

# Percepções acerca das mudanças na relação médico-paciente durante a pandemia por COVID-19 à luz das narrativas médicas

Perceptions about changes in the doctor-patient relationship during the COVID-19 pandemic in the light of medical narratives

*Percepciones sobre los cambios en la relación médico-paciente durante la pandemia de COVID-19 a la luz de las narrativas médicas*

Militza Machado<sup>1</sup> , Camila Franco<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas Paraná – Curitiba (PR), Brasil.

<sup>2</sup>Pontifícia Universidade Católica – Curitiba (PR), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** A relação médico-paciente tem sido muito estudada ao longo dos anos e sua importância na prática médica é um consenso. No final do ano de 2019 o mundo começou a luta contra a pandemia causada pelo novo coronavírus. Os médicos de família e comunidade atuaram na linha de frente da pandemia. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar as percepções dos médicos de família e comunidade na relação médico-paciente durante a pandemia da COVID-19. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo de análise do conteúdo das narrativas médicas, publicadas no *blog* “Causos Clínicos”. O *corpus* de análise seguiu a metodologia proposta por Bardin. **Resultados:** Foram identificadas 42 narrativas com a temática de COVID-19 e relação médico-paciente. Após a análise de conteúdo, foram identificadas três categorias: emoções, contato físico e mudanças no sistema de saúde. Cada uma delas teve subcategorias específicas de acordo com as características das narrativas, podendo estar relacionada com “fortalezas e enfrentamentos”: emoções conflituosas de saúde mental pessoais e também relacionadas ao papel social do médico; a necessidade do distanciamento social, reduzindo o contato físico; mudanças no sistema de saúde próprias desse período, como persistência de demandas clínicas e sociais, redução da disponibilidade de consultas presenciais e falta de insumos básicos de proteção; ou “barreiras e dificuldades”: exercício da empatia; prática da escuta qualificada, do olhar atento e de habilidades de comunicação, além do uso da telemedicina. As informações obtidas na literatura corroboram os resultados encontrados nesta pesquisa. Quanto às limitações, este estudo contemplou apenas o olhar do médico e reuniu outras informações relevantes sobre a temática que não puderam ser incluídas nos resultados. **Conclusões:** De posse das informações obtidas neste trabalho foi possível concluir que de fato a relação médico-paciente sofreu alterações diante das variáveis identificadas, porém as narrativas revelam que mesmo em tempos de crise é possível estabelecer ligações significativas entre o médico e o paciente.

**Palavras-chave:** Pandemias; Relação médico-paciente; Medicina narrativa.

### Autor correspondente:

Militza Machado

E-mail: machadomilitza@gmail.com

### Fonte de financiamento:

não se aplica

### Parecer CEP:

não se aplica

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 01/08/2022.

Aprovado em: 29/05/2023.

**Como citar:** Machado M, Franco C. Percepções acerca das mudanças na relação médico-paciente durante a pandemia por COVID-19 à luz das narrativas médicas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3509. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3509](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3509)



## Abstract

**Introduction:** The doctor-patient relationship (DPR) has been extensively studied over the years, and there is a consensus on its importance in medical practice. At the end of 2019, the world began to fight the pandemic caused by the new coronavirus, whose main form of transmission is direct contact between individuals. Transmission control measures were adopted, but they impacted the way DPR used to be. Family physicians, working in primary health care, served on the front lines of the pandemic. They are often committed to DPR, and some have written their pandemic narratives on the “Causos Clínicos” blog. Faced with this moment, the idea arose of scrutinizing the nuances of the DPR in the light of the narratives of those who lived this process on the front lines. **Objective:** This study aimed to analyze the perception of family physicians in the DPR during the COVID-19 pandemic. **Methods:** A qualitative study was conducted, where we evaluated medical narratives published on “Causos Clínicos” through content analysis. The corpus of analysis went through three stages: pre-analysis, analytical description and referential interpretation. **Results:** After the selection of the corpus, 42 narratives were considered for the analytical process, in which the codes identified were: “barriers and difficulties” and “strengths and confrontations.” Some barriers were then detected, such as: conflicting emotions of personal mental health and also related to the physician’s social role; the need for social distancing, reducing physical contact; and changes in the health system typical of this period, such as the persistence of clinical and social demands, reduced availability of face-to-face consultations and insufficient basic protection supplies. The ways of coping identified were: exercising empathy; qualified listening, attentive look and communication skills, in addition to the use of telemedicine. The information from the literature corroborates the results obtained in this study. As for the limitations, this study only looked at the physician’s point of view and gathered other relevant information on the subject, which could not be included in the results. **Conclusions:** It is possible to say that the DPR changed during the pandemic, but the narratives show that even in times of crisis, it is possible to establish significant links between the doctor and the patient. These results may contribute as a coping measure for new public health crises in the future.

