

# Relacionamentos interpessoais na área da saúde

PAULA COSTA MOSCA MACEDO

Este capítulo propõe-se a refletir sobre a dificuldade de se lidar com as relações em ambientes de trabalho e cuidados em saúde. Há muitas possibilidades metodológicas de observação nesse tema, desde as antropológicas, sócio-históricas e psicanalíticas até as organizacionais. Transitando-se por essas áreas, busca-se explorar a complexidade que o assunto merece, visando a fornecer subsídios aos profissionais e uma instrumentalização que facilite a compreensão dos fenômenos relacionais vivenciados, seja com seus pacientes, familiares ou colegas de equipe.

Considera-se que a capacidade de se relacionar representa uma qualificação do trabalho em saúde que será sempre processual e, ao mesmo tempo, subjetiva e coletiva, e que seu aprimoramento traz repercussões positivas para a qualidade de vida no trabalho e para a qualidade da assistência prestada.

Os cenários de trabalho vêm passando por profundas mudanças desde o fim do século XX, por causa das transformações sociais, econômicas, tecnológicas e políticas. Essas transformações atingem principalmente o trabalhador, que se vê em meio a novas demandas de formação, desempenho e qualificação, impactando-o do ponto de vista biopsicossocial. Howard<sup>1</sup> discute que, de maneira geral, esse modelo de permanente transformação no mundo do trabalho e as novas demandas impostas ao trabalhador em termos de qualificação e desempenho colocam-no frente a uma grande quantidade de

informações e conhecimentos, com uma complexidade de cuidados cada vez maior, alto nível de competitividade, maior necessidade de trabalhos em equipe, novos sistemas de gestão e de recompensas e, portanto, maior estresse ocupacional.

O trabalhador em saúde possui, ainda, uma especificidade em seu trabalho, pois, na maioria das vezes, nos processos de cuidado com o paciente, tem-se um produto final que é imaterial, ou seja, atenção, acolhimento, cuidado, vínculos de confiança, atenção às necessidades dos pacientes e familiares, tratamento para as doenças físicas, alívio para as “dores da alma” e bem-estar. Em tempos de grande desenvolvimento da medicina, no âmbito das pesquisas científicas e das tecnologias na área da saúde, o desafio que se coloca é atingir um padrão-ouro também nas relações interpessoais em suas diversas modalidades (médico-paciente, equipe-usuário e entre os membros da equipe de saúde) e, assim, almejar que essas relações funcionem como catalizadoras para que a ciência exerça com plenitude seu papel social de promover saúde para todos. Vale ressaltar que o conceito de saúde aqui aplicado é o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que, em 1948, definiu saúde como não somente a ausência de doença, mas também como o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo.<sup>2</sup>

Um elemento fundamental que se destaca quando se discutem as relações interpessoais em saúde é a empatia. O termo “empatia”, segundo o Dicionário Aurélio<sup>7</sup>, é a faculdade de perceber de que modo uma pessoa pensa ou sente. Embora não se tenha conhecimento direto da mente dos outros, muitas vezes é possível fazer suposições bastante precisas sobre como as outras pessoas sentem ou o que pensam. Para Bolognini<sup>3</sup>, ser empático é uma condição especial que envolve autonomia frente ao objeto e um compromisso com a verdade a partir do interno. Ser empático não é criar condições para uma relação harmoniosa nem conquistar o outro com uma espécie de sedução agradável; ser empático é, antes de tudo, uma possibilidade pessoal na relação com o outro, que requer desenvolvimento emocional e profundo respeito tanto naquilo que se refere ao objetivo determinado (o cuidado) quanto ao lidar com as diferenças e os conflitos que a própria empatia suscita.

As contribuições da psicanálise na semiologia do fenômeno empatia parecem oferecer à prática clínica elementos úteis aos profissionais frente à demanda emocional veiculada nas relações, apesar de o termo “empatia” não ser considerado um conceito psicanalítico e, por vezes, acabar sendo banalizado e associado a sentimentalismo e maternagem. Em sua essência, a empatia requer grande capacidade de separação e diferenciação, atenção e capacidade de manter operantes o pensamento e a racionalidade.

