

Quando o paciente chora na consulta: a experiência de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade

When patients cry in the appointment: the experience of Residency preceptors in Family and Community Medicine

Quando el paciente llora en la consulta: la experiencia de preceptores de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria

Marcia Cristina Lemos dos Santos¹ , Gabriela Sobrino Porto Bastos² , Aline Stefano Mantovani¹ , Bianca Porto Santos¹ 

¹Secretaria Municipal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

²Prefeitura de Joinville, UBSF Ulysses Guimarães – Joinville (SC), Brazil.

RESUMO

Introdução: Nos atendimentos clínicos realizados na Atenção Primária, não é incomum que pacientes chorem durante a consulta. No entanto, os profissionais que atuam nesse âmbito podem não se sentir preparados para lidar com esse cenário, em virtude da falta de conhecimento de ferramentas para lidar com esse tipo de demanda. **Objetivo:** Este estudo propôs-se a elencar e categorizar técnicas para a abordagem ao paciente que chora, por meio de entrevistas realizadas com preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Método:** Foram realizadas entrevistas com 16 preceptores, que foram gravadas, transcritas e analisadas segundo os preceitos de Bardin. **Resultados:** Como resultado, obteve-se o compilado de 94 citações de técnicas não verbais e 27 de técnicas verbais, além dos modos de aprendizado delas, que ocorreram sobretudo por conhecimentos obtidos na Residência em MFC, na experiência prática e na leitura de temas correlatos, destacando-se referências sobre comunicação clínica. Ademais, foram categorizados os motivos para o choro dos pacientes, os sentimentos dos médicos, os objetivos das técnicas utilizadas e se se considera que elas auxiliam tanto médicos quanto pacientes nessa situação. **Conclusões:** Conclui-se que as técnicas empregadas pertencem ao conjunto de ferramentas de comunicação clínica baseadas em empatia e vínculo, e que o primeiro contato com elas ocorre geralmente na Residência em MFC; posteriormente elas são aprimoradas com a experiência clínica. Nesse contexto, destaca-se a importância da ênfase dada ao tema durante a especialização e da educação continuada em benefício do médico e do paciente.

Palavras-chave: Choro; Comunicação não verbal; Relações médico-paciente; Competência clínica; Educação médica.

Autor correspondente:

Marcia Cristina Lemos dos Santos
E-mail: marciacisantos@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE 96810918.9.0000.5279

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 24/06/2020.

Aprovado em: 26/01/2022

Editor Associado:

Bruno José Barcellos Fontanella

Como citar: Santos MCL, Bastos GSP, Mantovani AS, Santos BP. Quando o paciente chora na consulta: a experiência de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):2586. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2586](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2586).



ABSTRACT

Introduction: During clinical consultations performed in Primary Care, it is not uncommon for patients to cry. However, the professionals that operate in this scope may feel unprepared to deal with this scenario, due to the lack of skills knowledge for the approach to patients with this kind of demand. **Objective:** This study aims to list and categorize techniques to approach a crying patient, through interviews with preceptors of the Family and Community Medicine (FCM) Residency Program from the Municipal Government of Rio de Janeiro. **Methods:** 16 preceptors were interviewed, and those interviews were recorded, transcribed and later analyzed according to Bardin's precepts. **Results:** As a result, we obtained a compilation of 94 quotations of non-verbal techniques and 27 of verbal techniques, as well as their learning methods, which occurred mainly through knowledge obtained during the Residency in FCM, practical experience and reading of related topics, highlighting the references about clinical communication. Moreover, reasons for patients crying, doctors' feelings, objectives of the techniques and whether they were considered to be helpful to both physicians and patients in this situation, were also categorized. **Conclusions:** It was concluded that the applied techniques belong to the set of clinical communication tools, based on empathy and bond, and that the first contact with these usually occurs at the FCM Residency and is later improved with clinical experience. In this context, stands out the importance of the emphasis given to the topic during specialization and continuing education for the benefit of the physician and the patient.

Keywords: Crying; Nonverbal communication; Physician-patient relations; Clinical competence; Education, medical.