**Keywords:** Pandemic; Doctor-patient relationship; Narrative medicine.

## Resumen

**Introducción:** La relación médico-paciente ha sido ampliamente comparada a lo largo de los años y su importancia dentro de la práctica médica es un consenso. A finales de 2019 comenzó la lucha contra la pandemia mundial por el nuevo coronavirus. Los médicos de familia y comunitarios estuvieron en la primera línea de la pandemia. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo analizar las percepciones de los médicos familiares y comunitarios en la relación médico-paciente durante la pandemia de COVID-19. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo de análisis de contenido de narrativas médicas, publicado en el blog “Causos Clínicos.” El corpus de análisis propuesto es el propuesto por Bardin. **Resultados:** Se identificaron 42 narrativas con relación temática entre la COVID y la Relación Médico-Paciente. Tras el análisis de contenido, se identificaron 3 categorías: emociones, contacto y sistema de salud. Cada una de las tres categorías tuvo subcategorías específicas de acuerdo con las características de las narrativas, que pueden estar relacionadas con “fortalezas y confrontaciones”: emociones conflictivas de salud mental personal y también relacionadas con el rol social del médico; la necesidad de distanciamiento social, hecho de contacto físico; dentro del sistema de salud de este período, como el mantenimiento de las necesidades clínicas y la reducción social en la disponibilidad de consultas presenciales y la falta de insumos básicos de protección; o barreras y dificultades: ejercicio de la empatía; práctica de escucha, ojo vigilante y habilidades de comunicación, además del uso de la telemedicina. Los resultados encontrados en la literatura corroboran los resultados encontrados en esta investigación. En cuanto a la información, este estudio contiene solo la opinión del médico y otra información relevante, que no se incluyeron en los resultados. **Conclusiones:** Es posible afirmar que la relación médico-paciente ha cambiado durante la pandemia, pero las narrativas muestran que incluso en tiempos de crisis es posible establecer conexiones significativas entre el médico y el paciente.

**Palabras clave:** Pandemias; Relación médico-paciente; Medicina narrativa.

## INTRODUÇÃO

Desde Hipócrates, há mais de dois milênios, a base da relação médico-paciente (RMP) tem sido “o profundo compromisso dos médicos em servir seus pacientes e suas famílias de maneira abnegada e com o coração puro.”<sup>1</sup> Essa relação tem sido estudada ao longo dos anos e sua importância na prática médica é consenso na comunidade científica, principalmente quando se fala a respeito da melhoria da qualidade dos serviços de saúde pelo comprometimento com a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação.<sup>2</sup> Esse compromisso com a primazia do bem-estar do paciente é um dos princípios do profissionalismo médico, que é composto também da justiça social e da autonomia do paciente (ABIM).<sup>3</sup> O que se pode esperar dessa relação e do profissionalismo médico quando as condições de cuidado fogem do habitual?

No final do ano de 2019 o mundo lutou contra a pandemia causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2, um vírus de alta transmissibilidade que se espalhou rapidamente por todo o mundo, inclusive pelo Brasil.<sup>4,5</sup> Como sua principal forma de propagação e contágio é o contato direto entre indivíduos, especialmente por gotículas, medidas de controle de transmissão fizeram-se urgentes na tentativa de reduzir os danos da doença. Entre essas medidas, as principais foram o distanciamento social, o uso de equipamento de proteção individual (EPI) pelos profissionais de saúde e pacientes e restrições de consultas na tentativa de se evitarem contatos pessoais o máximo possível.<sup>1,5</sup>

O contato humano tantas vezes tido como curativo na medicina foi restringido.<sup>1,6</sup> Muitas barreiras, como as citadas anteriormente, foram estabelecidas na tentativa de gerenciar a crise mundial já instaurada.<sup>1</sup> É possível supor que, em meio a um período de adaptações como este, a RMP possa ter sofrido alterações. Poucas informações científicas são encontradas na literatura sobre essa temática até os dias de hoje. Zhou et al. concluíram que a RMP na China e a confiança entre um e outro sofreu considerável melhora durante este período.<sup>7</sup> Mas será que a mesma conclusão se aplica ao Brasil?

Os médicos de família e comunidade (MFC) foram, e estão sendo, atores ativos durante a pandemia. Esses profissionais estão na linha de frente, já que estar na posição de primeiro contato é uma das características primordiais de profissionais comprometidos com os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS).<sup>8,9</sup> São médicos empenhados na RMP, debruçando-se sobre a prática da medicina centrada na pessoa, no estudo da habilidade de comunicação e no exercício de empatia e de atenção plena.<sup>10</sup>

Alguns MFC utilizam-se da escrita reflexiva e da narrativa em sua prática clínica. Um movimento brasileiro de medicina narrativa é o *blog* “Causos Clínicos”, criado em 2015 pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), cuja intenção é dar vazão aos anseios literários de médicos, bem como refletir sobre tudo o que envolve a relação entre os médicos e as pessoas cuidadas por eles.

O ser humano naturalmente produz narrativas. Elas estão presentes até mesmo dentro das RMP, já que, junto com as competências científicas, os médicos precisam ser capazes de ouvir as narrativas de seus pacientes, além de compreender, honrar seus significados e ser movidos a agir em nome deles.<sup>11</sup>

Em março de 2020, o *blog* “Causos Clínicos” decidiu dar voz aos relatos dessas RMP em meio à pandemia, com a série “Atrás das máscaras”. Foram publicados casos escritos por médicos e residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) de várias regiões do país sobre suas vivências, experiências e dificuldades perante as realidades nas quais estavam inseridos.<sup>10</sup>

Diante de um momento tão frágil e desafiador, surgiu a necessidade de esmiuçar as nuances da RMP à luz das narrativas daqueles que a viveram na linha de frente.

Na busca de respostas para o problema, este estudo tem como objetivo analisar as percepções dos MFC na RMP durante a pandemia da COVID-19.

## MÉTODOS

Esta pesquisa caracteriza-se como de abordagem qualitativa e do tipo exploratória. Para coleta dos dados foi realizada a busca das narrativas médicas ou casos clínicos publicados no *blog* “Causos Clínicos”, no *site* <https://causosclinicos.wordpress.com/>, escritas por MFC, clínicos gerais e residentes de MFC, durante o período da pandemia pelo novo coronavírus.

Essas narrativas são enviadas para o *e-mail* de contato da equipe formadora do *blog*, aberto para qualquer médico que queira compartilhar sua escrita. Em contato com a equipe, verificou-se não haver seleção do conteúdo a ser publicado, sendo aceita toda narrativa enviada ao *blog*.