O vocábulo “*empathy*” foi criado por Tichener, em 1909, como tradução do termo alemão “*einfihlung*” (“sentir dentro”) para sua obra *Experimental psychology of the thought processes*. Contudo, o termo “empatia” surgiu pela primeira vez na obra *Discepoli a sais*, em 1798, do poeta romântico Novalis. No período do Romantismo, principalmente entre 1790 e 1800, o cenário cultural era dos intensos e criativos encontros entre Novalis, os irmãos Schlegel, Goethe, Schiller, Hölderlin e os filósofos Schelling e Fichte, que apreciavam pensar e poetizar juntos. Esses encontros eram profícuos, pois aquilo que os unia eram as relações de amizade, os interesses comuns e a troca de ideias. Também no início da Psicanálise, os encontros entre Freud, Jung e demais discípulos costumavam

render trocas de grande valor e riqueza científica tanto presencialmente quanto por meio das frequentes trocas de correspondência. O que havia em comum entre esses dois movimentos, o do Romantismo e o da Psicanálise, era um forte sentimento de pertença, uma experiência do tipo “fusional”, de sentir-se parte integrante de um coletivo.<sup>3</sup>

Os historiadores da literatura consideram o Romantismo um período de grande riqueza emocional, amadurecimento, contato com o imaginário coletivo e profundidade reflexiva. Nesse mesmo período, ocorreu o nascimento de uma nova concepção da relação médico-paciente e um aspecto central foi bastante demarcado na literatura, a necessidade imperativa da simpatia do médico em relação ao sofrimento de seu paciente e a necessidade de seu interesse pessoal pelo paciente estar a serviço do progresso da ciência. Em outra obra, intitulada *Sobre o estado da medicina*, Schubert (1805) diz que, na relação com o paciente, “um interesse interior e amoroso pelo sofrimento do ‘irmão’ acelera a cura ao invés de retardá-la”. A ideia central inspirada pelo Romantismo era de que as trocas e os intercâmbios profundos nas relações religavam o homem à natureza e aos outros homens, fechando um ciclo vital da dependência da vida do indivíduo à vida da totalidade.<sup>3</sup>

Na medicina moderna, esses conceitos são retomados e adaptados a uma possibilidade real de o profissional destinar parte de sua abordagem ao paciente para um foco determinado, que é o “sentir” receptivo, ou seja, uma atenção especial para tendências que ele possa apresentar, sejam elas de natureza mais construtiva, destrutiva ou regressiva. A experiência interna pela qual o profissional passará é de compartilhar e compreender temporariamente a condição psicológica que o adoecimento acarretou na pessoa, evitando, assim, os conflitos de intersubjetividades e os desencontros.

Onde houver doença, sempre haverá a irradiação do universo emocional daquele que dela padece, podendo ser manifestação de sofrimento, desesperança, dor, preocupação, raiva e até negação da realidade, mas, inexoravelmente, o profissional será afetado por essas demandas emocionais e a elas responderá com sua própria subjetividade. A partir da empatia, pode-se criar um campo relacional de entendimento, evitando-se formas de reação mais primitivas por parte do profissional.

A atuação da contratransferência, que nada mais é que os sentimentos positivos ou negativos suscitados na relação com o paciente, pode gerar grande desgaste emocional. Como exemplo, tomam-se os sentimentos negativos que podem se desenvolver inicialmente em relação a pacientes com traços desagradáveis de hostilidade e distanciamento e que, por meio da tentativa de compreender, percebe-se que podem estar relacionados a eventuais analogias com as próprias experiências ou fantasias, as quais, sendo percebidas precocemente, podem oferecer elementos e diretrizes sobre a tarefa que se está prestes a enfrentar. Da mesma forma, identificações com objetos internos de amor podem influenciar a forma de cuidar do outro, com atitudes superprotetoras que reforçam certo grau de dependência. Tanto uma como outra polaridade (afetos positivos e negativos) oferecem perigos emocionais ao profissional e somente por meio da percepção da atuação dessas forças na relação é que se desenvolvem habilidades de manejo e conduta

com o paciente. Essa percepção é um importante fator clínico que favorece o vínculo de confiança e adesão do paciente ao tratamento.