RESUMEN

Introducción: En las consultas clínicas realizadas en la Atención Primaria no es raro que los pacientes lloren. Sin embargo, los profesionales que actúan en este ámbito pueden no sentirse preparados para lidiar con este escenario, debido a la falta de conocimiento de herramientas para manejar este tipo de demanda. **Objetivo:** Este estudio se propuso a enumerar y categorizar técnicas para abordaje al paciente que llora, a través de entrevistas realizadas con preceptores del Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad (MFC) de la prefectura de Rio de Janeiro. **Métodos:** Se realizaron entrevistas con 16 preceptores, las mismas fueron grabadas, transcritas y analizadas según los preceptos de Bardin. **Resultados:** Como resultado, se obtuvo un compilado de 94 citas de técnicas no verbales y 27 técnicas verbales, además de los modos de aprendizaje de las mismas, que ocurrió sobre todo por conocimientos obtenidos en la Residencia en MFC, experiencia práctica y lectura de temas relacionados, destacándose referencias sobre comunicación clínica. Además, fueron categorizados motivos para el llanto de los pacientes, sentimientos de los médicos, objetivos de las técnicas utilizadas y se consideran que las mismas auxilian, tanto médicos y pacientes, en esta situación. **Conclusiones:** Se concluye que las técnicas empleadas pertenecen al conjunto de herramientas de comunicación clínica, basadas en empatía y vínculo, y que el primer contacto con las mismas ocurre generalmente en la residencia en MFC, siendo posteriormente mejoradas con la experiencia clínica. En este contexto, se destaca la importancia del énfasis dado al tema durante la especialización y la educación continuada en beneficio del médico y del paciente.

Palabras-clave: Llanto; Comunicación no verbal; Relaciones médico-paciente; Competencia clínica, Educación médica.

INTRODUÇÃO

Nos atendimentos clínicos realizados na Atenção Primária em Saúde (APS), não é incomum que os pacientes chorem durante a anamnese.¹ Isso pode estar relacionado ao fato de os profissionais que atuam nesse âmbito lidarem com os pacientes de forma integral, em diferentes contextos de vida, abordando questões tanto físicas quanto emocionais.² Ademais, existem evidências de que as pessoas geralmente têm uma tendência a chorar com mais frequência em hospitais e outros centros de saúde do que em espaços públicos.³

Entretanto, esses profissionais podem não se sentir preparados para lidar com tal cenário, evitando abordar questões que envolvam emoções intensas na tentativa de prevenir o desgaste pessoal e o desperdício de tempo. Essa angústia pode ocorrer pela falta de conhecimento de ferramentas para lidar com esse tipo de demanda.¹ Técnicas para a abordagem de pacientes que choram na consulta não costumam ser ensinadas durante a graduação, de forma que um profissional recém-formado ou com pouca experiência, ao se encontrar nessa situação, pode se defrontar com sentimentos como frustração e sensação de impotência.⁴

Existem, ainda, poucos estudos que descrevem pacientes que choram na consulta, sendo a maior parte deles focada nas reações dos médicos e pacientes em lugar de descreverem técnicas ou

ferramentas utilizadas pelos profissionais nessas circunstâncias.³ Mesmo com a ciência de que cada caso é individualizado, tais técnicas podem facilitar a condução da entrevista pelos profissionais de saúde, tornando consultas que poderiam ser difíceis menos desconfortáveis e mais produtivas tanto para o profissional quanto para o paciente.⁵

O objetivo deste estudo foi fazer um levantamento das técnicas utilizadas pelos preceptores de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) para lidar com o paciente que chora, de acordo com sua experiência no tema, promovendo uma reunião de métodos para uma abordagem mais adequada aos pacientes pelo profissional de saúde da APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, desenvolvido com base em entrevistas aplicadas aos preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMSRJ) durante os grupos de trabalho (GT), entre os meses de novembro de 2018 e janeiro de 2019.

