PREFÁCIO

Quando, nos anos 70, terminei o meu curso de Medicina ninguém nos falava de inteligência emocional, de autocompaixão ou de *burnout.* Essas palavras simplesmente não existiam no nosso vocabulário profissional. Aprendia-se a diagnosticar, a tratar, a operar. O resto, presumia-se, viria naturalmente, ou então não era suficientemente importante para merecer uma atenção formal.

Lembro-me bem do que sentia ao conseguir manter a compostura perante o sofrimento. Via nisso uma prova de profissionalismo, de maturidade. Só muitos anos mais tarde compreendi que aquilo que tomava por equilíbrio era, muitas vezes, apenas distanciamento. Uma forma de me proteger que, sem dar por isso, me ia também endurecendo.

Exerci a medicina e o ensino médico durante mais de quarenta anos. Vi muita coisa mudar: o incrível avanço da tecnologia, dos diagnósticos e dos tratamentos, a organização dos serviços. Mas uma coisa tem permanecido, estranhamente, quase intocada: a

forma como preparamos os jovens médicos para a dimensão humana da profissão. Continuámos, durante demasiado tempo, a presumir que bastava o conhecimento técnico e a boa vontade. Como se não precisássemos de ferramentas para lidar com o medo, a frustração, a culpa, ou com doentes zangados e colegas difíceis.

Este livro da Dra. Joana Mendes Pereira representa uma mudança essencial nesse paradigma. Ela atreve-se a dizer, com clareza e sem romantismos, aquilo que muitos de nós sentimos mas raramente verbalizamos: que a medicina é emocionalmente exigente, que erramos, que nos cansamos, que por vezes nos sentimos inadequados. E, mais importante ainda, que tudo isso não é sinal de fraqueza, mas uma parte integrante da experiência de cuidar.

O que mais me impressiona nesta obra é a honestidade com que a autora partilha as suas próprias dificuldades. Não se coloca num pedestal, não oferece soluções fáceis. Pelo contrário, mostra-nos o seu próprio percurso de aprendizagem, com as hesitações e as dificuldades que isso implica. E fá-lo sem perder o rigor, conjugando experiência clínica com investigação sólida em áreas como a neurociência afetiva, a psicologia da compaixão e a medicina narrativa.

Gostaria de ter tido acesso a um livro como este no início da minha carreira. Teria poupado alguns erros, algumas mágoas desnecessárias, talvez alguns doentes tratados com menos empatia do que mereciam. Mas também sei que, para escrever este livro, foi preciso percorrer o caminho que a Dra. Joana percorreu. E esse caminho só agora está a tornar-se possível, numa medicina que começa, finalmente, a reconhecer também a importância de cuidar de quem cuida.

Aos jovens médicos que lerem estas páginas, deixo um conselho simples: não ignorem o que aqui encontram. A medicina técnica aprende-se nos manuais e na prática. Mas a «outra metade da medicina», a medicina humana, essa, exige outro tipo de

atenção. Exige coragem para olhar para dentro, para reconhecer limitações, para pedir ajuda quando é preciso. E exige também, e acima de tudo, a compreensão de que para se ser bom médico não é apenas necessário saber muito, é fundamental saber estar presente, saber ouvir, e saber cuidar de si próprio para poder cuidar dos outros. A dimensão emocional da prática médica não é opcional nem secundária, mas uma competência clínica fundamental que pode e deve ser treinada, protegendo simultaneamente o bem-estar do médico e a qualidade do cuidado prestado ao doente.

Este é um livro que é necessário ler. Um verdadeiro *kit* de sobrevivência para médicos!

JOÃO PEDROSO DE LIMA,
médico da ULS de Coimbra e professor
na Universidade de Coimbra

ENQUADRAMENTO

Enquanto estudantes de medicina, mais do que fazer, passamos o tempo a observar. Somos porosos. Estamos abertos, atentos, ainda sem filtros ou defesas. Tudo nos parece relevante e tudo nos atravessa.

