

1
Este exemplar corresponde à versão final da tese
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, pelo
médico Alceu Roberto Casseb, para obtenção do
Título de Doutor em Saúde Mental.
Campinas, 08 de Julho de 1993
ALCEU ROBERTO CASSEB 4 912

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
Orientador

REPENSANDO A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A LUZ DO MÉTODO

OBSERVACIONAL-COMPREENSIVO:

CONSIDERAÇÕES BALINTIANAS SOBRE

A PRÁTICA MÉDICA EM CONSULTÓRIOS

DE MÉDICOS DE FAMÍLIA

Tese de Doutorado

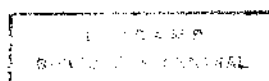
apresentado à Comissão de pós-graduação

em Saúde Mental da Universidade Estadual

de Campinas UNICAMP

Orientador: Profº Dr. Egberto R. Turato

Campinas 1993.



Ficha Catalográfica.....	i
O Jornal de Antônio Maria.....	ii
Dedicatória.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Sumário.....	vii

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Casseb, Alceu Roberto

C266r

Repensando a relação médico paciente à luz do método observacional-compreensivo : considerações Balintianas sobre a prática médica em consultórios de médicos de família / Alceu Roberto Casseb. -- Campinas, SP : [s. n.], 1.993.

Orientador : Egbert R. Turato.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psicologia Médica. : Relação Médico-Paciente.

3. Relação Mãe-Filho. I. Turato, Egbert R. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

20.CDD - 157.9
- 610.696
- 306.87

Índices para Catálogo Sistemático:

1. Psicologia Médica 157.9
2. Relação Médico-Paciente 610.696
3. Relação Mãe-Filho 306.87

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SONO

"A pessoa que dorme está inteiramente só. Quando o homem dorme, o seu rosto se desmarca de todas as tramas e de todos os desgostos. Nada entenece mais uma mulher que o rosto do amante, dormindo. Ela se debruça sobre a face do amado e descobre que eram simples palavras todas as valentias que ele vinha dizendo ou dando a entender. É quando a gente se parece menos com os mortos...é quando se está dormindo. No sono, a imobilidade das pessoas boas e confiantes é sempre desarrumada. Cada travesseiro tem um lugar e uma importância definidos na vigência do sono. Não há nenhum abandono casual, nas pernas, nos braços ou na cabeça de quem dorme, porque o corpo realiza, desde que haja espaço, sua única posição realmente confortável. Experimente descobrir a mulher que dorme ao seu lado, um ser infinitamente decente, muito além de sua capacidade de fazer-lhe uma razoável justiça. Um homem e uma mulher jamais deveriam dormir ao mesmo tempo, embora invariavelmente juntos, para que não perdessem, um ao outro, o primeiro carinho de quem desperta. Mas, já que é isso impossível, que ao menos chova, à noite inteira, sobre os telhados dos amantes."

retirado de trechos de: O jornal de ANTONIO MARIA, seleção Ivan Lessa, editora Paz e Terra
Rio de Janeiro 1980, pagina 42 e 43.

DEDICATORIA

A meus filhos, Raphael e Victor, riquezas maiores da vida, à minha esposa, Rozane, e toda sua generosa estimulação, e a meus pais, Paulo e Marlene, por terem me ajudado a atravessar os primeiros obstáculos na vida.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos num trabalho de tese são por vezes melosos, injustos e carregam um quê de lugar comum. Gostaria de mencionar algumas pessoas a quem sou grato, pois não apenas me ajudaram, mas fazem parte de minha vida. Felizmente eu poderia escrever uma lista imensa, limitar-me-ei apenas em citar as pessoas que participaram comigo nesta jornada de vida que se transformou num trabalho de dissertação.

Dra. Alicia B. D. de Lisondo.

Dr. Egberto R. Turato.

Dra. Marisa Moreira Lopes.

Dra. Marisa P. Méllega

Dr. Roberto Kehdy.

Dr. Roosevelt S. M. Cassorla.

Dra. Teresa R. L. Haudenschild.

Dra. Vali Giordano.

Cabe ainda registrar o imenso prazer que este trabalho me proporcionou, principalmente no contato tão intenso com situações médicas através de uma outra ótica, que não como médico nem como paciente, mas acima de tudo pela riqueza do contato pessoal e da colaboração espontânea das pessoas que permitiram se envolver neste estudo, as quais sou muito grato.