Para constituir a amostra de participantes, foram convidados 31 médicos preceptores do PRMFC-SMSRJ e 16 que se propuseram a participar do estudo. Os GT são grupos com número limitado de preceptores presentes, que se reúnem periodicamente para a elaboração de aulas teóricas. Para as entrevistas, uma parcela de profissionais pôde ser destacada das reuniões a fim de evitar o comprometimento das atividades desenvolvidas.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas individuais semiestruturadas⁶ realizadas pelas pesquisadoras, que são médicas residentes e já conheciam os participantes da pesquisa por terem aulas teóricas com os preceptores. As entrevistas foram conduzidas no local da realização do GT, deslocando um entrevistado por vez.

O roteiro da entrevista foi criado pelas pesquisadoras com o intuito de acessar a memória dos participantes quanto aos atendimentos que tiveram em que o paciente chorou na consulta, suas percepções sobre si e sobre o outro, a utilização de técnicas e ferramentas, bem como a origem do conhecimento sobre as técnicas utilizadas. Ao fim, era feita uma pergunta aberta caso o entrevistado quisesse adicionar mais algum conteúdo à entrevista.

A amostra foi selecionada por conveniência, baseada na disponibilidade imediata, tratando-se de uma amostragem não probabilística.⁷ As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para então serem analisadas. A análise temática foi realizada seguindo os preceitos de Bardin.⁸ As pesquisadoras, em conjunto, determinaram as categorizações e incluíram as respostas de acordo com suas percepções, realizando o agrupamento baseado na semântica das palavras.

Para o desenvolvimento deste estudo, consideramos como pacientes que choram na consulta adultos que, em algum momento da entrevista clínica, derramam lágrimas por qualquer motivo.

A realização da presente investigação obedeceu todas as etapas previstas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as exigências do Conselho de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (Resolução do Conselho Nacional de Saúde — CNS 466/12). Todos os participantes, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordaram e receberam os devidos esclarecimentos em relação aos objetivos e à metodologia a ser empregada no estudo, bem como a informação de que os resultados obtidos neste trabalho poderiam ser publicados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo foi motivado pela inquietude das pesquisadoras quando encontram pacientes que choram durante as consultas. A opinião dos entrevistados corrobora esse sentimento, já que, dos 16 participantes, 15 disseram que o tema em questão era bastante relevante para a prática clínica dos médicos de família. Ademais, todos referiram atender pacientes com esse perfil frequentemente.

As características da amostra estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características da amostra de preceptores entrevistados.

Gênero	
Feminino	9
Masculino	7
Idade	
25–35	13
36–45	3
Outra formação	
Medicina Veterinária	1
Medicina Chinesa e Acupuntura	1
Tempo na preceptoría no PRMFC-SMSRJ	
<1 ano	7
2–8 anos	9

PRMFC-SMSRJ: Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
Fonte: resultados da pesquisa

O objetivo original deste estudo era obter uma reunião de técnicas para a abordagem do paciente que chora na consulta. No entanto, durante a realização e a interpretação das entrevistas, foram observadas novas informações que se mostraram pertinentes ao estudo, tornando-se também categorias de análise: motivo do choro do paciente, sentimento do médico, técnicas/ferramentas utilizadas, formas/local de aprendizado e objetivos das técnicas, expostas nas Tabelas 2 a 4.

Tabela 2. Motivos citados pelos preceptores para o choro dos pacientes

Físico	
Dor	1
Subjetivos	
Sofrimento mental	8
Luto	7
Catarse	5
Relacionamento interpessoal conflituoso	5
Queixa oculta	5
Chantagem/manipulação	3
Culpa	1
Violência	1
Angústia	1
Demanda por atenção	1

Fonte: resultado da pesquisa

Tabela 3. Sentimentos vivenciados pelos preceptores perante os pacientes que choram na consulta

Positivos	
Simpatia	2
Prazer	1
Honra	1
Negativos	
Distanciamento	3
Ansiedade	2
Incômodo	2
Insegurança	2
Nervosismo	2
Aflição	1
Angústia	1
Desconforto	1
Sufrimento	1

Fonte: resultado da pesquisa

Tabela 4. Técnicas e ferramentas utilizadas para manejo de pacientes que choram na consulta.