Na análise dos dados, foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo, seguindo três etapas propostas por Bardin.<sup>12</sup> Inicialmente todo o material escrito coletado foi separado e organizado, constituindo a fase pré-analítica. Essa fase é formada pelos seguintes passos: escolha de documentos a serem submetidos à análise, formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.<sup>12</sup>

As narrativas selecionadas para a primeira análise foram aquelas que se encaixaram nos critérios de inclusão: serem escritas por médicos brasileiros envolvidos com a temática pandemia da COVID-19 e que continham aspectos da RMP, publicadas no *blog* “Causos Clínicos” no período de março de 2020 a agosto de 2021. Foram excluídas todas as narrativas que tivessem sido escritas por participantes desta pesquisa.

Definiram-se como RMP todas aquelas amostras que apresentassem algum dos seguintes itens presentes no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP):

1. exploração da saúde, da doença e das experiências da doença, ou seja, situações nas quais as dimensões da doença (sentimentos, ideias, efeitos sobre a funcionalidade e expectativas da pessoas) foram trazidas ao conhecimento;
2. entendimento da pessoa como um todo (contexto pessoal, familiar e social);
3. elaboração de um plano conjunto e decisão compartilhada sobre resolução dos problemas; e
4. intensificação da relação entre a pessoa e o médico, como exercício de compaixão e efeito terapêutico da relação.<sup>13</sup>

Após ter sido organizado e separado, o material selecionado passou pela descrição analítica, etapa na qual é realizada a codificação, decomposição ou enumeração do material, com a intenção de atingir uma representação do conteúdo.<sup>12</sup> Diante disso, as narrativas foram codificadas com a letra C (Causo) seguida de um número. Optou-se por não utilizar nenhum *software* para o tratamento da amostra.

Após essa fase, foi iniciado o processo de codificação do *corpus* por meio da análise temática (terceira etapa), ou seja, pela definição das unidades de significação.<sup>12</sup> Em cada narrativa analisada foi identificada, de forma manual, a presença de aspectos da RMP, sendo posteriormente nomeadas variáveis temáticas e já vinculadas ao respectivo correspondente textual, que poderia ser uma citação, uma frase ou um verso. Para a realização dessa identificação, não foi utilizada nenhuma categorização prévia.

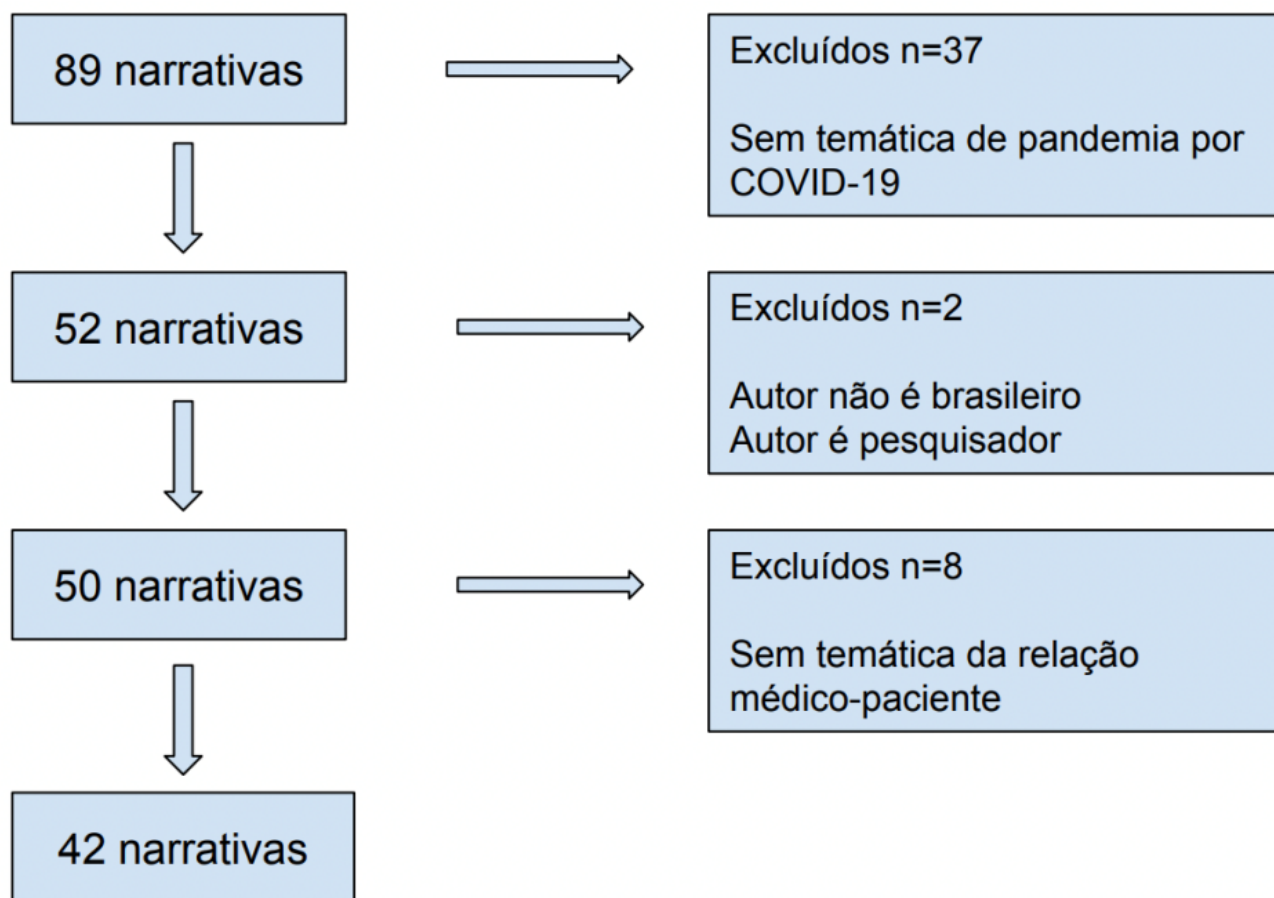
Na última fase da análise, realizou-se a interpretação referencial, uma tentativa de tornar os resultados brutos da análise significativos e úteis, por meio de reflexão, intuição e embasamento científico.<sup>12</sup> Por fim, procedeu-se à categorização e subcategorização da amostra.

