para eles que não era para eles porque tinha que deixar para você, viu? Eu falei, poxa que coisa bacana, né! Tudo o que eu fazia eu sabia que ela não ia melhorar, ela ia ficar cega de todo jeito, mas dava para ver que ela reconhecia sim, todo esforço que a gente estava fazendo por ela, que no final das contas o resultado não era tão importante, com certeza ela queria melhorar, mas que o fato dela está se sentindo cuidada e tudo mais, tinha um peso. Ela ficou cega de um olho,

menos mal. A gente ficava muito chateada com a questão estética, mas ela não ligava, eu achei impressionante... Até falei, você não quer uma lente cosmética para disfarçar, ela disse, bobeira doutora, deixa para lá.

4. Essas emoções podem vir a auxiliar no atendimento, ou somente interferir negativamente? Como?

Sim, auxiliam com certeza. Nossa, quando rola uma empatia assim, é muito fácil de atender, mas também quando eu vejo assim, que o santo não bate, eu já sei que é melhor evitar esse tipo de paciente porque vai dar m...

5. Lembra-se de uma situação em sua clínica em que a emoção interferiu de alguma maneira no diagnóstico e/ou tratamento? Exemplifique.

Teve um dia que foi exatamente isso. Chegou uma rapaz, jovem e tal para um pré-operatório de refrativa, a gente adora fazer pré-operatório de refrativa, é cirurgia, vou operar, que legal, eu olhei os exames, todos os exames bons, estava tudo certo, era o caso para operar, mas sabe aquela pulguinha atrás da orelha, o cara fez alguma coisa, eu não sei, eu não lembro o que foi, eu falei, não, não vai dar certo eu operar esse cara e eu contraindiquei. Eu falei, olha, eu não vou te operar porque acho que você não tem perfil, tal, não é o caso. Todos os pré-operatórios de refrativa eu dilato com ciclopentolato e esse medicamento tem efeito de 24, às vezes até 48 horas, esse cara teve um efeito com o medicamento que ele ficou dilatado uma semana. Ele voltou no consultório gritando, brigou com a minha recepcionista, falou que ia me processar não sei o quê... Então assim, aquela pulguinha já estava me avisando. (O que ele fez?) Teve alguma coisa que ele fez que ligou o meu radar, mas eu realmente não lembro o que era; ele era uma rapaz jovem, trabalhava, não tinha nada de mais, eu não sei realmente o que foi que ele falou, mas ele falou alguma coisa na consulta que eu falei... Hummm. Tenho um chefe que ele fala, conhecimento é saber fazer, e sabedoria é saber quando não fazer. Eu sempre lembro disso quando eu vejo um paciente e eu digo, não, não vou operar esse cara.

6. O que constitui o estresse para o senhor? Quais os momentos em que vivencia forte estresse decorrente da profissão? Como lida com isso?

(Pensa muito) Boa pergunta. Eu trabalho na B.P. e lá eu coordeno os residentes e é uma coisa que me toma muito tempo, não do meu horário comercial, mas o meu celular tocando toda hora, e de fazer reunião, então é uma coisa que consome um pouco, e uma das coisas que a gente faz é reunião toda terça a cada 15 dias, então eu saio do consultório

cansada, vou lá fazer a reunião, e aí a gente começou a fazer a reunião há 2/3 meses para discutir a mudança de escala e aí estava tudo certo então meu chefe falou: então faz a escala nova, então eu fiz a escala, mandei para todo mundo, aí galera, ok? Posso por para rodar? Pode. E pus a escala para rodar, tinha dois dias que a escala estava rodando, na reunião ele vira e fala: ah então, eu fiquei sabendo que a escala está assim, assim, assim, e eu não concordo, então eu acho que tem que mudar. Nossa, eu fui dessa altura, como assim? Eu fiz reunião três meses, eu te mandei a escala, agora tem dois dias que a escala está rodando e você tá de brincadeira comigo, né? Fiquei louca. E isso foi um gatilho importantíssimo porque depois disso, ele falou para eu refazer a escala, e eu simplesmente falei, não, não vou, eu não venho mais nessa reunião. (risos) Se você quiser, você manda no meu e-mail e *bye bye, so long, very well...* E eu realmente larguei de mão assim, e isso para mim foi um gatilho, um ponto de virada importante, realmente eu fiquei muito estressada. Eu fico assim, investi tudo, meu tempo, de não estar na minha casa com minha família, eu podia estar descansando e tudo mais e aí depois que estava tudo certo: ah, ficou ruim. PP... Por que você não falou então há dois meses atrás, quando eu te mandei a escala.