Verbais	
Perguntas	13
Frases específicas	11
<i>Mirroring</i> verbal	2
Abordagem de IPE e PSO*	1
Não verbais	
Silêncio	14
Oferecer um lenço	11
Toque	11
Mudança na postura	8
Abraçar o paciente	6
Aproximação física	5
Proteção do ambiente	5
Escuta	4
Dar espaço de fala	4
Olhar nos olhos	4
Segurar a mão	4
Chorar junto com o paciente	3
Demora permitida	3
Concordar com a cabeça	2
Genograma e Ecomapa	2
Mudança na expressão facial	2
Oferecer água	2
Observação do paciente	1
Distanciamento do paciente	1
<i>Mirroring</i> corporal	1
Organização espacial do consultório	1

*IPE e PSO: ideias, preocupações e expectativas; psicológico, social e ocupacional.

Fonte: resultado da pesquisa

Importante frisar que, durante as entrevistas, os participantes recuperam memórias para narrar suas vivências. Os motivos que aparecem nas narrativas podem ser os mais significativos ou os que produziram maior impacto aos profissionais, não necessariamente refletindo a frequência de casos.

Uma comunicação efetiva é essencial para o fornecimento de cuidado médico de qualidade³. No entanto, alguns profissionais podem ficar relutantes em abordar os sentimentos do paciente por considerarem a situação muito desafiadora. Além disso, faltam-lhes ferramentas terapêuticas para lidar com essas emoções.¹

Ao longo das entrevistas, muitas das causas citadas para o choro dos pacientes (Tabela 2) estavam, de fato, relacionadas aos sentimentos deles, conforme a fala do entrevistado 1: “Às vezes, o paciente chega na 1ª, 2ª consulta e chora, [...] para uma pessoa se abrir nesse ponto com você, é porque ela tá com um sofrimento mental muito grande.” Entretanto, também foi mencionada a situação do choro como forma de manipulação ou chantagem, o que pode influenciar na postura do médico e na condução da consulta, como mencionado pelo entrevistado 8: “É muito comum se ela [paciente] demanda alguma coisa e alguém nega, ela começa a chorar. É um choro que eu atuo diferente, eu já conheço aquele choro, é quase uma birra de filho.” Na literatura, as principais emoções negativas associadas ao choro são tristeza, raiva, ansiedade e frustração; já as causas positivas são alívio e felicidade.⁹

Foram citadas, ainda, as queixas ocultas como causas de choro, como dito pelo entrevistado 5: “O subgrupo [de pacientes] que tem uma queixa diferente do motivo de consulta aparente, diverso até do problema de saúde física e, durante a consulta, acontecem diversas manifestações emocionais que podem passar pelo choro.” Segundo Carrió, certos motivos de consulta aparecem nas entrelinhas do motivo oficial da visita, o que ele nomeia como “cartão de visitas”, pois existe a crença de que algumas demandas são mais bem recebidas pelos profissionais do que outras.⁵

De fato, eventualmente, demandas relacionadas a emoções, questões psicológicas e o próprio choro podem desencadear sentimentos (Tabela 3) como desconforto, ansiedade e insegurança nos médicos,^{3,10} o que foi colocado por alguns entrevistados: “Principalmente quando a pessoa ainda não te contou o que que aconteceu e ela começa a chorar, isso causa muita angústia no médico, porque você não sabe porque que a pessoa está chorando, você não sabe como é que você pode ajudar ela” (E1). O ato de chorar junto com o paciente foi citado por alguns com uma conotação negativa: “Eu quando comecei com 30 [anos] não tinha toda essa reserva que eu tenho agora. Então alguém chorava, eu começava a chorar” (E6). No entanto, outros preceptores consideraram que chorar junto era uma forma de demonstrar simpatia, como na fala a seguir: “Algumas vezes não foi possível conter a minha própria emoção, né? Se emocionar junto com a pessoa acho que é um sinal que você realmente tá vivendo aquilo com ela” (E15).

