



Posturas para jovens ginecologistas

1. Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Instituto de Saúde Sexual e Educação Continuada, Belo Horizonte, MG, Brasil.
3. Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG, Brasil.
4. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente

Gerson Pereira Lopes

Rua Gonçalves Dias, 2.700, Santo Agostinho – 3019343-694, Belo Horizonte, MG, Brasil.
consultoriogersonlopes@gmail.com

Como citar:

Lopes GP, Vale FB, Pires IC, Silva DP. Posturas para jovens ginecologistas. *Femina*. 2021;49(6):343-6

Gerson Pereira Lopes^{1,2}, Fabiene Bernardes Castro Vale^{2,3,4},
Isabela Cristina Vieira Pires², Débora de Paula Silva²

As faculdades de Medicina pelo Brasil são excelentes em ensinar diagnóstico, tratamento e quase todas as habilidades técnicas para lidar com um corpo, mas falham em passar habilidades interpessoais necessárias para lidar com uma alma. Além disso, o dia a dia dos planos de saúde e instalações públicas é comprometido pela repetida sobrecarga de trabalho que impõe uma prática apressada e, infelizmente, automatizada.

Podemos dizer que o sucesso do tratamento ocorre na vivência daquilo que surge no encontro do jovem ginecologista com a sua paciente, que se desenvolve entre os dois e que acontece quando a comunicação é bem-sucedida e cada um faz sua parte. É possível que realmente o que falta ao jovem ginecologista seja perceber que, na contemporaneidade, ele não pode centrar-se apenas nas queixas, mas também na pessoa que as apresenta. E isso pode ser ensinado e, o que é melhor, aprendido e apreendido. Algumas qualidades humanísticas já vêm de características pessoais, mas podem ser adquiridas e aprimoradas ao longo do tempo, apesar do impedimento que a sobrecarga de trabalho possa exercer. Não é necessário desenvolver todas as habilidades e usá-las a todo momento. A intenção é transformar aos poucos o atendimento tanto para o médico quanto para a sua paciente, com esta se beneficiando por sentir-se acolhida e bem tratada e aquele por encontrar a razão de seu trabalho no encontro diário com pacientes.

Grossemann e Patrício,⁽¹⁾ ao analisarem uma série de declarações de médicos sobre a relação médico-paciente, chegam a afirmar que, “durante a formação acadêmica, os profissionais aprenderam a buscar o objeto ‘doença’ nas pessoas e sentiram falta de abordagens que estimulassem seu potencial de se relacionar com o outro”. Além das limitações que apontaram no processo de ensino-aprendizagem no que se refere à subjetividade do outro, também expressaram o aprendizado da negação da própria subjetividade, em especial a expressão de seus sentimentos.

Algumas das habilidades necessárias ao jovem médico já foram descritas há tempos pelo psicólogo Carl Rogers,⁽²⁾ responsável pelo desenvolvimento da corrente psicológica conhecida como “Abordagem Centrada na Pessoa”. Para ele, três atitudes eram fundamentais para se estabelecer o vínculo entre aquele que ajuda e o que é ajudado. A primeira é a congruência ou coerência. Segundo ele, manter uma atitude de fachada, ignorando o que se sente no momento, não é terapêutico e pode resultar em atitudes como descortesia, falta de atenção e hostilidade por parte do médico para com o paciente. De acordo com Rogers,⁽²⁾ em seu livro “Tornar-se pessoa”, o termo “congruente” pretende dizer que qualquer atitude ou sentimento que o profissional estivesse vivenciando viria acompanhado da consciência (saber se a falta de disposição para ajudar ou sentimentos em relação ao cliente são devidos a seu estado atual de frustração, fadiga etc.).

Outra atitude destacada por Rogers⁽²⁾ é a aceitação incondicional. É fácil querer impor valores quando se está em uma posição de certa autoridade, mas a aceitação do paciente como pessoa digna de valor, com conhecimentos sobre si e cujos valores diferem provavelmente daqueles dos profissionais é imperativa para que ele se engaje no tratamento e o processo de cura se estabeleça.

A terceira atitude é a empatia, que não é apenas se colocar no lugar do outro, ser simpático e dizer “eu entendo” ou contar uma história pessoal que se assemelhe. Empatia é uma habilidade muito mais refinada. É pausar seus valores e levar em conta as crenças, os valores, as capacidades e dificuldades do outro, para, assim, realmente se aproximar da dor ou da alegria dele. Ser simpático a uma situação significa perceber que para você aquilo também é alegre ou triste, bom ou ruim, porém usando os seus próprios referenciais. Na simpatia, nós caminhamos o mesmo caminho que a pessoa com os nossos próprios sapatos. Na empatia, nós colocamos os sapatos dos outros e buscamos nos aproximar de como é trilhar o caminho deles com as facilidades e dificuldades deles. É importante ressaltar que a empatia, explicitada de forma verbal ou não verbal, tem grande peso no encontro entre médico e paciente. Pensem e reflitam muito sobre isso, caros e jovens ginecologistas, pois aqui está uma das chaves para ter uma boa clientela.