7. O senhor acha que percebe suas emoções? Em quais situações? Como lida com elas?

Sim. É, de forma geral ser médico é uma coisa que traz uma série de encontros emocionais nos dois sentidos, muito bons e muito negativos. A gente é muito mal tratado no sistema público, e às vezes no consultório também e tudo mais, mas a gente também encontra pacientes muito gratos. Psicologicamente demanda muito, é estressante, vários colegas meus entraram em *burnout*, eu vi isso muitas vezes, então assim, ou você aprende a lidar (risos) ou você larga, então, a gente meio que... Você tem que sobreviver, né! Tem que dar um jeito, então assim, eu já vi de tudo, já vi gente que vai super bem e tudo mais, e até gente assim que trata mal o paciente numa contrarreferência assim de às vezes o paciente não ter feito nada demais. Por exemplo, tem paciente que, igual essa mulher, que duvida, tal assim, não é legal ter um paciente desse no seu consultório, mas ela é assim, então eu também não posso descontar nela, de ser confrontado com uma situação dessa e já soltar os cachorros para cima, é uma situação que não tem necessidade. Mas, como eu falei, já vi de tudo. Já vi gente que leva super bem, e já vi gente que precisa de ajuda, de tirar férias. (risos)

8. Acha importante reconhecer uma emoção em um paciente quando não é verbalizada? Por quê?

Acho, porque influi em tudo, no que ele compreende do que eu estou falando, se ele está realmente entendendo qual é o tratamento, quais são as consequências daquela doença que ele tem, se ele vai ficar cego ou não. E principalmente influi no que eu vou decidir para ele. Como eu falei, desse rapaz, que eu decidi não operar ele porque eu senti alguma coisa, então assim, acho, acho super importante. Tem paciente que você nota que não estão em condição de entender nada do que eu estou falando, então é melhor trazer um familiar para explicar de novo. No consultório é raro casos graves, mas de vez em quando a gente se depara com casos muito graves, eu tenho um paciente, por exemplo, que está no estágio terminal, ele faz hemodiálise, tá bem mal já, ele tem um olho seco severo, então ele vem uma vez por semana, e têm pacientes que têm complicações no pós-operatório, então assim, sistemicamente ele está bem, mas às vezes ele tem um quadro oftalmológico muito grave que vai ficar cego, isso a gente pega muito. A cegueira é algo que afeta muito, a gente tem uma psicóloga aqui. A gente é muito visual para tudo, tudo que a gente faz na verdade, a nossa sociedade é muito visual, propaganda, computador, e tudo depende da visão. É uma coisa que realmente impacta muito a vida deles.

**9. Acha importante que o médico reconheça suas emoções durante um atendimento?
Por quê?**

Acho por causa daquilo que eu falei, que nosso "sentido aranha" nos avisa o que você não deve fazer, e eu tenho isso com frequência. Tem o "sentido aranha", mas tem também o paciente que eu sei que eu não vou conseguir tratar direito. Que é um paciente que realmente me afeta pessoalmente e eu não tenho condições psicológicas de lidar com aquele cara. De você virar e falar assim: olha, eu preciso passar a bola. Como aconteceu comigo, tinha uma menina com síndrome de down, menina não, já era grande, quase 30 anos, e ela teve uma ulcera de córnea e aí evoluiu mal, teve que ir para transplante, só que a família era muito beligerante, tratava a gente muito mal, e fui eu quem fiz o primeiro transplante dela, eles vinham para cima de mim, sabe aí teve uma hora que eu falei, olha não vai dar, chamei o meu chefe e disse: eu não consigo atender essa menina, não dá.