Segundo Gérvas et al.,¹ para entender os sentimentos do paciente são necessárias as qualidades de simpatia e empatia. É também esperado que o médico ofereça suporte a pacientes em sofrimento, além de lidar com seus próprios sentimentos. Assim, cuidar da dor do outro torna-se uma das maiores responsabilidades da profissão,¹ o que se reflete na fala do entrevistado 2: “Talvez os profissionais não estejam emocionalmente preparados [...]. Eu acho que esse é o maior problema, porque a chance da gente se reconhecer no outro e sofrer junto é muito grande.”

Simpatia e empatia são termos facilmente confundidos. O primeiro ocorre quando o médico se emociona com o relato do paciente por se identificar com o sentimento. Já o segundo é mais versátil, pois não depende de o médico ter sentimentos congruentes com os do paciente; é a habilidade de compreender a situação, a perspectiva e os sentimentos do outro e de comunicar essa compreensão a ele.¹¹

Em alguns contextos, é possível reconhecer na empatia uma ferramenta que deve ser colocada em prática de forma a promover maior precisão diagnóstica, adesão terapêutica e satisfação do paciente, por ter suas queixas contempladas, e do médico, por uma melhor organização e estruturação da consulta, manejo do tempo e prevenção de demanda aditiva, como demonstrado na literatura.¹⁰ Esses objetivos também foram citados nas entrevistas:

“Depois que eu comecei a entender as técnicas e ter conhecimento sobre elas, o que melhorou foi o meu atendimento e o tempo de atendimento, porque inicialmente esses pacientes ocupavam uma hora da minha agenda, [...] hoje eu já consigo em meia hora se for um caso muito complexo, 15 a 20 minutos ainda assim dando espaço pra ele chorar à vontade e eu entender exatamente o que tá acontecendo ali” (E12).

A comunicação não verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, qualifica a interação humana, influencia a percepção e a compreensão das palavras, além de permitir entender os sentimentos do interlocutor. O bom uso da comunicação não verbal tem como um dos objetivos evitar iatrogenias.¹²

Corroborando a literatura, no presente estudo 80% das técnicas citadas pelos entrevistados enquadram-se nessa categoria. A principal delas foi o silêncio: *“O momento do silêncio, quando o paciente começa a chorar, é uma técnica que funciona bem porque ele vai ver que eu tô ali pra ouvir ele.” (E12)*

Segundo Borrell Carrió,⁵ os silêncios funcionais fornecem espaço para o paciente se concentrar ou provocam uma tensão que o leva a dizer ou fazer algo que inicialmente não intencionava. Em estudo publicado em 2011,³ observou-se que ficar em silêncio, deixando o paciente chorar, foi a primeira reação dos médicos na maioria dos casos, combinada com ações como sentar ao lado, fazer contato físico ou oferecer um lenço de papel.³ Tais gestos também foram elencados pelos entrevistados, que incluíram ainda outras técnicas como olhar nos olhos e mudar a expressão facial:

“Mas é aquele silêncio não com uma atitude de indiferença, né? Acho que linguagem corporal nessas horas é algo que é importante de a gente atentar. [...] eu coloco a mão na mesa e faço uma atitude de aproximação, né, com o meu corpo, eu chego mais perto da pessoa, ou eu faço uma expressão facial de que quer saber o que está havendo.” (E10)

Contato físico, ou toque, é outra técnica útil que pode ser utilizada em toda assistência clínica para demonstrar empatia, segurança e proximidade.¹² Essa ferramenta também foi mencionada: *“Fiz um pouco de contato físico, e é importante talvez na nossa cultura, contato físico, abraço, esse tipo de demonstrações afetivas em um momento de luto talvez fazem algum sentido” (E5).* Aqui cabe ressaltar a importância da competência cultural na utilização das técnicas. Dificuldades de comunicação ocorrem com mais frequência quando existe um grande *gap* cultural, cabendo ao profissional tentar minimizar essas diferenças para promover comunicação e terapêutica adequadas.¹¹