É nesse estado, entre a atenção, o aborrecimento e o espanto, que começamos a habitar os primeiros gestos clínicos. Aos poucos, reconhecemos o ritmo dos espaços. E os estágios pelos serviços vão-se preenchendo com diferentes tarefas. Mas é na observação, direta e persistente, que mais se aprende. É ela que nos revela os matizes de uma prática que se gaba do seu rigor.

Entre tantos dias iguais, um insiste em voltar. Não sei bem porquê. Um dia em que nada de especial aconteceu. Acompanhava uma médica com muitos anos de casa. O serviço era quase uma extensão do seu corpo. Das rugas repousadas

à camisa impecável, ela conduzia cada consulta com uma segurança silenciosa, como quem repete o que já sabe de cor. Comigo a observar na primeira fila. A doente entrou no gabinete, encolhida. Havia um mês que recebera um rim e, com ele, uma lista de medicamentos e comportamentos a evitar. O cabelo, curto e escuro, contrastava com o rosto pálido, puído pela doença. Gesticulava, ansiosamente, pergunta após pergunta: sobre a medicação, a dieta, a rotina de exercícios e os riscos de rejeição do transplante.

Enquanto a médica respondia maquinalmente, aquilo desenrolava-se à minha frente, mas de forma oblíqua, como se não me dissesse totalmente respeito. Cada pergunta mais sôfrega que a anterior.

— Então, mas e a que horas é que posso tomar estes comprimidos? Às nove da manhã, ou é melhor ser às dez? E será que já posso fazer *yoga*? Também estava a pensar entrar no *pilates*. Qual é que acha melhor, doutora?

— Sim, sim, pode fazer exercício moderado, mas vá com calma, Maria — respondeu a médica, com displicência.

— Bom… Mas exercício moderado? Não sei bem se se pode qualificar de exercício moderado…

Percebi que aquilo ia demorar.

Anos mais tarde, poderia tê-la chamado «apelativa», mas, nessa altura, a palavra não entrava de forma habitual no meu vocabulário.

A médica, tensa, inclinou-se para a frente.

— E café, posso tomar? — indagou a doente.

— Café nem pensar — retorquiu a médica, sem hesitações.

É fácil esquecer, mas os estudantes de medicina não sabem muitas coisas. E talvez deva mesmo ser assim. O que dizem nem sempre nasce do saber, às vezes é só uma forma de participar, ou de parecerem atentos. Esperei que a doente saísse. Como aluna oportuna, entre a curiosidade e a vontade de parecer empenhada, perguntei:

— E qual é o problema do café? Tem interação com os imunossupressores?

— Não há nenhum problema, mas o café só vai deixá-la ainda mais agitada.

A ligeireza daquela resposta surpreendeu-me. Esperava algo mais fundamentado. Mas não foi só isso. Na altura, não consegui identificar o que me incomodava. Teria sido o meu amor pelo café?

O episódio ficou por ali, numa prateleira qualquer da memória, ainda sem nome; voltei a ele mais tarde, sem moral limpa o bastante para apontar dedos. Ainda assim, se for preciso escolher um lado, escolho o dela. Mas nem por isso deixo de reconhecer o peso da resposta, que pode ter bastado para afastar alguém de algo que talvez lhe fosse valioso.

Anos depois, encontrei em mim reações parecidas. Encontrei em mim reações parecidas. Impaciência, pressa, uma rigidez que surgia sem aviso. Mudavam os rostos. O cenário também. Mas os impulsos, esses, voltavam. Foi aí que comecei a olhar com mais atenção para esse lado da prática médica que não aparece nos manuais nem entra nos protocolos.

Atravessa cada gesto, cada silêncio, cada palavra dita ou evitada. Na pressa de uma consulta. Num bloco operatório em tensão. Numa falha.