RESUMO

O presente trabalho procura repensar a relação médico-paciente através do Método Observacional-Compreensivo, composto parcialmente pelo Método de Observação da relação Mãe-Bebê na Família (Bick 1964) e pela aproximação compreensiva do Método Clínico (Trinca 1984).

Utilizando-se deste guia metodológico, o autor procura através das situações clínicas observadas, que foram complementadas com entrevistas, ilustrar, sensibilizar e abrir uma discussão sobre a prática médica no que se refere aos cuidados emocionais, na relação do médico com seu paciente.

Optou-se pelos consultórios de família para o trabalho de campo, pois são os que reúnem, no entender do autor, as melhores condições ambientais para que se observem os trâmites emocionais que envolvem o médico e seu paciente, no seu dia a dia comum.

Os trabalhos na área da Psicologia Médica do renomado médico húngaro M. Balint é a escolha teórica do autor, pois além de ter sido um pioneiro no assunto, desenvolveu um método semelhante ao que o autor propõe, e, suas proposições conceituais permanecem valiosas e são aplicáveis à realidade brasileira.

ABSTRACTS

This paper searches a way to investigate doctor-patient relationship through Comprehensive-Observational Method, which is composed of Bick's (1964) Method on Mother-Baby observation and Trinca's (1984) Comprehensive approach of The Clinical Method.

The author uses this method guide to search a way through clinical situations observed and completed with interviews, to illustrate, to sensibilize and to re-start a discussion about emotional everyday medical practice.

It was chosen family medical bureau because on author's thinking, it concentrate a better surroundings conditions for emotional care.

Michael Balint is the author's theoretical preference because of his originality on creating a method to help doctors on their practice, which is close to the author's idea, and also because his main ideas still untouchable, and applicable to the Brazilian medical practice.

SUMARIO

CAPITULO I: Introdução

1. Justificativas para o estudo.....	1
1.1 Por que estudar a relação médico-paciente?.....	4
2. Precursos do presente trabalho de campo.....	10

CAPITULO II: Objetivos e Hipótese

1. Os objetivos do trabalho.....	24
2. As hipóteses do trabalho.....	25

CAPITULO III: O Método

1. Algumas considerações iniciais sobre os cuidados metodológicos.....	27
2. A escolha do grupo estudado.	27
3. Considerações preliminares sobre o trabalho de campo.....	30
3.1. A operacionalização do estudo.....	31
4. A postura metodológica.....	33
5. Considerações sobre o conhecimento científico.....	34
6. A objetividade na prática científica.....	36
7. O método de observação clínico-psicodinâmico.....	41
8. O processo diagnóstico do tipo compreensivo.....	43
9. O modelo compreensivo no presente estudo.....	44
10. O aparato para a coleta de dados.....	47

11.O campo dinâmico na relação médico-paciente.....	50
12.Relações entre campo e situação.....	51
13.A observação.....	52
14.Sobre o método de observação de bebês.....	55
15.A entrevista, suas condições e foco.....	58

CAPITULO IV: O Referencial Teórico

1.Por que Michael Balint?.....	63
2.Aspectos biográficos de M. Balint (1896-1970).....	65
3.Fragmentos da teoria Balintiana.....	70
3.1.Introdução.....	70
3.2.O problema do diagnóstico.....	72
3.2.1. Introdução.....	72
3.2.2. Os níveis diagnósticos.....	74
3.2.2.1. Nível do diagnóstico tradicional.....	74
3.2.2.2. Nível do diagnóstico geral.....	76
3.2.2.3. Nível centrado na relação médico-paciente.....	77
3.3.O encontro:	
O que o paciente traz e como o médico responde.....	78
3.4.É tarefa do clínico ter ouvidos para os sintomas emocionais?.....	82
3.5.Uma leitura psicológica do encaminhar desajustes da relação médico paciente.....	84
3.5.1. O triângulo com o especialista:	
o conluio do anonimato.....	88
3.5.2. A relação com o psiquiatra.....	90
3.5.3. Sinópsse das dificuldades do encaminhamento.....	91
3.6.O problema da abordagem psíquica pelo clínico geral.....	92
3.7.A psicologia do senso comum.....	93