Por “tocar”, pode-se entender não apenas encostar no paciente, mas também abraçar e segurar a mão: *“Quando é uma pessoa que eu já tenho algum vínculo [...] às vezes eu aperto a mão, né, ou me aproximo daquela pessoa” (E9).* Dessa forma, além da competência cultural, um fator que parece condicionar a utilização dessa técnica é o vínculo, que facilita o relacionamento entre profissional de saúde e paciente assistido.¹³

A utilização de algumas das técnicas mencionadas pode depender da organização do espaço e do local onde a consulta ocorre. Isso porque o uso do espaço também é uma forma de comunicação não verbal.¹² Alguns preceptores mencionaram formas de minimizar possíveis obstáculos gerados pelo ambiente: *“Primeiro criar um ambiente protegido nesse hora, por exemplo, evitar que a consulta seja*

interrompida” (E1); “*Eu também tento tirar a barreira física do meio do caminho, [...] se eu tô atendendo uma pessoa e a mesa tá na minha frente, eu geralmente chego pro lado, pra pessoa perceber que eu tô mais perto*” (E9).

Foi também citada a importância da mudança na postura corporal como forma de demonstrar atenção e estimular o paciente a falar:

“*Mas aí quando percebo que isso [o choro] acontece, largo o computador, saio da frente e viro diretamente para o paciente, e aí descruzo os braços [...], encosto na cadeira, chego para trás, fico numa posição confortável para mim e deixo ele falar e fico ouvindo. [...] às vezes, boto a mão no queixo, do tipo: ‘fala, tô te ouvindo, sim, estou dividindo esse momento com você’*” (E2).

Outra técnica utilizada com objetivos semelhantes é o *mirroring* corporal, citado pelo entrevistado 6: “*a gente chama de ‘mirroring’, de espelhar o paciente. [...]. A gente pode também com a nossa mímica mostrar interesse ou não*”.

Entende-se por *mirroring* a técnica de espelhamento, que pode ser corporal ou verbal. A primeira consiste em responder com movimentos corporais comparáveis aos feitos pelo paciente, sem imitá-lo. O *mirroring* verbal, também citado ao longo das entrevistas, ocorre quando o médico se aproxima do tom de voz do paciente e repete as últimas palavras com uma leve entonação de pergunta, encorajando o paciente a falar mais.¹⁴

O agrupamento das técnicas de facilitação, como o uso de palavras ou frases por repetição, expressões empáticas e perguntas, foi caracterizado por Borrell Carrió⁵ como a técnica de “*puxar o fio*”. Para ele, alguns pacientes têm dificuldade em se escutar ou elaborar os próprios sentimentos, assim se beneficiam dessa ferramenta para que sentimentos instáveis ganhem presença no ato de verbalizá-los.

Estimular o paciente a nomear o sentimento associado ao pranto pode ajudar, como na fala do entrevistado 10: “*Tentar dar nome é algo que a gente precisa pedir também, porque, às vezes, a dificuldade de colocar o motivo do choro é grande e pedir pra nomear é uma técnica [...] que ajuda, ajuda inclusive a ter o insight.*” Essa capacidade de identificar e nomear emoções está relacionada com a competência social e a experiência interpessoal e, além de ser um indicador de ajustamento psicossocial, é considerada pré-requisito para outras habilidades, como a empatia.¹⁵

Dos entrevistados, 14 disseram que tinham mais dificuldade perante essa situação no início da carreira, no entanto todos consideraram que as técnicas auxiliavam no manejo desses pacientes.

Apesar de diversas técnicas empregadas pelos preceptores terem sido citadas, não são encontrados capítulos específicos sobre o assunto em livros de APS, segundo Gérvas et al.¹ Ainda assim, cerca de

Tabela 5. Forma de aprendizado das técnicas utilizadas no manejo de pacientes que choram na consulta.