Caso 3: Miguel (participante 4)

1. Descreva um paciente que tenha atendido considerado difícil. Que características ele tem? Por que ele seria “difícil”?

Um paciente difícil é aquele que em princípio tem uma negação da doença. Tem alguns sintomas e na verdade nega e não tem vontade de saber o diagnóstico. Esse é considerado um paciente difícil, ou eventualmente também um paciente que não é aderente às orientações, quer sejam medidas higiênicas, dietéticas ou uso de medicamentos, não compreende na verdade a necessidade da participação dele no tratamento. Difícil porque me traz uma sensação de impotência, e às vezes é como se eu fosse impotente na verdade, mas eu não tenho condições de realizar um trabalho que ele realmente deveria fazer, então acho que é mais que mobiliza alguma coisa minha, de uma insegurança.

Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

Inicialmente é o que eu te falei, impotente, raiva, e às vezes até uma sensação de incapacidade. Até eu conseguir entender que na verdade eu estou tentando fazer o meu melhor, e está muito além do que eu posso fazer. Eu preciso da participação dele. E posteriormente assim, talvez um sentimento de pena e dependendo da evolução desse tratamento, e do vínculo que eu tenho com o paciente, às vezes eu acabo... É como se acabasse gerando uma sensação de afastamento, me afastasse um pouco dele na verdade, pela não participação dele no tratamento. (Pensou bastante) São pacientes que impossibilitam o vínculo.

Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

Ah, é pequena, quer em números? Não chega nem em 10%. Abaixo de 10%.

2. Da mesma forma que descreveu um paciente que considera difícil, descreva um paciente atendido que o senhor acredita não despertar dificuldades. Que características ele tem? Por que ele não desperta dificuldades?

Um paciente que vem por necessidade de prevenção, na verdade. De preocupação com a saúde, interesse em se cuidar, em preservar a saúde, e aceita todas as orientações e procura fazer a parte dele; cumprir na verdade o papel dele, que é fundamental no tratamento. Porque

eles têm vontade de estar bem; aproveitam a vida, gostam de viver e querem ter uma boa saúde.

Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

Me traz uma sensação boa, um sentimento de realização, de competência. E também de satisfação, prazer, motiva o meu trabalho.

Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

50%. Eu tenho muito paciente idoso, então envolvem outros aspectos, na verdade, você sabe melhor que eu. Mas idoso que eu digo é assim, acima de 85.

3. Quando uma emoção forte é despertada no atendimento, costuma reconhecê-la? Como isso o afeta? Dê um exemplo.

Ah, eu já tive várias situações... Sentimentos bons ou ruins. Relatos de vida, histórias de vida, momentos difíceis. E assim, eu procuro dividir com o paciente esse tipo de história e muitas vezes costumo contar outras histórias. Se for algo negativo eu sempre procuro contar uma história que traga algo positivo, para tentar minimizar o grau de sofrimento desse paciente. (Me dê um exemplo) Uma mãe que tem o filho etilista com várias internações, um paciente pouco aderente à terapêutica, é um problema sério, mas, sempre na verdade, tentando mostrar a ela que existe uma alternativa, sempre buscando uma solução, para dar um conforto, para dar um alento.