A assimetria entre médico e doente amplifica tudo o que dizemos. E também o que deixamos por dizer. Aprender a gerir o que sentimos, antes, durante e depois, não é um luxo: é uma competência clínica.

Como responder a um doente que reclama após duas horas de espera quando estamos nós próprios à beira da exaustão? Como manter clareza emocional após uma cirurgia que correu mal? Como decidir operar, sabendo que há quem tenha mais experiência?

São perguntas que em algum momento se tornam nossas. E este livro nasce daí: do esforço de reconhecer essas zonas cinzentas e de as questionar com mais lucidez.

IMPRESSÕES

Antes do internato, houve o curso; e, antes do curso, as ideias que fazia dele.

CURSO DE MEDICINA

Não sou uma idealista. Acho que não. Nunca fui movida por uma vocação romântica, nem por uma paixão precoce por salvar vidas. A minha escolha foi mais pragmática do que emocional. A medicina interessava-me pela sua amplitude: um lugar onde conviviam as ciências básicas e a saúde. Havia também a promessa de uma carreira estável, exigente de ponto de vista intelectual e bem remunerada. Parecia-me suficiente.

Não havia uma história comovente por trás, nem o impulso de me sacrificar por uma causa maior. A minha motivação não daria um bom guião de cinema, mas é mais comum do que se admite. Escolhi a medicina como quem traça um percurso com base em critérios racionais. E, na altura, isso bastava-me.

A euforia de entrar na faculdade dissipou-se depressa. Seguiu-se um processo lento de adaptação. As disciplinas apresentavam-se mais como obstáculos a ultrapassar do que como alicerces de uma prática futura. Raramente conseguia perceber de que forma aquele conhecimento abstrato se relacionaria com o dia a dia num hospital. Os conteúdos pareciam pairar, pesados, desligados do mundo real.

Sabia que as aulas eram importantes, mas aprendia melhor sozinha. Com o tempo, aceitei que não teria a experiência de pertença orgânica que talvez tivesse imaginado. Fui encontrando o meu próprio lugar.

Durante muito tempo, acreditei que nunca me tornaria menos honesta, menos humana, menos compassiva ou menos agradável. Talvez por isso mesmo tenha sido tão fácil acontecer.

ANO COMUM

No ano comum, aquele que se segue à conclusão do curso de medicina, passamos por várias especialidades. Já somos médicos, mas ainda não o somos por inteiro. Observamos de mais perto, integrados no funcionamento dos serviços, com a sensação — muitas vezes confortável — de que a responsabilidade ainda não é totalmente nossa. O ensino acontece de forma irregular e, em larga medida, ao acaso. Por vezes somos encaminhados, outras vezes ficamos à margem. Há quem se disponha a explicar. Há quem apenas tolere a nossa presença. Muito do que aprendemos depende menos de um plano estruturado e mais das pessoas com quem nos cruzamos. Na urgência e na cirurgia geral, começávamos finalmente a dar forma ao conhecimento acumulado. Pequenos passos, ou grandes, que tornavam menos abstrato aquilo que até então existira sobretudo nos livros.

Sob esse entusiasmo, carregava uma insegurança tremenda. Tinha a sensação de ser das poucas que não conseguira

consolidar o conhecimento ao longo do tempo. Como se escondesse um segredo: a vergonha de não saber executar as tarefas mais simples e, ainda assim, ser tratada por médica.

Aos poucos, com a prática, e com a orientação certa, fui aprendendo a parecer confiante. E, em alguns dias, a sê-lo de facto.

Na última urgência de medicina interna, uma interna de especialidade, amável, disse-me:

— Deves ter tirado boa nota no Harrison. Fazes tudo tão direitinho.

Referia-se ao manual de referência de Medicina Interna, pelo qual estudávamos para o exame de seriação. Talvez fosse mesmo normal ter-me sentido perdida no início. A desconfiança evaporou-se, por um tempo. Talvez até à entrada na especialidade.