## RESULTADOS

No *blog* “Causos Clínicos”, o total de 89 narrativas foi publicado no período de 13 de março de 2020 a 31 de agosto de 2021 e acessado no período da pesquisa, do início de julho de 2020 até o fim de agosto de 2021.

Entre elas, 50 encaixaram-se nos critérios de seleção e passaram posteriormente pela leitura flutuante. Nesta fase, foi possível:

1. selecionar as amostras que mantinham relação com os objetivos iniciais da pesquisa; e
2. excluir narrativas que não apresentavam aspectos intrínsecos à RMP, restando 42 que passaram para a etapa seguinte da análise, conforme representado na Figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma das etapas de seleção das pesquisas.

As 42 narrativas selecionadas foram organizadas e seus conteúdos submetidos a avaliação prévia. Finalizada a seleção dos textos, foram estabelecidos os seguintes códigos: “barreiras e dificuldades” e “fortalezas e enfrentamentos”.

Para a caracterização dos autores das narrativas, foi realizada uma pesquisa na Plataforma Lattes e busca direta no Google, em que foram identificados 34 autores dos 42 casos, sendo 15 autores masculinos e 19 autoras femininas. Os currículos de quatro autores não foram identificados. Dos 30 autores, 18 são MFC e dez são residentes da especialidade. Apenas dois médicos não apresentam especialização em MFC.

As categorias emergentes desses códigos constituíram-se como indicadores que possibilitaram a compreensão de incidências semelhantes presentes nos e entre os trechos significativos das narrativas. A seguir, são apresentados nas Tabelas 1 e 2 os resultados dos códigos com suas categorias.

## DISCUSSÃO

A discussão será baseada nas categorias encontradas: “emoções”, “contato físico”, “mudanças no sistema de saúde e adaptações às mudanças”, que foram aquelas que apresentaram maior incidência nas narrativas.

**Tabela 1.** Código barreiras e dificuldades.

<b>Barreiras e dificuldades</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Emoções	Sufrimento pelo isolamento social
	Medo de contrair a doença e de contaminar os familiares
	Impotência em lidar com o sofrimento
Contato físico	Excesso de EPI e distanciamento
	Ausência de contato físico entre médico e paciente
Mudanças no sistema de saúde	Demandas clínicas e sociais no contexto dos atendimentos
	Agendamentos e tempo de consulta reduzidos
	Falta de insumos
	Rotina de atendimentos cansativos e protocolos repetitivos

EPI: equipamentos de proteção individual.

**Tabela 2.** Código fortalezas e enfrentamentos.

<b>Fortalezas e enfrentamentos</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Emoções	Exercício da empatia
	Escrita
	Olhar atento
Contato físico	Habilidades de comunicação
	Toque cauteloso
	Telemedicina
Adaptações às mudanças no sistema de saúde	Consultas em locais adaptados
	Consultas presenciais selecionadas

## Emoções

Nas barreiras e dificuldades, muitas “emoções” estavam em jogo. O “medo de contrair a doença e contaminar os familiares” surgiu como uma das subcategorias trazidas pelos autores. A tensão durante os atendimentos, manifestada com hipervigilância e brevidade das consultas, os cuidados com a contaminação ao chegar em casa e o receio de ser um portador assintomático do vírus foram sentimentos referidos, como verificado na narrativa C14:

*“Ao acabar de atender uma pessoa com suspeita de infecção por coronavírus, geralmente estou algo tensa, preocupada de me infectar e acabar infectando alguém que mora comigo — uma sombra que vem me tirando a tranquilidade mental todos os dias. [...] O peso da culpa de algo acontecer a alguém que mora comigo me faz rever o protocolo de proteção individual com alguma obsessão: toquei na máscara? Ela está bem adaptada? O óculos escorregou?”*

Outro ponto destacado foi o “sofrimento pelo isolamento social”. Sofrer diante da pandemia revelou a face humana do médico. Por trás das máscaras de proteção, eles também choravam a dor de se verem sós e o desespero perante a incerteza do futuro surgiu, como observado na narrativa de C5:

*“Choro, muito choro. Às vezes quando eu não esperava, às vezes programado, para deixar todo o excesso sair. Muito choro também de tantas datas em que não pude viajar para estar perto da minha família. Vivi um natal inédito na minha vida, em que não abracei minha mãe, minha avó, meu irmão.”*

É provável que o medo constante e a ansiedade de contrair a infecção tenham interferido na RMP.<sup>14</sup> Os profissionais que ficaram diretamente ligados aos pacientes infectados e envolvidos tanto no diagnóstico quanto no tratamento e atendimento em geral mostraram altos índices de sofrimento psíquico.<sup>15</sup>

Os maiores fatores envolvidos no prejuízo da saúde mental desses profissionais foram o medo constante de ser infectado, a proximidade com o sofrimento dos pacientes ou a morte destes.<sup>16</sup> Além disso, os profissionais de saúde temiam transmitir a infecção às suas famílias, colegas de trabalho e demais amigos,<sup>15</sup> porém também sofriam pela falta de contato com eles.<sup>16</sup>