4. Essas emoções podem vir a auxiliar no atendimento, ou somente interferir negativamente? Como?

Auxiliar com certeza. A gente tem que saber lidar bem com isso, na verdade, porque muitas vezes depende muito da característica do paciente; como ele aceita essa aproximação do médico, ou não. Têm pacientes que são um pouco mais fechados, não são abertos, então é mais difícil eles aceitarem esse tipo de participação, a não ser que crie um vínculo mais forte, mas isso demanda um certo tempo, mas têm pacientes que na verdade você tem uma certa empatia inicial, é tentando mostrar alternativas sempre e usar a emoção de uma forma positiva sempre; tentar mostrar assim, que você está lá para ajudar. O meu vínculo empático pode ou não influenciar no tratamento. Eu já tive as duas experiências. Pacientes que responderam melhor, mas em contrapartida pacientes que eu tenho um bom vínculo, mas à custa da

patologia dele, tipo dependência ao álcool, por exemplo, uma coisa difícil, o paciente não respondeu tão bem.

5. Lembra-se de uma situação em sua clínica em que a emoção interferiu de alguma maneira no diagnóstico e/ou tratamento? Exemplifique.

Felizmente, nunca de forma negativa. Positiva sempre, mas porque é uma característica minha de sempre, sempre individualizar. Eu visto a camisa, sabe, eu vou esmiuçar, eu vou atrás, eu me interessar muito, e hoje a gente tem acesso muito fácil à informação, então é assim, sempre, é uma energia que me ajuda muito na verdade, ir atrás do diagnóstico e buscar uma solução.

6. O que constitui o estresse para o senhor? Quais os momentos em que vivencia forte estresse decorrente da profissão? Como lida com isso?

O estresse na verdade é a resposta do nosso organismo frente aos fatores agressores, quer sejam externos ou dentro de nós, que desencadeia uma série de agressões no nosso organismo. O que causa meu estresse é a sensação de incapacidade, de exposição excessiva, medo de errar. Procuro trabalhar minha cabeça para isso, procuro fazer o meu melhor, estar preparado para fazer o meu melhor e saber que tem coisas que não dependem unicamente de mim. Acho que os médicos, cada vez mais, vivem uma rotina estressante, principalmente porque no início da carreira você está à frente de uma série de questões, você está em uma fase de aprendizado, você tem uma ânsia de resolver tudo e muitas vezes você não tem uma estrutura adequada para isso. Por exemplo, eu fico em um hospital universitário, tem formação de residentes, e tudo mais, ainda mais em uma emergência, na sala de emergência eu percebo assim, a ânsia deles quererem resolver. Têm o conhecimento, mas não têm a experiência, não têm a visão de como vai ser a evolução daquele quadro e sempre querendo assim: poxa se a gente tivesse uma estrutura melhor, tal, tal, tal então eu acho que isso vai gerando uma ansiedade grande, um desconforto grande capaz de gerar o estresse. Já tive momentos de forte estresse, principalmente nessas situações. O maior estresse, pelo menos para mim, são as urgências e emergências, mas isso depende muito do como, pois se você tem um bom treinamento, isso acaba sendo medular, o tratamento é medular, ou seja, é uma coisa condicionada, então você tem que estar muito bem treinado para isso. E, felizmente, posso te dizer que nessas situações sei lidar muito bem com isso. Tive um bom treino acadêmico.

7. O senhor acha que percebe suas emoções? Em quais situações? Como lida com elas?

Sim, talvez não totalmente, mas uma boa parte. Talvez o que eu tenha percebido mais assim, eu percebo mais... (pensou) Não, eu percebo bem sim, tanto as negativas, quanto as positivas. Eu procuro refletir, tem a questão da terapia também, é um fator que ajuda.

8. Acha importante reconhecer uma emoção em um paciente quando não é verbalizada?

Por quê?

Sim, porque a emoção não é só verbal, ela expressa de uma forma não verbal, mas aí vai da sensibilidade, de você conseguir perceber isso. Tenho procurado me esforçar para isso também.

9. Acha importante que o médico reconheça suas emoções durante um atendimento?

Por quê?