INTERNATO

Pela primeira vez, o internato pareceu-me um terreno delimitado. Via ali a oportunidade de aprender algo onde talvez fosse possível saber o suficiente. E era isso, mais do que qualquer outra coisa, que procurava: a certeza de que, se alguém precisasse de mim, não faria asneira.

Nos primeiros meses, andava entusiasmada com a ideia, ainda frágil, de que aquele também era o meu sítio.

Ao fim de pouco tempo, comecei a fazer consultas de oftalmologia sozinha. Demorava uma eternidade a conseguir ver o fundo ocular. Faltava-me destreza. E, mesmo quando via o fundo ocular com nitidez, nem sempre sabia interpretar o que estava diante de mim. "Isto será normal?"

Por vezes, tinha ajuda — um interno ou um especialista que, gentilmente, retirava tempo do seu para me apoiar. Noutras, ficava apenas a dúvida, o doente e eu. E isso era, francamente, pior.

A recetividade dos colegas mais velhos variava — consoante a personalidade, o tempo disponível, o posto.

Subentende-se que devemos pedir ajuda aos internos. Normalmente, ainda se lembram, com uma certa pontada, do que passaram, e ajudam, muitas vezes com prejuízo das suas próprias tarefas.

Quando o interno faz consultas de forma autónoma, o especialista que o ajuda está a fazer algo que, em rigor, não lhe compete.

Ninguém lhe atribuiu tempo específico nem compensação para esse acompanhamento. A disponibilidade para apoiar quem ainda está a aprender existe, mas acontece à margem. Sustentada mais por responsabilidade informal do que por estrutura.

Não é descabido que o interno fique a assegurar a noite de urgência enquanto o especialista vai para casa, mesmo que devesse estar no hospital. Às vezes, junto à máquina de café, com ar nostálgico, partilhavam histórias de como, no tempo deles, era muito pior. A julgar pelo que contavam, talvez realmente fosse.

Para além dos casos pendentes, a lista de tarefas parecia interminável: triagens no sistema, relatórios, apresentações regulares de temas ou casos clínicos. Na prática, tudo acontecia ao mesmo tempo. As consultas eram marcadas para a mesma hora da reunião, numa tentativa de aumentar a produtividade sem prejudicar a formação.

Terminada a reunião, atravessávamos o corredor ladeados por doentes já irritados com o atraso, até aos respetivos gabinetes. O resultado era um silêncio hostil, preenchido por olhares e murmúrios cortantes, antes mesmo de o dia ter começado.

Esperava-se ainda que produzíssemos trabalho científico. Para se tornar especialista é necessário apresentar trabalhos em congressos ou publicar em revistas. Isso gerava uma pressão

constante para descrever casos peculiares ou realizar investigação, muitas vezes de maneira desorganizada.

Não me orgulho dos trabalhos que fiz. Senti, muitas vezes, que estava a inverter a ordem natural das coisas: procurava chegar a um resultado sem ter percorrido o caminho adequado.

Os projetos pareciam frágeis, pouco fiáveis, empurrados por uma urgência constante em terminar, mesmo quando faltava lógica, orientação ou coerência interna.

Os supervisores estavam sobrecarregados, sem formação específica para aqueles trabalhos, ou simplesmente sem tempo. As revisões surgiam apenas na fase final, quando já havia pouco a estruturar.

O caos cobra sempre o seu preço.

Um pai zangado grita-me no consultório porque a filha esperou três horas. Uma doente bate à porta aos berros, diz que tem cancro metastizado e que devia ser vista primeiro. Sente dores nas costas. Lá fora, diabéticos fartos de esperar dizem que se estão a sentir mal, que não comeram, que estão exaustos.

Uma confusão dos diabos.

Uma tempestade diária de movimento caótico.

Tinha mais doentes do que os que conseguia orientar. E fui obrigada a confrontar-me com uma circunstância difícil de aceitar: o meu melhor não bastava.

Havia sempre casos pendentes. Triagens por fazer. Apresentações em atraso.