Formal	
Residência médica	18
Leitura sobre temas relacionados	16
Ensino na graduação	5
Preceptoria médica	3
Cursos externos	2
Informal	
Experiência pessoal	13
Forma instintiva	5

Fonte: resultado da pesquisa

70% das falas relacionadas à forma de aprendizado dessas ferramentas referiam-se a métodos formais, como leituras sobre temas correlatos ou aprendizado ao longo da graduação, residência ou preceptoria. As formas de aprendizado dessas técnicas estão compiladas na Tabela 5. Cabe ressaltar que houve seis falas acerca, especificamente, de aprendizado por meio de observação direta e reversa durante a residência em MFC:

“Com os meus preceptores, assistindo consulta, observação direta e reversa quando eu era residente, vendo... mesmo sem saber o nome ou que técnica era, você via que ele conduzia de uma forma que... acabava acontecendo aquilo e você vai reproduzindo meio que sem saber por que, mas dá certo.” (E14).

Outra forma de aprendizado seria informal, de forma instintiva, como relatado em: *“Antes de já conhecer essa técnica eu já fazia isso sem saber que estava fazendo isso” (E14); “Segurança obviamente vem também com o fato de se ter utilizado determinadas abordagens algumas vezes e descobrir que ela começa a dar um pouco mais certo na medida que se usa” (E5).* É importante salientar que sentir mais segurança para lidar com situações difíceis é diferente de ficar confortável com elas, como destacado na fala: *“Acessar o sofrimento do outro não é fácil, não é pra ser fácil, então se algum dia tá fácil, revisita, porque talvez você criou barreiras ali naquele encontro” (E11).*

A forma de aprendizado, tanto por observação direta e reversa quanto instintiva, pode ser relacionada ao conceito de “currículo oculto”, que envolve a transmissão de conhecimentos por meio de atitudes e valores, mediante o exemplo que os professores dão aos seus alunos pela prática e convivência. É aquilo que, mesmo não estando programado ou planejado, é necessário.¹⁶

Por fim, foi destacada por um dos entrevistados a importância de se ter o domínio das técnicas para saber utilizá-las de acordo com o contexto e não se limitar a aplicá-las de forma engessada:

“É como tocar um instrumento, tem isso, você pode tocar um instrumento sem nunca ter estudado, mas estudar faz com que quando varia a situação você consegue brincar [...], você estuda mais para poder improvisar melhor, na verdade, não para ficar preso a técnicas, entende?” (E16)

Elaboramos o Quadro 1 com as referências de leitura citadas pelos entrevistados.

Quadro 1. Literatura sugerida pelos entrevistados para auxiliar no manejo de pacientes que choram na consulta.

Livros e protocolos
<ol style="list-style-type: none"> 1. “Método Clínico Centrado na Pessoa”, de Moira Stewart 2. “Entrevista Clínica”, de Francisco B. Carrió 3. “10 Minutos para a Família”, de Asen, Tomson, Young e Tomson 4. “A Nova Consulta”, de David Pendelton 5. “A Consulta em 7 Passos”, de Vítor Ramos 6. “Tratado de Medicina de Família e Comunidade”, de Gustavo Gusso 7. “Protocolo SPIKES de Comunicação de Más Notícias”, de Walter F. Baile, MD e Robert Buckman, MD, PhD
Outros autores
<ol style="list-style-type: none"> 1. Emerson E. Mehry 2. Gilles Deleuze 3. Juan J. Gérvás 4. Milton Erickson

Fonte: resultado da pesquisa

CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados encontrados, percebe-se que não há uma lista de técnicas ou habilidades específicas para serem utilizadas quando pacientes choram na consulta, apesar de essa ser uma situação que ocorreu com todos os entrevistados. Os profissionais citaram o uso de ferramentas de comunicação clínica aplicadas a consultas de forma geral, sem a especificidade do choro durante a consulta.

O motivo de choro dos pacientes elencados pelos entrevistados, conforme suas memórias, foram em sua maioria questões subjetivas como sofrimento mental e queixa oculta. Os sentimentos referidos pelos profissionais foram tanto positivos, como simpatia e honra, como negativos, como ansiedade e incômodo. O profissional chorar junto do paciente não foi trazido como algo ruim ou errado.