Sim, sem dúvida. Mas existem especialidades e existem pessoas também. Os clínicos têm uma tendência a ter maior sensibilidade; os cirurgiões um pouco menos, não é uma regra, mas, isso... Existem até trabalhos mostrando já na faculdade um perfil psicológico de médicos acadêmicos, dos doutorandos, do que eles vão seguir, uma especialidade clínica ou uma especialidade cirúrgica – então eu acho que isso faz parte um pouco da personalidade. Os médicos mais sensíveis procuram mais a clínica, gostam mais de conversar, que tem mais paciência, estão mais abertos ao paciente, o cirurgião é um médico mais prático, não é regra, mas... (Interrompeu, paciente chegou)

Caso 4: Marcos (participante 13)

1. Descreva um paciente que tenha atendido considerado difícil. Que características ele tem? Por que ele seria “difícil”?

Um paciente difícil é um paciente que já vem com tudo determinado. Ele não quer o trabalho que você faz, ele já vem determinado. Hoje em dia com internet tem gente que já vem com tudo determinado, já acha que é aquilo, não quer saber e já vem com o diagnóstico do que ele quer fazer, questiona tudo não de maneira positiva, ele questiona de uma maneira assim negativa. Geralmente são pessoas de personalidade assim, pessoas mais briguintas, não são pessoas tão polidas, vamos dizer assim são pessoas mais grossas, se pode falar assim, e geralmente pessoa que briga assim, tipo, pessoas que discutem, que brigam, pessoas né, e daí acham que têm a razão, o tipo da pessoa que acha que tem razão. Geralmente é a pessoa mais briguenta, hoje mesmo veio uma aí. Trabalha na S. e questionou tudo, mas não construtivamente, o ideal... A pessoa pode ter um conhecimento muito grande, mas tentar fazer uma coisa assim mais construtiva, o que ela faz é uma coisa não construtiva para ela mesma.

Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

A dificuldade de você explicar para ele, de tentar fazer ele entender, ter atenção, tentar explicar para ele o que você está querendo, explicar para ele o que você vai fazer. Uma pessoa como essa, não dá vontade de atender pessoas assim. (Só depois de perguntar de novo: dá uma sensação incômoda)

Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

10%.

2. Da mesma forma que descreveu um paciente que considera difícil, descreva um paciente atendido que o senhor acredita não despertar dificuldades. Que características ele tem? Por que ele não desperta dificuldades?

É gente que aceita mais o diagnóstico, claro que aceitar totalmente é um paciente fácil, mas é um paciente meio inerte, o ideal é um paciente que participa, que tem seu conhecimento, que já foi em outros médicos etc., mas ele vem para você entender, vem buscar a sua opinião. Porque ele aceita. Hoje veio um paciente trocar, ouvir uma outra opinião, tinha

passado com um colega, ele discute, ele pode nem vir a tratar com você, mas é uma pessoa que está compartilhando o problema com você.

Como ele o afeta? Que emoções ele lhe mobiliza?

Emocionalmente, me desperta um interesse pelo meu trabalho de tentar ajudar ele, de ser cordial até com os colegas, é um paciente que você se sente bem.

Estime uma porcentagem de frequência em seu consultório desse tipo de paciente.

10%. Os outros 80% (risos) são os pacientes mais intermediários, que só vêm burocráticos, que vêm tratar, não são tão fáceis nem tão difíceis, o normal são pessoas que questionam, que às vezes aceitam, às vezes não aceitam, seria o intermediário entre as duas coisas.

3. Quando uma emoção forte é despertada no atendimento, costuma reconhecê-la?

Como isso o afeta? Dê um exemplo.

Positivas, são muitas emoções fortes assim, uma vez teve uma senhora uma vez que veio aqui e ela, como é... (Atendeu o telefone) Ela se queixava de formigamento das pernas para baixo, eu examinei ela e não tinha pulso, não tinha pulso, encaminhei para o pronto-socorro, e aí ela foi para o pronto-socorro, chegou lá e disseram que não era nada, o médico me ligou em todo caso encaminhou ela para a vascular e era, aí ela operou, aí ela veio aqui me agradecer, então isso é uma emoção forte. Teve um também, que num raio-x, uma ressonância, tinha um achado de um tumor, um tumor cervical benigno, também, depois operou e tal o cara até me deu um beijo (risos), são emoções que depois viram fortes, tinha um outro paciente que tinha uma tontura, pedi uma ressonância, tinha um aneurisma cerebral, um achado em exames, também veio me agradecer.