3.8. Como abordar a vida emocional?	
Que instrumental é necessário?.....	96
3.9.0 parar: Os limites da oferta e da receptividade.....	98
3.10. Prática psicoterápica:	
na clínica geral se encontra um ambiente facilitador?.....	99
3.11. A opção do clínico pela prática psicoterápica.....	101
3.12. Algumas propriedades do farmaco =médico=.....	102
3.12.1. A função apostólica.....	103
3.12.2. Propriedades farmacoativas da droga	
médico e o mundo emocional.....	104
3.13. Alguns dos para-efeitos do fármaco médico.....	111
3.14. Em que condições o médico encontra o seu paciente....	115
3.14.1. A doença fundamental.....	115

CAPITULO V: A Experiência de Campo

1. Algumas características comuns dos consultórios.....	121
2. Acerca dos comentários.....	124
Situação 1.....	127
Comentários da Situação 1.....	151
Situação 2.....	157
Comentários da Situação 2.....	180
Situação 3.....	188
Comentários da Situação 3.....	204
Situação 4.....	209
Comentários da Situação 4.....	226
Situação 5.....	235
Comentários da Situação 5.....	249
Situação 6.....	255
Comentários da Situação 6.....	276

Situação 7.....	282
Comentários da Situação 7.....	300
Situação 8.....	309
Comentários da Situação 8.....	322

CAPITULO VI: algumas conclusões e suas possíveis aplicações

1.Conclusões.....	331
2.Possíveis Aplicações.....	337
2.1.no ensino médico.....	341
2.2.na pesquisa.....	343
2.3.na assistência.....	346
Reflexões finais.....	347
Anexo 1.....	349
BIBLIOGRAFIA.....	351

CAPITULO I

INTRODUÇÃO

Mas se você olhar para as coisas com os olhos de razão comum, você nunca entenderá como é necessário amar.

Attar, 1961 p102

1. JUSTIFICATIVAS PARA O ESTUDO

A vida emocional do ser humano se constitui na sua relação com o outro: com a mãe nos primórdios da vida; com o pai que vai sendo parte integrante do mundo mental do indivíduo, com o meio onde habita, e assim com as diversas possibilidades que a vida oferece. O ato médico, sua posição, representação social e psíquica que se propõe a receber o sofrimento humano, também é parte integrante desse mundo das relações dos indivíduos.

A vida "moderna" tende a tornar as relações interpessoais quase impessoais. Constatamos no dia a dia que existe uma tendência na prática médica a tornar o encontro entre o médico e seu paciente, numa atitude puramente biológica, onde o médico, e por vezes também o paciente acabam por se defender das emoções suscitadas a partir deste encontro no sofrimento, agrupando as emoções despertadas em um tema concreto e objetivo. Perdem-se, por vezes, preciosas oportunidades para interferir no processo de diversas doenças.

Atualmente não encontramos publicações nacionais que investiguem o envolvimento emocional do médico com seu paciente e vice-versa. A impressão que se tem é que depois de Danilo Perestrello, Adolpho Hoirisch, Abram Eksterman, Julio de Mello Filho, e outros que tentaram incluir os achados de Balint na prática médica, trabalhos dessa natureza passaram a figurar como coisa do passado, das décadas de sessenta e setenta. Este parece ser um assunto ultrapassado para a pesquisa e para um de-

bate amplo junto à comunidade. Fora da universidade e do contato com os professores "psicanalisados" este assunto é colocado de lado, como parece ser tratado o mundo emocional do paciente nas consultas médicas com raras exceções.

A maioria das referências bibliográficas nacionais que encontramos sobre a relação médico-paciente, como as publicações de Posterli (1974) de Góias; Lopes Pontes (1978), Almeida (1986) e outros do Rio de Janeiro; Martins (1984), Ramadam (1988), Turato (1983 e 1985), Bernick (1978) e outros de São Paulo; Lucena (1978) e outros de Pernambuco; Cavalcanti (1985) do Ceará e muitos autores de outros centros de pesquisa no Brasil discorre sobre os principais postulados propostos por Balint, ou seja:

1º - A relação médico-paciente precisa ser mais humanizada.

2º - Precisamos auxiliar o estudante de medicina a desenvolver uma "função" de escuta de seus pacientes.

3º - Muito da dificuldade de lidar com pacientes "psi" advém das dificuldades do médico em lidar com seu "psi".