Alguém insatisfeito com a minha prestação.

Talvez tudo isto não me tivesse afetado tanto se não existisse um sentimento de culpa tão profundo. Culpava-me por não saber mais. Por demorar. Por não ter mostrado aquele caso a tempo.

A minha relação com o erro era um problema sério.

Como em qualquer processo de aprendizagem, também na medicina se cometem erros.

O que considero distintivo é a forma como o erro é vivido: como uma falha moral.

Espera-se acerto à primeira. Talvez inevitável, quando as consequências tocam diretamente a saúde.

O erro médico é recebido com ambivalência. Por vezes, com compaixão. Outras, com irritação mal disfarçada.

A explicação do sucedido é parcial, limitada a quem se entende «relevante».

Quem erra fica dividido entre o alívio da proteção e a sensação de que algo essencial foi comprometido.

Há quem consiga transformar a culpa em motor de correção. Não me parece ser o mais comum.

No meu caso, o impacto foi sobretudo físico: noites mal dormidas, sonhos inquietos, uma tendência crescente para evitar situações delicadas. A culpa infiltrava-se na hesitação, e o doente, mesmo sem saber nomeá-la, percebia. A inquietação tornava-se mútua.

Nada disso me ajudava a lidar com as minhas próprias insuficiências.

Comecei a perguntar-me se queria continuar ali.

Pensei em desistir e em mudar para uma especialidade sem contacto direto com pessoas.

Lentamente, quase sem me aperceber, a compaixão começou a esvair-se. Não de forma abrupta, mas por erosão, alimentada por uma autocrítica feroz e um desapontamento contínuo.

No início do terceiro ano, algo se reorganizou. Já não hesitava tanto. O trabalho tornou-se mais estruturado. A vida, mais suportável.

Mas nem tudo melhorou. O esforço de um doente de muletas no autocarro deixou de me comover. O diabético que não trouxera comida passou a parecer-me negligente. «Devia ter trazido.», pensava.

O doente deixou de ser um objeto de compaixão e tornou-se um obstáculo implícito.

«Não tenho culpa de chegar atrasada.»

«Não tenho culpa de não estar preparada.»

«Eles têm de esperar.»

Estas novas premissas permitiram-me continuar, preservar alguma dignidade, reduzir o desespero. A tristeza deu lugar a uma irritação surda. Prestava atenção apenas o suficiente para evitar confrontos e seguia o dia.

As conversas com a minha família transformaram-se num circuito fechado de queixas. Repetia-me. E isso cansava-me ainda mais.

Gostava de dizer que houve um momento transformador. Um instante claro. Mas não foi assim.

O que me acontece é mais lento. As ideias organizam-se com atraso.





INTELIGÊNCIA EMOCIONAL







«Se educarmos médicos apenas ou predominantemente na mecânica do corpo, podemos deixálos impreparados para o encontro com os doentes e desesperados, os corajosos e os moribundos, os curados e os agradecidos.»
— Philip Overby

A prática médica exige muito mais do que competência técnica. Lidar com a dor, a angústia e as emoções dos doentes, e com as nossas próprias, é parte essencial do trabalho. No entanto, a formação médica continua a preparar-nos mal para essa dimensão.

Os médicos apresentam uma prevalência superior de sintomas de perturbação mental e de depressão em comparação com a população em geral, um fenómeno particularmente evidente durante o internato médico[1, 2].

Embora a exposição à dor e à morte faça parte da prática médica, não é esse contacto direto o principal responsável pelo sofrimento emocional dos médicos. O desgaste parece estar mais ligado à exigência do treino, às condições de trabalho e à cultura de resistência e perfecionismo[3]. Apesar disso, o sofrimento emocional associado à prática clínica e à falta de apoio organizacional continua a ser um fator importante ao longo da carreira médica[4]. Sabe-se ainda que níveis elevados de *stress* e exaustão estão associados a uma diminuição da empatia, justamente uma qualidade essencial na prática médica.