4. Essas emoções podem vir a auxiliar no atendimento, ou somente interferir negativamente? Como?

As emoções as duas né, você tem que ir lá tentar fechar o máximo, mesmo o negativo, aquilo que fica descontente, que questiona tudo, que fica agressivo, mesmo assim você tenta, agora eu posso fazer meu melhor com outro paciente, difícil, os dois tipos, o positivo e o negativo, é bom para você... (E as suas emoções?) Eu tenho que aceitar (de novo pergunto). As emoções positivas é melhor que as emoções negativas, é aquilo que a psicologia médica fala da transferência, o cara chega, você não vai com a cara dele, só de olhar a pessoa, tem um

aspecto que... Você tem que justamente ignorar isso aí, tem que ser neutro e uma coisa positiva eu acho, porque uma coisa negativa é ruim, a pessoa já... Afeta um pouco a opinião da pessoa.

5. Lembra-se de uma situação em sua clínica em que a emoção interferiu de alguma maneira no diagnóstico e/ou tratamento? Exemplifique.

Não, acho que não. Nunca quase tive problema com paciente aqui de briga, de emoção, mais é muito raro. (Perguntei algumas vezes, não saiu disso)

6. O que constitui o estresse para o senhor? Quais os momentos em que vivencia forte estresse decorrente da profissão? Como lida com isso?

O medico tem estresse por causa do número de pacientes que tem que atender por hora, a agenda é... Tem cirurgia aqui, tem coisa ali, o que me dá estresse é ter que cumprir uma agenda para depois ter uma cirurgia à noite, ou então ter um compromisso, ou então, um compromisso familiar, você ter que ir rápido para não perder, isso daí é que me dá o estresse, agora atender etc., não, cirurgia sim, é mais estressante, cirurgia que é mais delicada, que você faz xxx, aí que acontece no meio tem sangramento, coisa assim, aí dá o estresse. (Como lida?) Eu acho que eu administro bem.

7. O senhor acha que percebe suas emoções? Em quais situações? Como lida com elas?

Não, a gente acaba tocando sem pensar muito nas emoções. É difícil, porque tem um pouco aí muda, não tem... Se você fica preocupado, você fica o dia inteiro preocupado. Mas você pensa um pouco nas emoções, sempre pensa, mas quando você cai na rotina do trabalho mesmo, você acaba esquecendo das emoções. Acho que seria importante pensar mais, a pessoa se conheceria melhor, seria melhor. Tem gente que chega aqui é dor, dor, dor, com sinais de depressão, reclama que dá tudo errado. No começo você pode ser influenciado por uma emoção dessa, no começo sim, mas depois que você é médico, afeto nenhum. No começo me envolvia mais, agora me envolvo menos. Independente, tem que tratar dele.

8. Acha importante reconhecer uma emoção em um paciente quando não é verbalizada? Por quê?

A gente perceber é importante para ele é difícil, a gente não tem tempo de fazer uma coisa mais longa, às vezes a emoção é... Têm pessoas que... Às vezes eu entro, mas não gosto,

porque por experiência minha eu vejo que o paciente não gosta. Quando ele se abre, começa a falar, sim. Mulher fala mais de emoção do que homem.

9. Acha importante que o médico reconheça suas emoções durante um atendimento?

Por quê?

Acho importante, porque pode afetar no tratamento, quando eu estou irritado, não estou querendo saber, ele tem que saber que encarar aquilo, perceber para tentar ajudar o paciente, acho importante. Eu consigo fazer isso, sim.