O dia a dia das atividades assistenciais coloca os profissionais em contato com uma variedade de pacientes muito diferentes entre si em termos de características de personalidade, contextos socioculturais e também quanto à maneira como lidam com o adoecer. Esse panorama requer do profissional um verdadeiro arsenal de possibilidades de abordagem e intervenção, de acordo com os cenários relacionais estabelecidos. Isto é, é de fundamental importância que o profissional mantenha certo grau de autovigilância em sua tarefa assistencial, de modo que não adote um modelo relacional teórico e universal, baseado naquilo que idealiza como pertinente para sua relação com o paciente, levando aos automatismos do fazer em saúde. Uma atitude fundamental daqueles que desempenham funções profissionais de cuidado em saúde é manter um contato sincero e honesto com seus próprios sentimentos, quaisquer que sejam eles, e algum nível de introspecção, além de conseguir suportar estados de tensão até que o paciente possa reconhecer e modificar suas atitudes, suas posturas e seu comportamento, treinando, assim, sua tolerância.

Rosenfeld<sup>4</sup>, um estudioso no âmbito das relações terapêuticas, em seu trabalho *Impasse e interpretação*, enfatizou a importância de esclarecer para si mesmo quais são os sentimentos em relação ao paciente e que essa percepção é o grande facilitador da condução técnica da relação com o outro, uma vez que lança uma luz sobre o caminho mais saudável a seguir.

O que interessa aqui, sobremaneira, é como despertar nos profissionais essa motivação para ir ao encontro do outro, seu paciente, aproximar-se empaticamente de suas necessidades emocionais e manter uma atitude terapêutica sem ser contaminado pela emocionalidade que certamente o angustiará e poderá prejudicar sua intervenção. Esse desenvolvimento específico da sensibilidade empática do profissional de saúde constitui um instrumento útil, desde que mantido sob controle do ego, ou seja, com plasticidade e capacidade de aproximar-se e a percepção do momento em que precisará se afastar.

É frequente observar que muitos profissionais apresentam grande dificuldade nos relacionamentos interpessoais durante a tarefa assistencial, sentem-se incapazes de ser mais empáticos na relação com os pacientes e familiares, distanciam-se, e, muitas vezes, esse comportamento é resultado do uso intenso de mecanismos de defesa. Além disso, frequentemente os profissionais de saúde se deparam com relações profissional-paciente-família complexas do ponto de vista psicológico, para as quais habitualmente consideram não terem sido preparados adequadamente durante seu treinamento. Para ilustrar como esse pensamento reflexivo pode facilitar a relação dos profissionais com seus pacientes, sugere-se que algumas questões mentais sejam formuladas e autoaplicadas tão rapidamente quanto a própria prática diária deve ser.

1. O que sinto por esta pessoa é uma sensação positiva ou negativa?
2. Tenho vontade de me aproximar ou de me afastar?

3. Por que estou agindo assim?
4. O paciente (ou familiar) me lembra alguém?

É possível oferecer treinamento na área de saúde mental por meio de técnicas focais de fácil aplicação que capacitem o profissional a aliviar as tensões resultantes da atividade profissional, independentemente da formação profissional. Ao contrário do que muitas vezes se imagina, manter-se autovigilante, atento ao outro e aproximar-se de modo empático facilita o manejo das situações psicologicamente complexas, distensionando as relações.

Inúmeras pesquisas têm sido realizadas nas últimas décadas a respeito das dificuldades, peculiaridades e consequências na saúde física e mental dos profissionais de saúde relacionados à tarefa assistencial. O chamado sofrimento psíquico localiza-se em uma zona difusa entre a saúde e a doença. Dejours<sup>5</sup> desenvolveu estudos a respeito da psicopatologia do trabalho, com objetivo de discutir a relação que se estabelece entre psique e trabalho na vida das pessoas e elaborou o conceito de “trabalho penoso” para explicitar que o trabalho poderia suscitar vivências de intenso sofrimento psíquico, que, quando analisadas pelo olhar voltado para a coletividade, poderiam ganhar também dimensões macroscópicas. Muitas vezes, depara-se com profissionais que desenvolvem mecanismos de defesa coletivos para suportar a rotina assistencial, como os profissionais de enfermagem e os residentes de medicina.<sup>6</sup> Uma forma de manifestação coletiva dessas defesas são os estigmas embutidos em apelidos dados aos pacientes e/ou familiares que mascaram as dificuldades que as equipes apresentam nas relações. Por exemplo, a histérica, o chato, a poliqueixosa, o velho, a coitada, etc.