> *O nosso trabalho consiste em gerir expectativas humanas e lidar com o sofrimento que os doentes trazem consigo. Eles procuram aliviar os seus medos, «entregando-os» aos médicos. Vêm em busca de esperança, e para que sejamos nós a conter o seu medo da morte. Este desencontro entre o que a medicina promete e aquilo que realmente pode oferecer alimenta o burnout nos médicos e instala em nós uma desesperança diante do sofrimento, que tantas vezes leva à depressão. A negação da morte permanece generalizada.*
>
> — *Texto adaptado de Clare Gerada[3]*

Um estudo realizado em 2023[4] mostrou que 64,7 % dos médicos internos portugueses apresentavam exaustão emocional grave e que 45,8 % apresentavam elevados níveis de desumanização. O risco de *burnout* nos internos é três vezes superior ao dos restantes médicos portugueses. No topo da lista estão os anestesiologistas. Segue-se a cirurgia geral, a medicina interna, a medicina intensiva e a ginecologia/obstetrícia.

Não saber lidar com as próprias emoções, nem com as dos outros, tem consequências sérias. Aumenta os níveis de *stress* e de ansiedade nos médicos e compromete, de forma direta, a qualidade do cuidado prestado aos doentes.

Quando, por exemplo, a medicina consegue manter vivas crianças com doenças complexas, os pais tendem a projetar nos pediatras a angústia e o sofrimento de ter um filho doente. E os médicos, muitas vezes, acabam por aceitar essas projeções, e por ter de lidar com elas. Esse mecanismo torna o médico facilmente idealizado ou demonizado: o que gera reações emocionais intensas e contribui para o aumento das queixas.

Confrontar esta parte menos visível da prática médica, e aceitar, com maturidade, que desiludir os doentes ou falhar faz parte do nosso trabalho, exige suporte e ferramentas próprias. São lições duras, mas essenciais.

Ainda assim, a expressão de emoções entre médicos continua a ser vista como sinal de fraqueza ou falta de competência. O estigma associado à admissão de dificuldades emocionais ou psicológicas leva muitos a sofrer em silêncio. Esta espécie de conspiração muda, entre o médico que sofre e os colegas que não sabem ou não conseguem ver, resulta num afastamento progressivo.

Talvez seja tempo de encararmos esta realidade com mais honestidade.

Embora os médicos apresentem, em média, um quociente intelectual superior ao da população em geral, não há evidência de que o mesmo aconteça com o quociente emocional[5]. Pelo contrário, a formação médica tende a privilegiar a razão e o distanciamento emocional, o que pode inibir o desenvolvimento dessa competência.

A má reputação das emoções entre nós talvez se explique pela associação persistente entre emoção e irracionalidade. Más notícias, colegas: as emoções não se opõem à razão. Pelo contrário, são essenciais para a tomada de decisões.

Um dos casos mais emblemáticos dessa interdependência foi descrito por António Damásio [6]. Elliot era um homem de negócios carismático que, após a remoção de um tumor, perdeu parte do lobo frontal. Manteve um quociente intelectual

elevado, bem como memória e linguagem intactas. No entanto, tornou-se incapaz de tomar decisões. Nas longas conversas com Damásio, nunca demonstrava frustração, tristeza ou impaciência. Era como se estivesse desligado da própria vida.

A lesão interrompera a ligação entre razão e emoção, mergulhando-o num caos pessoal e profissional. O caso de Elliot viria a tornar-se um marco para a neurociência moderna e para a nossa compreensão da relação entre emoções e decisão. Foi a partir desta experiência clínica que surgiu *O Erro de Descartes*, publicado pela primeira vez em 1994.

As emoções dão-nos direção. Oferecem propósito e definem prioridade. São elas que orientam a forma como usamos a informação que recebemos dos sentidos.