A “impotência em lidar com o sofrimento dos pacientes” em uma realidade na qual os tratamentos da COVID-19 eram pobres em evidência científica também foi uma subcategoria destacada. Diante da própria incerteza sobre o futuro, surgia a dificuldade em saber de que forma poderiam trazer alento aos seus pacientes, ao mesmo tempo em que eram comparados a heróis:

*“E eu, engulo a seco, examinando mentalmente se há algo a prescrever. Vasculho gavetas e me pergunto se a medicina me ensinou o que fazer. Se já há protocolo para lidar com a falta. Com o medo e com a dor.” (C2)*

*“Por trás das máscaras tem gente que insiste em nos chamar de heróis. Que heróis? Como ser heróis, se por trás da máscara, é não ter uma máscara.” (C26)*

Para explicar o sentimento de impotência experienciado pelos médicos, há de levar em consideração o seu papel social, no qual o profissional é frequentemente tido como onipotente, munido do poder diante da vida e da morte.<sup>17</sup> Além da sociedade, o currículo das faculdades de Medicina acabam por alimentar essa errônea identidade profissional, que também pode trazer sofrimento ao profissional.<sup>18</sup>

Alguns trabalhos também destacam o sentimento de impotência diante da gravidade e da complexidade dos casos de COVID-19, da assistência a pacientes com emoções negativas e das informações incertas sobre vários recursos.<sup>19</sup> A ausência de protocolos e medicamentos específicos pode interferir na saúde mental dos profissionais.<sup>15</sup> O médico esteve fora da sua zona de conforto, diante do seu próprio sofrer, da mudança de rotina e da limitação terapêutica; e isso deve ser levado em consideração na RMP.<sup>1</sup>

Algumas fortalezas e enfrentamentos floresceram em meio a tantas barreiras e dificuldades. Foi um momento para se utilizar das emoções autopercebidas e ressignificá-las para cuidar do sentimento alheio, por meio da intensificação ou da adaptação de ferramentas previamente utilizadas pelos médicos.<sup>10</sup>

O “exercício da empatia” foi uma subcategoria bastante presente nessa temática. Os médicos exerceram empatia, escuta qualificada e acolhimento de emoções. Houve a atuação da transferência e contratransferência, ambos processos psicológicos e inconscientes inerentes à RMP, nos quais há uma projeção em outros indivíduos de experiências positivas ou negativas.<sup>20</sup> Foi possível identificar nas narrativas o fenômeno positivo desses processos, utilizado para trazer consolo para ambas as partes, como registrado em C11:

*“Naquele olhar jovem e cheio de lágrimas me vi, a emoção veio e respirei profundamente para não embargar a voz... Mãe tem dessas coisas, se vê e se sente na dor da outra. Não consegui, mantive distância segura, mas pedi licença para retirar a máscara. Nenhuma de nós tínhamos [sic] sintomas gripais, mas nós duas estávamos em risco de contaminação em decorrência do trabalho com o público. Nós duas gostaríamos de estar em casa, cuidando e protegendo nossas crias daquela situação, mas precisávamos trabalhar, fazíamos parte do grupo de trabalhadores que movem os serviços essenciais.”*

Pode-se observar que os profissionais se utilizaram das emoções conflituosas presentes em si para compreender e ser compreendidos por seus pacientes, como registrado em C2:

*“E, se algo tem me deixado feliz, é não saber  
Porque por não saber tanto quanto você  
É que eu posso te consolar  
Eu sei o que você sente e, também, não sei o que fazer  
Mas minha escuta está além da minha ausculta  
E é com isso que eu vou te ajudar”*

A empatia é um dos principais componentes das relações terapêuticas.<sup>14</sup> A RMP sempre foi baseada na ligação do médico ao seu paciente e no exercício de empatia. Mudanças de comportamento intrínsecas à pandemia constituem um marco de grande importância no âmbito da RMP.<sup>2</sup>

Os resultados aqui encontrados corroboram experiências já relatadas na literatura. Foi o caso do estudo realizado em um ambiente de emergência que comparou a empatia e a comunicação, percebidas pelos pacientes, antes e após o início da pandemia, não encontrando percepção de declínio no exercício de ambas. Percebeu-se ainda uma compreensão, por parte dos pacientes, do momento particularmente difícil pelo qual a equipe cuidadora estava passando.<sup>7</sup>

O estudo das narrativas ocorre com base na escrita, sendo muitas vezes a forma de expor o próprio sofrimento. A “escrita” então surgiu como mais uma subcategoria de enfrentamento das emoções. Por meio dela, percebe-se que foi possível dar vazão às emoções e transformar a angústia em palavras. As narrativas contribuem para a prática reflexiva e são exercícios de empatia.<sup>21</sup> Como registrado em C3:

*“E quando sento para escrever sobre sua história, já no fim da noite, dou vazão às minhas emoções”.*

## **Contato físico**

O “excesso de EPI e o distanciamento” foi uma subcategoria bastante presente dentro da categoria, destacando-se que: as vestimentas eram quentes e desconfortáveis e a paramentação exaustiva. Além disso, os indivíduos mal podiam se reconhecer ou enxergar um ao outro com tantas camadas de proteção; o que resultou em impessoalidade e distanciamento dos atendimentos, como se identifica na fala de C15:

*Difícil distanciar quando se trabalha sob o paradigma da proximidade. [...] Estávamos cada vez mais distantes.*