As principais técnicas utilizadas pelos preceptores foram as categorizadas como não verbais, principalmente fazer silêncio, oferecer um lenço, tocar ou abraçar o paciente e mudar a postura, incluindo remover barreiras entre o profissional e o paciente. Entre as técnicas verbais, a maioria são perguntas e frases específicas que visam estimular o paciente a falar. Em geral, elas objetivam melhorar o vínculo médico-paciente promovendo maior acolhimento do usuário, além de melhores estruturação da consulta e manejo do tempo por parte do profissional.

O aprendizado dessas técnicas ocorreu, sobretudo, durante a residência em MFC, por meio de leituras específicas sobre temas de comunicação clínica e pelo aprimoramento dessa competência durante a prática profissional. Dessa forma, destaca-se a importância de os programas de residência em MFC, bem como os cursos de Medicina, enfatizarem o ensino e o desenvolvimento das habilidades de comunicação continuamente. Esperamos que o presente artigo sirva como incentivo a encontros teórico-práticos para o treinamento de habilidades a serem utilizadas quando um paciente chorar durante uma consulta clínica.

AGRADECIMENTOS

Aos preceptores que participaram da pesquisa e ao GT de pesquisa, que auxiliou na orientação desta.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MCLS: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão. GSPB: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Investigação, Metodologia. ASM: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Investigação, Metodologia. BPS: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Investigação, Metodologia.

REFERÊNCIAS

1. Gêrvas J, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M. Pacientes que choram em medicina geral/de família: incidência, razões de consulta e problemas de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2012;7(24):171-6. [https://doi.org/10.5712/rbmf7\(24\)629](https://doi.org/10.5712/rbmf7(24)629)

2. Yeo M, Longhurst M. Intimacy in the patient-physician relationship. Committee on Ethics of the College of Family Physicians of Canada. *Can Fam Physician* 1996;42:1505-8. PMID: 87920219
3. Petriček G, Vrcić-Keglević M, Lazić D, Murgić L. How to deal with a crying patient? A study from a primary care setting in Croatia, using the 'critical incident technique'. *Eur J Gen Pract* 2011;17(3):153-9. <https://doi.org/10.3109/13814788.2011.576339>
4. Delgado SY. El pH de una lágrima. *Actualización en Medicina de Familia* 2016;12(8):1907.
5. Borrell Carrió F. Escutar o paciente. In: Borrell Carrió F. *Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 41-79.
6. Manzini EJ. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: *Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos*. Bauru: USC; 2004. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf
7. Magalhães MN, Lima ACP. *Noções de probabilidade e estatística*. São Paulo: Edusp; 2002.
8. Urquiza MA, Marques DB. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Entretextos* 2016;16(1):115-44.
9. Simons G, Bruder M, van der Löwe I, Parkinson B. Why try (not) to cry: intra-and inter-personal motives for crying regulation. *Front Psychol* 2012;3:597. <https://doi.org/10.3389%2Fpsyg.2012.00597>
10. Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, Lin CT, Lown B, et al. "Let me see if I have this right...": words that help build empathy. *Ann Intern Med* 2001;135(3):221-7. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-3-200108070-00022>
11. Targa LV, de Oliveira FA. Cultura, saúde e o médico de família. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2012. p. 122.
12. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev CEFAC* 2012;14(1):164-70. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>
13. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al. Bond in health care: a systematic review of literature in Brazil (1998-2007). *Acta Paul Enferm* 2010;23(1):131-5. <http://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>
14. Clabby J, O'Connor R. Teaching learners to use mirroring: rapport lessons from neurolinguistic programming. *Fam Med* 2004;36(8):541-3. PMID: 15343412
15. Schwartz FT, Lopes GP, Veronez LF. A importância de nomear as emoções na infância: relato de experiência. *Psicol Esc Educ* 2016;20(3):637-9. <https://doi.org/10.1590/2175-3539201502031019>
16. Herrera Miranda GL. La formación para la investigación de los estudiantes de Medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Rev Ciencias Médicas* 2016;20(3):4.