É comum escutar que existe uma oposição entre subjetivo e objetivo e técnica e empatia e que o objetivo e a técnica são as polaridades desejadas. É possível andar por um caminho do meio sem pender demais para um lado ou outro. Como bem colocaram Caprara e Franco:⁽³⁾ “Isto não significa que os profissionais de saúde tenham que se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, se faz necessária uma sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença”.

A humildade, que é condição primeira do aprendizado, também se revela fundamental no lidar com o paciente. Comte-Sponville⁽⁴⁾ já disse que essa habilidade “é a virtude do homem que sabe não ser Deus...”; a um jovem ginecologista, a falta da humildade é igual a ausência de aprendizagem no evoluir de sua carreira. Sem humildade, não há aprendizagem – reflita bem sobre isso. A primeira faceta da humildade é representada pela consciência das limitações. A medicina é um dos pilares do bem-estar da sociedade, mas não salva aqueles que a praticam de errar e de desconhecer. Por isso, também é sempre importante nutrir a calma. Os pacientes muitas vezes abandonam ou não resistem ao tratamento, mas isso não quer dizer nada necessariamente sobre a competência do profissional. Saber até onde a medicina pode ir e ter tranquilidade em afirmar seus limites é uma atitude positiva para ambos: médico e paciente.

Outra atitude positiva é reconhecer que muitos casos requerem trabalho interdisciplinar e que a participação

de outros profissionais da saúde é necessária para uma proposta de cura eficiente e duradoura. Portanto, atualmente, é de suma importância saber trabalhar em um projeto de interdisciplinaridade.

Estar por inteiro e completamente disponível nas consultas também é algo que se deve ao paciente. Há dias em que o cansaço e as preocupações profissionais e pessoais falam mais forte, mas estar livre naquele momento para atendê-lo por completo passa uma sensação de entrega genuína; não usar o telefone na hora da consulta, olhar nos olhos, ser o mais pontual possível e desenvolver uma escuta interessada. Esse também pode ser um grande desafio nas consultas-relâmpago e com o sobrecarregamento dos profissionais, mas, na medida do possível, o médico precisa demonstrar interesse genuíno por aquilo que quem pede ajuda traz. Isso envolve escutar (e não só ouvir) e observar (e não apenas ver) de modo a não tentar ficar adivinhando ou tentando completar o que a sua paciente vai falar. Escutar para ajudar e não para se autoafirmar. Estar por inteiro também envolve ser responsivo – dar valor ao que a sua paciente traz e deixar claro para ela que você dá valor. Podem-se usar respostas que encorajem o contar, como “entendo”, “uhum” etc. Muitas vezes parafrasear aquilo que ela trouxe para confirmar que entendeu bem e para mostrar que está acompanhando o relato pode trazer alívio e sensação de “não preciso me preocupar, ele está entendendo justamente o que está se passando comigo”.

Existem outros limites por parte do médico, inclusive de um jovem ginecologista, que podem estar ligados a fadiga extrema, falta de condições de trabalho, má remuneração etc. É preciso sempre questionar qual é o máximo que se pode fazer com o que se tem e aceitar que muitas vezes não vai ser o seu melhor. Essa atitude está ligada também à congruência citada no início – reconhecer o que está acontecendo internamente e agir reconhecendo esses limites. A autocrítica, apesar de tóxica quando em grande quantidade, é uma ferramenta essencial ao longo da vida profissional, pois garante aprimoramento e crescimento contínuos.

As habilidades de comunicação estão no topo de habilidades insubstituíveis na relação médico-paciente. A arte de dialogar é o que permitirá diagnósticos acurados e tratamentos eficientes. A comunicação ideal no consultório inclui, por exemplo, dar chance de o paciente falar tudo que o aflige antes de interrompê-lo. Marvel *et al.*⁽⁶⁾ verificaram que pacientes estadunidenses eram interrompidos pelos médicos 23,1 segundos depois de começarem a falar, os quais acabavam redirecionando as queixas dos pacientes e raras vezes os deixavam concluir. Essa exposição incompleta da queixa foi associada, segundo os pesquisadores, com mais queixas sendo levantadas ao fim das consultas, menos preocupações sendo compartilhadas e oportunidades perdidas de captar dados importantes ao diagnóstico. De acordo com os pesquisadores, perguntas de final fechado também eram vilãs para uma coleta de dados completa.



Cabe ressaltar que, ao contrário do que se pode pensar, os pacientes aos quais foi permitida a completa explanação de suas queixas usaram apenas seis segundos de consulta em média a mais do que os que foram interrompidos antes de completar seus relatos.

A comunicação também envolve a sensibilidade de perceber os efeitos de suas intervenções. Clara Feldman,⁽⁶⁾ em seu excelente livro “Encontro: uma abordagem humanista”, fruto de anos de experiência dando aulas para alunos de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, traz uma reflexão: “perguntar sempre, antes de dizer ou agir diante do outro: que efeitos irei, possivelmente, causar sobre e a quem pede ajuda?”. Apesar de os efeitos serem imprevisíveis, como bem lembrado por Feldman,⁽⁶⁾ pode-se reconhecer que eles existem e o profissional deve manter-se atento aos seus desdobramentos.