A RMP foi afetada pelo uso de máscaras faciais. Em um estudo realizado em Hong Kong, médicos que usavam máscaras aparentavam menos empatia na percepção dos pacientes. Além do desconforto, isso poderia contribuir para um “efeito de mascaramento” nas comunicações não verbais expressas pelos movimentos faciais, inflexões tonais sutis e modulação de voz.<sup>14</sup>

As máscaras faciais eliminam os papéis da face média e inferior na expressão emocional, tornando-as invisíveis para o indivíduo receptor. Cobrir o rosto reduz a capacidade de determinar os sentimentos e emoções e afeta a resposta do médico à situação. Da mesma forma, a expressão de empatia do profissional pode passar despercebida pelo paciente.<sup>22</sup>

“Ausência de contato físico entre médico e paciente” foi outra subcategoria presente. O toque, elemento tão consagrado na prática médica, foi restringido durante este período; apertos de mãos e abraços foram abolidos. Os médicos lamentaram não poderem consolar com toque ou não poderem recepcionar seus pacientes com o aperto de mão habitual, conforme verificamos nas narrativas a seguir:

*“Jamais imaginei ter que atender na UBS sem poder apertar as mãos ou abraçar.” (C2)*

*“Pessoas continuam sendo diagnosticadas com câncer. E os abraços estão suspensos. Dói dar a notícia, dói a impotência de não poder oferecer conforto nos próprios braços.” (C35)*

O aperto de mãos é o primeiro contato entre o médico e o paciente, um gesto de hospitalidade e sinal de disposição de aceitar o outro a quem se recebe como semelhante.<sup>6</sup> Em muitos países latinos, o aperto de mãos é considerado o primeiro sinal de confiança quando se conhece alguém, mesmo na RMP.<sup>1</sup> Ao final das consultas, pode servir como um parâmetro da satisfação do paciente.<sup>14</sup> A necessidade de reduzir o contato ao mínimo possível dificultou também o exame físico adequado.<sup>1</sup>

Diante dessas condições, os médicos em linha de frente precisaram aguçar seus sentidos durante os atendimentos, como ferramenta alternativa às restrições ao contato físico e três outras subcategorias surgiram: “habilidades de comunicação”, “olhar atento” e “toque cauteloso”.

Como “habilidades de comunicação”, lançaram mão da comunicação não verbal, de expressões faciais e do aumento do tom da voz na tentativa de compensar barreiras e impossibilidades do momento, como destaca C31:

*“Desço para o consultório, testando diferentes linguagens corporais que substituam o toque, para cumprimentar as pessoas em meu caminho. [...] Ofereço um sorriso afetuoso em substituição ao aperto de mão e aponto a cadeira.”*

Foi necessário fazer uso do “olhar atento” para captar o máximo de informações possível, fosse durante o acolhimento de queixas, mantendo contato visual, fosse ainda analisando aparência e expressões faciais, como visto na narrativa C31:

*“Ouço com ouvidos atentos e olhar afetuoso, desejando ser o melhor cuidado que poderia oferecer naquele momento. [...] Na despedida: ‘Querida te dar um abraço agora, Janete’, ela sorri: ‘Já me sinto abraçada, doutora...’”*

O “toque cauteloso” foi descrito por alguns autores como necessário em certas circunstâncias, por trás dos equipamentos e com posterior medidas de higiene. Seu uso precisou ser circunstancial, mas certo, como registrado em C41:

*“Propositalmente contei a frequência cardíaca pelo pulso, segurando sua mão. Aos poucos a respiração melhorou. O toque transforma tudo. As lágrimas que estavam ali guardadas vieram.”*

A linguagem não verbal é essencial para facilitar o processo de comunicação e constitui 55% deste. Ela pode se dar de diferentes formas, entre as quais destacamos: expressões faciais e movimentos corporais e oculares.<sup>22</sup> Mesmo com as restrições de contato impostas pela pandemia, algumas adaptações puderam ser realizadas, como: colocar uma mão tranquilizadora nos ombros dos pacientes, oferecer olhares encorajadores, permanecer calmo, confiante e eficiente ao fornecer o tratamento, chamar o paciente pelo nome e olhá-lo com atenção.<sup>23,24</sup>

A linguagem corporal vai além da simples observação da face média e inferior. O contato visual, por exemplo, pode ser utilizado para demonstrar empatia e preocupação, controlar sentimentos, expressar interesse ou auxiliar na comunicação. Alguns trabalhos têm demonstrado o papel das sobrancelhas na expressão emocional e comunicação não verbal, podendo elas ser tão influentes quanto os olhos.<sup>22</sup>

Mesmo perdida a possibilidade de exercer algumas cordialidades, como o aperto de mãos, há de lembrar que o exercício da empatia é mais bem recebido pelos pacientes do que a própria cordialidade, apesar de esta última preparar o terreno para a primeira.<sup>24</sup>

## **Mudanças no sistema de saúde e adaptações às mudanças**

As narrativas marcaram as mudanças no sistema de saúde que ocorreram durante a pandemia de COVID-19. Outra subcategoria bastante incidente nas narrativas foi “demandas clínicas e sociais no contexto dos atendimentos”. Nesse contexto, uma das dificuldades emergentes foi conciliar restrições de contato físico e redução do tempo das consultas com a persistência de demandas clínicas, psicológicas e sociais nos atendimentos, muitas vezes potencializadas no contexto da pandemia. As demandas não só continuavam a aparecer, como também precisavam ser acolhidas pelos médicos. Foi necessário desempenhar o mesmo papel de MFC comprometidos com os princípios da APS, em um contexto pandêmico restrito e doente, como verificamos nas narrativas abaixo:

*“Nem tudo é COVID, mas tudo é o contexto da COVID.” (C17)*

*“Nenhuma doença teme o corona — infartos, tuberculoses, migrânea. Elas continuam a chegar.” (C39)*

Os casos destacaram ainda os “agendamentos e tempo de consultas reduzidos”, “rotina de atendimentos cansativos e protocolos repetitivos” e a “falta de insumos” como fatores estressantes na RMP, pela privação de necessidades fisiológicas em razão da falta de EPI ou pela grande demanda de atendimentos impostas. As consultas também precisavam ser as mais breves possíveis, reduzidas em quantidade e apenas em condições estritamente necessárias, como destacado nas seguintes citações:

*“Quando se entra ali, é preciso se paramentar. Eu entendo nossa restrição de materiais, então raramente saio. [...] Comer, ir ao banheiro são importantes, mas gastam EPI.” (C17)*

*“As consultas acabam sendo mais rápidas porque há um sentimento de que aquele contato deve ser o mais curto possível.” (C15)*

*“A rotina [...] é cansativa. Coloca gorro, máscara, lava a mão. Protetor facial, capote. Lava a mão. Luva. Limpa mesa, teclado, mouse, carimbo, caneta. Limpa estetoscópio, termômetro, oxímetro, esfigmomanômetro, otoscópio com álcool 70%. A cada consulta, renova-se a desinfecção. Nessa manhã fiz isso doze vezes.” (C17)*

É necessário levar em consideração as mudanças nas políticas da APS que ocorreram durante a pandemia. Pela gravidade dos casos de COVID-19 os esforços foram mais direcionados a estruturar a assistência hospitalar, serviços de urgência e terapia intensiva, deixando a unidade de atenção primária com número menor de funcionários e com restrições de recursos. Com o passar dos meses, foi perceptível o acúmulo das demandas crônicas e efeitos psicológicos pelo isolamento, exigindo novas reorganizações nas políticas públicas.<sup>25</sup>

Um trabalho feito com médicos de Wuhan, na China, revelou que eles enfrentavam enorme estresse pelo alto risco de infecção e proteção inadequada contra a contaminação.<sup>16</sup> A escassez de EPI intensificou o medo da exposição ao vírus no trabalho, além de gerar extrema preocupação durante o atendimento aos pacientes com suspeita de COVID-19.<sup>16,19</sup> As avaliações presenciais foram limitadas a pacientes de alto risco clínico.<sup>15</sup>

Na literatura, foram encontradas variáveis semelhantes: profissionais submetidos a enorme estresse ao atender pacientes com COVID-19; muitos em situação grave, em condições de trabalho frequentemente inadequadas; esforço emocional e exaustão física ao cuidar de um número crescente de pacientes com doenças agudas de todas as idades, com potencial de se deteriorar rapidamente; ansiedade em assumir papéis clínicos novos ou desconhecidos e cargas de trabalho expandidas.<sup>16</sup>

A “telemedicina”, apesar de não ser a primeira escolha dos médicos em relação ao atendimento presencial, foi uma ferramenta de enfrentamento importante, proporcionando acesso e garantindo longitudinalidade do cuidado. Muitos manifestaram o desejo de poder ver os pacientes presencialmente, porém se animaram com a possibilidade de continuar mantendo contato com eles de forma virtual. O uso da telemedicina prestou-se também como veículo de escuta ativa, de palavras de reforço positivo e de manifestação de presença, como em C9:

*“A telemedicina foi exitosa nesse caso. O acesso e a longitudinalidade do cuidado foram garantidos. Liguei para ele na próxima semana, mas o que eu queria mesmo era ver seu rosto ou até um abraço. Imagine um telefone tocando. A linha telefônica se constitui também em linha de frente contra o vírus.”*

Outras subcategorias também foram relatadas nas narrativas como forma de enfrentamento: “consultas presenciais selecionadas” e “consultas em locais adaptados”, como exemplificado em C37:

*“Uma delas senti que precisava de ver. Já fica um conflito enorme, devido à exposição que posso estar causando a ela, mas eu a convoquei. E foi o melhor que pude fazer.”*

Visto que os avanços tecnológicos podem desempenhar papel central na facilitação de conexões e interações ao vivo entre os indivíduos, durante a pandemia, as visitas virtuais foram incentivadas em função dos requisitos de bloqueio e distanciamento físico.<sup>20,22</sup> Não está claro, entretanto, o quanto as visitas virtuais afetaram a RMP, visto que o contato pele a pele, um princípio básico desta relação postulado por Hipócrates, não pôde ser alcançado.<sup>2</sup> A teleconsulta mantém a distância física, mas oferece imagem e fala ao vivo.<sup>1</sup>

Diante da impossibilidade de ver fisicamente todos os pacientes, priorizar a consulta presencial tradicional para pacientes que realmente precisavam mostrou-se uma oportunidade valiosa.<sup>1</sup>

## Limitações do estudo

Esta pesquisa teve a intenção de analisar as percepções da RMP unicamente sob o olhar do médico; sendo assim, mais estudos nesta área podem ser realizados para contemplar a perspectiva do paciente, que também será de grande valia para a prática clínica. Ainda, por meio dessas estratégias metodológicas e de coleta de dados foi possível reunir outras informações relevantes sobre a temática da pandemia, as quais não puderam ser incluídas neste estudo, visto não se enquadrarem nos seus objetivos iniciais.

Outra limitação da pesquisa foi o considerável descarte de amostras da fonte, uma vez que os relatos não haviam sido colhidos de entrevistas estruturadas realizadas com os atores envolvidos na temática. Presume-se que, utilizando este direcionamento de pesquisa, se obtenham mais variáveis e maior número de incidências. Outro obstáculo de trabalhar com narrativas escritas é não ser possível, como em uma entrevista presencial, captar as emoções, as contradições e a linguagem não verbal, variáveis que também interferem na RMP.