A vida emocional humana é tudo menos linear. É instável, por vezes caótica, como uma montanha-russa que não abranda. As emoções funcionam como sinais: indicam o que se passa dentro de nós, ajudam o cérebro a interpretar a experiência. Com base nesses sinais, o cérebro constrói sentimentos: respostas internas às emoções, frequentemente compostas por várias camadas.

Por exemplo, posso sentir-me zangada porque o meu chefe me pediu que fizesse mais consultas. Posso achar esse pedido injusto, sentir-me desvalorizada e, ao mesmo tempo, invejosa do colega a quem não foi pedido o mesmo. É comum termos mais do que uma emoção ativa ao mesmo tempo. Os sentimentos não são simples nem lineares. São processados internamente e são, por natureza, multidimensionais.

A forma como sentimos e expressamos essas emoções depende também da nossa personalidade. Embora os traços de personalidade possam mudar ao longo do tempo, isso acontece de forma gradual. Uma pessoa otimista tende a sentir mais emoções positivas e a supô-las também nos outros. Uma pessoa mais propensa à raiva ou à tristeza, por sua vez, tende

a detetar mais facilmente essas mesmas emoções nas pessoas à sua volta.

As emoções influenciam as nossas decisões e, em última análise, são as decisões que moldam o rumo da nossa vida. Tomamos a maioria das nossas decisões com base naquilo que antecipamos sentir, ou evitar sentir. Curiosamente, a investigação mostra que não somos particularmente hábeis a prever o que nos trará felicidade.

Ninguém nasce com o dom natural de saber o que sente, ou de compreender o que sentem os outros. Tudo isso se aprende. E pode aprender-se ao longo da vida.

No Centro para a Inteligência Emocional de Yale, nos Estados Unidos da América, foram identificadas cinco competências fundamentais para quem quer tornar-se um verdadeiro «cientista das emoções»:

Reconhecer as emoções, tanto em nós como nos outros. Elas manifestam-se no que pensamos, sentimos, dizemos: nas expressões faciais, na linguagem corporal, no tom de voz e em múltiplos sinais não verbais.

Compreender o que essas emoções significam, de onde vêm, que experiências as provocaram e como influenciam o nosso comportamento.

Classificar as emoções com precisão, utilizando um vocabulário emocional rico e variado.

Expressar sentimentos de forma ajustada ao contexto social e cultural, procurando não só dar informação mas também convidar à empatia de quem escuta.

Regular as emoções, recorrendo a estratégias práticas para lidar com aquilo que sentimos, e com o que os outros sentem também.

A expressão «inteligência emocional» foi introduzido na literatura científica em 1990 pelos psicólogos Peter Salovey e

John Mayer. Definiram-na como «a capacidade de monitorizar os sentimentos e emoções próprios e alheios, distingui-los e utilizar essa informação para orientar o pensamento e a ação». A ideia ganhou força com Daniel Goleman, jornalista científico do *New York Times*, que conseguiu traduzir anos de investigação em algo acessível, coeso e com apelo popular. A sua apresentação da inteligência emocional teve, em 1995[7], uma receção quase sísmica.

Hoje, o conceito circula tanto que parece ter perdido parte do seu impacto, banalizado entre *slogans* e *workshops* motivacionais. Contudo, por detrás da popularidade, há uma ciência sólida que vale a pena redescobrir.

Uma abordagem mais recente e revigorante vem de Marc Brackett, fundador e diretor do Centro de Inteligência Emocional de Yale[8]. Brackett é também o principal criador do método RULER[9], um sistema desenvolvido inicialmente para crianças. Talvez por isso seja especialmente útil para nós, que já temos complexidade que baste no dia a dia.

Antes de avançarmos para o método RULER, é preciso reconhecer uma condição essencial: para aprendermos a lidar com as emoções, temos de abdicar do papel de juízes.

Isso implica resistir ao impulso, tão humano, de classificar os sentimentos, nossos ou dos outros, como bons ou maus, certos ou errados, apropriados ou desadequados.