Há uma grande dificuldade de manejo dos profissionais de saúde, parte por falhas na sua formação em humanidades e parte pelas vicissitudes da prática diária, que dificultam estabelecer, ao mesmo tempo, uma proximidade terapêutica e um cuidado com o envolvimento emocional excessivo. O modelo de trabalho multiprofissional, apesar de ser reconhecido como de grande potência terapêutica, também é, por si só, produtor de tensões e conflitos. Uma maior autonomia é característica marcante do trabalho médico, enquanto os demais trabalhadores permanecem em configurações de trabalho mais hierarquizadas, como a enfermagem, o serviço social, a psicologia, a fisioterapia e a nutrição. Isso, de certa forma, traduz-se em relações de poder, pressupõe níveis de subordinação, e frequentemente surgem insatisfações. Para suportar e lidar com essas sensações, muitas vezes os profissionais se utilizam de mecanismos de defesa do tipo projetivos, ou seja, transferem para os pacientes e familiares aspectos negativos de suas experiências, tendendo à irritabilidade, à frieza e, por vezes, à hostilidade.<sup>7</sup>

No cenário da globalização e da medicina atual, ênfase é dada ao desenvolvimento de indicadores de qualidade nos serviços de saúde oferecidos à população, na busca de excelência no atendimento e na capacitação dos profissionais para atenderem a uma demanda cada vez mais complexa de cuidados. Essa excelência tem base em valores éticos, políticos, sociais e econômicos, porém a eficiência desses setores de atividade está intimamente relacionada às formas de gestão e à qualidade das ações dos trabalhadores

da saúde, que, por sua vez, dependem de motivação, capacidade de enfrentamento, espírito de cooperação e tolerância para as diferenças. São necessários processos profundos de mudança e práticas inovadoras que introduzam definitivamente na saúde novos paradigmas que qualifiquem as relações interpessoais em saúde. Considera-se inovação o resultado da implementação de ideias, processos, produtos e serviços originários dos indivíduos e grupos da organização, bem como a introdução de novas tecnologias que sejam reconhecidos por ela como valiosas para o alcance de seus objetivos finais.<sup>8</sup>

Ao preconizar a necessidade de mudança no padrão relacional dos profissionais de saúde com seus clientes internos (demais profissionais da instituição) e externos (pacientes e usuários do serviço), pretende-se apontar na direção de uma eficiente abordagem da situação-problema, o que significa que, assumindo-se que relações interpessoais em saúde são fontes permanentes de estresse, emerge a necessidade de avaliação, treinamento e domínio de habilidades relacionais dos trabalhadores. A questão das competências individuais tem se tornado uma constante na articulação do trabalho realizado no formato multiprofissional em saúde.

Competência é um conceito que reúne, em uma só pessoa, conhecimento técnico, habilidades e atitudes necessárias para um bom desenvolvimento da função. Um elenco de quinze competências individuais foi descrito por Borges e Yamamoto<sup>12</sup> como desejável:

- capacidade de aprender rapidamente novos conceitos e tecnologias;
- capacidade de trabalhar em equipes;
- criatividade;
- visão de mundo ampla e global;
- capacidade de comprometer-se com os objetivos da organização;
- capacidade de comunicação;
- capacidade de lidar com incertezas e ambiguidades;
- domínio de novos conhecimentos técnicos associados ao exercício do cargo ou da função ocupada;
- capacidade de inovação;
- capacidade de relacionamento interpessoal;
- iniciativa de ação e decisão;
- autocontrole emocional;
- capacidade empreendedora;
- capacidade de gerar resultados efetivos em sua área de atuação;
- capacidade de lidar com situações novas e inusitadas.