E de maneira sábia, Clara Feldman⁽⁶⁾ coloca muitas outras questões que necessariamente um jovem ginecologista tem que conhecer e sobre as quais tem que refletir. A postura não verbal não fica escondida pelo jaleco. Pacientes podem perceber a disponibilidade, o interesse e a congruência por meio da comunicação não verbal. O olhar ao conversar talvez seja a maior ferramenta não verbal disponível ao médico. É muito fácil querer agilizar a consulta e anotar no prontuário o mais rápido possível, mas o olhar pode passar a sensação de uma consulta mais completa. O toque também é uma via de diálogo não verbal, como dar um “tapinha nas costas”, um aperto de mão, demonstrar respeito e pedir permissão ao fazer o exame físico. Rir pode parecer bobo, mas, em um ambiente em que tudo é muito envolto de seriedade, o humor pode ter benefícios para a relação médico-paciente. Não precisa ser demais, e sempre se deve ter sensibilidade para saber se cabe no momento, se é confortável para você e para o paciente. É importante elogiar o cuidado do paciente consigo mesmo, quando for bom, e acreditar nas suas capacidades e no seu poder de auto-observação. Não é incomum a suposição de que o paciente não se interessará ou não entenderá as especificidades de sua condição. É direito do paciente saber tudo sobre a doença e é dever do médico explicar. Porém, é preciso conhecer seu público, para adaptar a linguagem a ele e saber traduzir em linguagem simples aquilo que ele está sentindo. Outro exemplo é não passar um remédio que o paciente não poderá comprar ou utilizar. É importante contextualizar, tanto social quanto economicamente, as indicações para a vida do paciente; e passar confiança e não ter uma postura punitiva ou julgadora. É importante mostrar que o paciente precisa estar atento a certos cuidados e até mesmo que o profissional se importa, mas de forma educativa, conscientizando e não julgando, caso contrário poderá haver omissões de informações de falta de engajamento no tratamento, a fim de evitar repreensão do médico. Deve-se ter a mente aberta e não querer impor seus valores/crenças, transformando o consultório em um

templo de conversões. Constantemente é preciso lembrar de que não é preciso querer mostrar eficiência a todo custo, pois a medicina não é e nunca foi uma ciência exata. Muitas vezes a sua eficiência está em oferecer a sua companhia a alguém que está sofrendo e que pede uma presença humana. Enfim, ser ético envolve tudo o que foi dito anteriormente.

A relação médico-paciente foi classificada por Emanuel e Emanuel⁽⁷⁾ em quatro modelos: paternalista, informativo, deliberativo e interpretativo. O modelo paternalista, o mais comum entre médicos brasileiros, é também chamado de sacerdotal.⁽⁸⁾ Ele está baseado no pressuposto de que o paciente não precisa saber muito sobre sua condição e não tem muito a contribuir com o seu tratamento, e as escolhas são feitas pela equipe médica e repassadas apenas parcialmente a ele. Assim, a autonomia e a participação do paciente são altamente limitadas. O caminho do meio pode estar na devida atenção à autonomia do paciente, ao reconhecimento do seu direito de saber de todos os detalhes sobre sua doença e certo poder de decisão ao longo do tratamento; já no que diz respeito ao médico, ser um profissional que não controla inteiramente o tratamento e que não é o guardião da saúde do paciente, mas um parceiro de caminhada em busca da cura. Naturalmente, a resolução conjunta se dá quando se harmonizam a autoridade (nada a ver com autoritarismo) do médico com a permissividade (estar aberto à ajuda) da parte do paciente.

Concluindo, não é esperado que o jovem ginecologista desenvolva todas essas habilidades mencionadas de uma só vez, mas que ele as mantenha em mente como um norte e tente usá-las na medida do possível para que a qualidade de seu atendimento seja mantida e para que o tratamento de seus pacientes seja mais completo e humano.

REFERÊNCIAS

- Grossemann S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2004;28(2):99-104. doi: 10.1590/1981-5271v28.2-014
- Rogers CR. Tornar-se pessoa. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
- Caprara A, Franco AL. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(3):647-54. doi: 10.1590/S0102-311X19990003000023
- Comte-Sponville A. Pequeno tratado das grandes virtudes [Internet]. São Paulo: Martins Fontes; 1999 [cited 2021 Jan 23]. Available from: http://www.pfilosofia.pop.com.br/03_filosofia/03_03_pequeno_tratado_das_grandes_virtudes/pequeno_tratado_das_grandes_virtudes.htm
- Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA.* 1999;281(3):283-7. doi: 10.1001/jama.281.3.283
- Feldman C. Encontro: uma abordagem humanista. 2ª ed. Belo Horizonte: Crescer; 2004.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA.* 1992;267(16):2221-6. doi: 10.1001/jama.1992.03480160079038
- Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Cent Rep.* 1972;2(3):5-7. doi: 10.2307/3560825