## CONCLUSÃO

Com os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa foi possível analisar como a pandemia de COVID-19 interferiu de forma negativa ou positiva na RMP sob o olhar do médico e residente de MFC. Algumas barreiras encontradas foram: emoções pessoais conflituosas de saúde mental e relacionadas ao papel social do médico; necessidade de redução do contato físico e distanciamento social potencializada pelo uso excessivo de EPI e redução do toque; além das mudanças no sistema de saúde próprias desse período, como persistência de demandas clínicas e sociais, redução da disponibilidade de consultas presenciais e falta de insumos básicos de proteção.

Por outro lado, algumas fortalezas desabrocharam como formas reais de enfrentamento pelos cuidadores. As mais expressivas foram: exercício da empatia e escrita reflexiva ao lidar com as emoções; prática da escuta qualificada, do olhar atento e de habilidades de comunicação; e, ainda, prática da telemedicina e consultas presenciais selecionadas.

A narrativa e o exercício da escrita permitiram o uso da arte da medicina narrativa na ciência, baseada em desabafos e reflexões de profissionais que atuaram na linha de frente durante a pandemia. De posse das informações obtidas neste trabalho foi possível concluir que de fato a RMP sofreu alterações diante das variáveis identificadas, porém não só frutos amargos foram colhidos durante o processo. As narrativas ressaltam que mesmo em tempos de crise é possível estabelecer ligações significativas entre profissional e aquele que é cuidado, lançando mão de ferramentas clínicas já utilizadas e novas adaptações que surgiram com os avanços tecnológicos. E, no meio de tantos sentimentos, ainda prevaleceu a humanidade:

*“Por trás da máscara  
Tem um coração que palpita  
Levando o alento amigo  
Para quem mais necessita.” (C27)*

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MM: Administração do projeto, Análise formal, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Investigação, Validação, Visualização. CF: Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão, Validação.

## REFERÊNCIAS

- Roubille C, Ribstein J, Hurpin G, Fesler P, Fiat E, Roubille F. Confidence vanished or impaired until distrust in the doctor-patient relationship because of COVID-19: Confidence vanished or impaired until distrust: “COVID” in relationship. *Rev Med Interne* 2021;42(1):56-60. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.10.007>
- Gomes VTS, Rodrigues RO, Gomes RNS, Gomes MS, Viana LVM, Silva FS. The doctor-patient relationship in the context of the COVID-19 pandemic. *Rev Assoc Med Bras* (1992) 2020;66(Suppl 2):7-9. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S2.7>
- ABIM Foundation. ACP-ASIM Foundation. European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136(3):243-6. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>
- Lipsitch M, Swerdlow DL, Finelli L. Defining the epidemiology of Covid-19: studies needed. *N Engl J Med* 2020;382(13):1194-6. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2002125>
- Scabini LFS, Ribas LC, Neiva MB, Junior AGB, Farfán AJF, Bruno OM. Social interaction layers in complex networks for the dynamical epidemic modeling of COVID-19 in Brazil. *Physica A* 2021;564:125498. <https://doi.org/10.1016/j.physa.2020.125498>
- Lown B. *Arte perdida de curar*. 2ª ed. São Paulo: Peirópolis; 2008.
- Zhou Y, Chein S, Liao Y, Wu Q, Ma Y, Wang D, et al. General perception of doctor-patient relationship from patients during the COVID-19 pandemic in China: a cross-sectional study. *Front Public Health* 2021;9:646486. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.646486>
- Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- Li DKT. Challenges and responsibilities of family doctors in the new global coronavirus outbreak. *Fam Med Community Health* 2020;8(1):e000333. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000333>
- Hashim MJ. Principles of family medicine and general practice – defining the five core values of the specialt. *J Prim Health Care* 2016;8(4):283-7. <https://doi.org/10.1071/HC16006>
- Charon R. The patient-physician relationship. *Narrative medicine: a model of empathy, reflection, profession, and trust*. *JAMA* 2001;286(15):1897-902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- Ghosh A, Sharma K, Choudhury S. COVID-19 and physician-patient relationship: potential effects of ‘masking’, ‘distancing’ and ‘others’. *Fam Pract* 2021;38(2):193-4. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa092>
- Prado AD, Peixoto BC, Silva AMB, Scalia LAM. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *REAS* 2020;46:e4128. <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>
- Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020;25(9):3465-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Ramos-Cerqueira ARA, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface – Comunidade Saude Educ* 2002;6(11):107-16. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200008>
- Sassi AP, Seminotti EP, Paredes EAP, Vieira MB. O ideal profissional na formação médica. *Rev Bras Educ Med* 2020;44(1):e044. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190062>

19. Paiano M, Jaques AE, Nacamura PAB, Salci M, Radovanovic CAT, Carreira L. Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante a pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* 2020;73(suppl 2):e20200338. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>
20. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
21. Charon R, Hermann N, Devlin MJ. Close reading and creative writing in clinical education: teaching attention, representation, and affiliation. *Acad Med* 2016;91(3):345-50. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000827>
22. Mheidly N, Fares MY, Zalzale H, Fares J. Effect of face masks on interpersonal communication during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health* 2020;8:582191. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582191>
23. Simpson KJ, Porter BR. The new normal: patient-physician relationships during COVID-1. *Methodist Debaquey Cardiovasc J* 2020;16(2):181-2. <https://doi.org/10.14797/mdcj-16-2-181>
24. Carrió FB. *Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
25. Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB. COVID-19 e atenção primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde). Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/PRO; 2020.