No tocante à capacidade de comunicação, os trabalhadores da saúde não são devidamente treinados para utilizar o poder da comunicação como ferramenta de trabalho. Comunicação é essencialmente relação e comunicar-se exige atenção permanente aos seguintes aspectos: com quem se conversa (quem é o interlocutor), o que se comunica (foco e escolha do conteúdo) e para que se comunica (objetivos). Dessa forma, os profissionais de saúde precisam refletir sobre sua capacidade e habilidade de comunicação,

pois é em torno delas que se estrutura um campo de práticas. Uma comunicação ruim ou empobrecida leva a distorções e conflitos, enquanto uma comunicação dialógica produz sujeitos comprometidos com a produção e a promoção de saúde.

Outro panorama que se coloca como desafiador é o estabelecimento donexo causal entre os transtornos mentais e do comportamento e os aspectos organizacionais do trabalho.<sup>9</sup> Os trabalhadores da saúde representam uma categoria que tem como fator de risco a própria atividade, inseridos em um contexto de trabalho desgastante física e emocionalmente, inerente à tarefa dos profissionais. A exigência do profissional de relacionar-se de forma permanente gera a sensação de sobrecarga subjetiva, podendo desencadear o adoecimento físico e mental desse profissional. A própria formação médica pode ter consequências prejudiciais para aqueles que realizam seus treinamentos. Estudos indicam uma alta prevalência de suicídio, depressão, uso de substâncias psicoativas, estresse, incapacitação e *burnout* nessa população, que interferem e afetam a capacidade do profissional.<sup>10,11</sup>

Ressalta-se que o nexo entre adoecimento/sofrimento psíquico e trabalho representa uma importante atividade na assistência aos trabalhadores da saúde e que a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de disfunções na prática assistencial deve ser abordada também na sua forma preventiva, por meio de programas de capacitação e assessoria em saúde mental aos profissionais de saúde. A educação continuada em saúde contribui para a identificação de problemas e dificuldades relacionadas ao trabalho, incluindo a temática das relações interpessoais, de modo a produzir e divulgar conhecimento especializado, estimulando a reflexão e a discussão relacionadas ao contexto das relações, dos processos de trabalho e do próprio trabalho em equipe.<sup>10</sup>

## CONCLUSÕES

Para finalizar, na perspectiva de superar reducionismos, é necessário reconhecer a importância da subjetividade no trabalho, o significado que os indivíduos atribuem a determinadas situações, a maneira como cada um reage a partir de sua própria história de vida, seus valores e sistema de crenças e a importância das suas experiências e representações sobre a atividade profissional que desempenham. Ao mesmo tempo, devem-se valorizar as contínuas mudanças nos cenários de trabalho, tomando como referência que aquilo sempre será relação interpessoal, contemplada tanto do ponto de vista de sua toxicidade bem como de seu poder curativo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howard A. The changing nature of work. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.
2. Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine. Soc Sci Med 1995; 41(10):1337-9.
3. Bolognini S. A empatia psicanalítica. Rio de Janeiro: Cia. De Freud, 2008.
4. Rosenfeld H. Impasse e interpretação. Londres: Tavistock, 1987.
5. Dejours C. A loucura do trabalho. Estudo sobre a psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1987.

6. Macedo PCM, Citero VA, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Morais MB, Nogueira-Martins LA. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)* 2009; 31(2):119-24.
7. Macedo PCM. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. *Rev SBPH* 2007; 10(2).
8. Bruno-Faria MF. Criatividade, inovação e mudança organizacional. In: Lima SMV (org). *Mudança organizacional: teoria e gestão*. Rio de Janeiro: FGV, 2003.
9. Brasil. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006.
10. Macedo PCM, Martins MCFN, Martins LAN. Técnicas de intervenção psicológica para humanização das equipes de saúde: grupos balint e grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial. In: Knobel E, Andreoli PBA, Erlichman MR (orgs.). *Psicologia e humanização. Assistência aos pacientes graves*. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
11. Peterlini M, Tibério IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ* 2002; 36(1):66-72.
12. Borges LO, Yamamoto OH. O mundo do trabalho. In: Zanelli JC, Borges-Andrade JE, Bastos AVB (org). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
13. Ferreira ABH. *Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.