Esta tendência não surge do acaso. Crescemos numa cultura com raízes profundamente judaico-cristãs, onde a contenção emocional foi, durante muito tempo, confundida com virtude.

Na prática clínica, essa tendência pode manifestar-se de forma subtil. Quando um doente expressa frustração, tristeza ou raiva, podemos interpretá-lo como um julgamento sobre a nossa competência. E, perante o desconforto, enrijecemos. Defendemo-nos, afastamos a responsabilidade ou até encontramos maneira de culpar o outro, por vezes o próprio doente. Afinal, todos tememos ouvir algo que nos fira.

Vale a pena olhar para os mecanismos mais automáticos, e muitas vezes inconscientes, que usamos para lidar com o desconforto. São os chamados **mecanismos de defesa**: atalhos mentais que nos ajudam a aliviar a ansiedade, a incerteza ou a angústia, mas que, usados de forma sistemática, acabam por nos afastar dos outros e de nós próprios. Na prática médica, são comuns.

Quando um médico da urgência atende uma jovem mãe, vítima de um trauma grave, pode sentir-se confrontado por emoções difíceis: o medo, a identificação, a sensação de impotência. Para manter a eficácia, tende a descrevê-la em termos objetivos: uma série de sinais vitais, um conjunto de valores laboratoriais. Esta transformação da pessoa em números é um exemplo de **intelectualização**: uma estratégia útil, até certo ponto, mas que, se repetida sem consciência, acaba por favorecer o distanciamento e a desumanização.

O **humor negro é outro exemplo familiar.** Funciona muitas vezes como válvula de escape entre médicos. Pode aliviar a tensão em situações limite, como quando alguém comenta: «Se perderes um olho, sempre tens o outro.»

O **altruísmo**, quando nasce da tentativa de lidar com o próprio desconforto, pode levar à exaustão. A **despersonalização** protege-nos quando estamos saturados, mas, se não for temporária, compromete a relação com os doentes. A **projeção**, atribuir aos outros o que não queremos ver em nós, alimenta conflitos e distorce relações.

Talvez o mais insidioso de todos seja a **omnipotência**. A confiança é essencial à prática médica, mas, quando se transforma na ideia de que temos de saber tudo, controlar tudo e vencer sempre, torna-se num peso impossível de carregar.

Por detrás de muitos destes mecanismos, encontramos uma emoção difícil de reconhecer: a **vergonha**. A vergonha não é o mesmo que culpa. A culpa está relacionada com o que fazemos; a vergonha, com a perceção do que somos.

É a sensação de sermos inadequados, falíveis, de não estarmos à altura.

No treino médico, a vergonha manifesta-se muitas vezes através da humilhação pública: a correção mordaz, o comentário sarcástico diante dos colegas, o apontar do erro como se fosse falha de carácter. São experiências que deixam marcas profundas.

O problema é que a vergonha distorce a perceção que temos de nós próprios. A confiança quebra-se e, com ela, quebra-se igualmente a sensação de competência. O médico que se sente envergonhado passa a ver-se como alguém inevitavelmente destinado a falhar, ou, pior, a magoar os outros.

As consequências são bem conhecidas:

- A perda de compaixão, tanto pelos outros como por nós próprios.
- O reforço da cultura de silêncio e de ocultação do erro.
- O aumento do isolamento e do risco de *burnout*.

A vergonha, porém, quando acolhida com empatia, a nossa ou a dos outros, pode também tornar-se um ponto de partida para crescimento. Pode aproximar-nos da humildade e da consciência real das nossas limitações.

A resposta certa à vergonha não é a negação, nem o orgulho. É a **empatia** e a **autocompaixão.** Precisamos de formas de lidar com as emoções difíceis, não de as afastar ou ignorar. Ferramentas que nos ajudem a reconhecer a vergonha, a compreender o que a desencadeia e a desenvolver **resiliência emocional** perante ela.

E é aqui que o método RULER pode ser uma ajuda concreta.