Da mesma forma, muitos trabalhos publicados em língua inglesa apontam para o mesmo assunto. Alguns se utilizam de metodologias que procuram medir, comparando grupos (Hackett e Weissman 1969) o quanto de vida emocional está embutido na doença e na relação com o médico. Alguns autores (Kellett e Mezey 1970; Kaeser e Cooper 1971 e outros) procuram estudar o papel do psiquiatra no hospital geral e/ou na atenção primária que, a propó-

sito, ainda é um artigo de luxo na realidade brasileira. Estes autores, mesmo sem citar Balint, e utilizando uma metodologia diversa, encontraram conclusões convergentes com aquelas propostas por Balint cerca de vinte anos antes. Sensky (1986) procurou demonstrar que a atuação estritamente psiquiátrica (restrita ao C.I.D.-IX) é insuficiente para a abordagem das situações emocionais que emergem na prática médica.

Apesar de toda a mobilização que este material procurou despertar, muitos anos se passaram desde as primeiras publicações sobre o assunto, e na prática cotidiana, observamos que a situação continua, no mínimo, a mesma, com uma diferença: está "fora de moda" focalizar a relação médico-paciente e os esforços parecem estar mais concentrados em outros assuntos. Com raras exceções, poucos pesquisadores dão alguma atenção a estes componentes da prática médica. Uma destas exceções é o trabalho de uma psicóloga do Paraná, que procurou estudar grupos Balint com médicos residentes e internos. Ela teve seu trabalho pouco discutido, em parte, como alega, pela grande evasão dos participantes da equipe. Os médicos que estavam inicialmente muito motivados com os grupos, foram progressivamente se desinteressando e o trabalho foi-se tornando inviável (Pedrosa 1986).

Sabemos também que a profissão médica apresenta um caráter altamente ansiogênico, pois os médicos se deparam com situações talvez mais dramáticas que as de qualquer outra atividade humana (Martins 1984); Nem nós, médicos, pensamos

muito em cuidar daqueles que poderão cuidar de nós em algum momento de nossa vida.

Estas questões nos remeteram a estudar a prática médica e o envolvimento do médico com a vida psíquica quando está atendendo ao sofrimento do seu paciente.

1.1.POR QUE ESTUDAR A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE?

Ferrari (1982) aponta quatro pontos fundamentais para se delinear um problema cientificamente abordável, o que denominou de: "dar 'a pedra de toque' à escolha do problema. Os pontos são:

Prioridade, novidade, oportunidade e o comprometimento. Estes pontos devem sempre ser considerados à luz da ética. Para Ferrari, os valores éticos auxiliam a evitar qualquer tipo de deformação na escolha do problema a ser estudado.

-PRIORIDADE: Ferrari procura alertar o pesquisador para a necessidade de desenvolver uma pesquisa num problema racionalmente definido, que possa ser considerado útil para a sociedade como algo prioritário.

Para a OMS (Organização Mundial da Saúde) alguns princípios são importantes para promoverem o desenvolvimento da saúde até o ano 2000 (Document of Executive Board of WHO 1979).

A ênfase na atenção primária, a busca de

integração entre os serviços de saúde, a pesquisa voltada às necessidades da população e sua aplicabilidade rápida e descomplicada, o treinamento dos profissionais de saúde priorizando os aspectos sociais da população e a utilização dos recursos da comunidade são alguns destes princípios básicos da "Alma-Ata" que também são nossa prioridade no presente estudo.

-NOVIDADE: Em 1950 Balint iniciou uma pesquisa na *Tavistock clinics*, no *Family Bureau*. Investigou as implicações psicológicas do atendimento médico. Desenvolveu um vasto material clínico, e um método para auxiliar o médico de família a lidar melhor com o psíquico no consultório.

Na mesma época, Ester Bick desenvolvia na Tavistock o método de observação de bebês, que foi posteriormente englobado à formação psicanalítica da Sociedade de Psicanálise Britânica (Bick 1987). Ele consistia em observar o desenvolvimento emocional de um bebê no contexto da relação com a mãe e a família durante um ou dois anos e fazer anotações minuciosas e supervisões semanais em pequenos grupos.

No início da década de sessenta, Balint publicou seu principal trabalho na área de psicologia médica: "*O médico seu paciente e a doença*". Este trabalho, pensamos ter ajudado a divulgar a metodologia de pesquisa e de treinamento que Balint desenvolveu junto aos médicos de família. Este método, próximo, em muitos aspectos, daquele desenvolvido por Bick para a observação de bebês, evidencia o contato com a vida emocional através da experiência clínica de observação.

Apesar desses "avanços metodológicos", a OMS (Organização Mundial de Saúde) publicou, concomitantemente, o relato de um comitê de "experts" sobre o mesmo assunto (Technical Report Series 235), com uma postura metodológica muito diferente das que Balint e Bick desenvolviam na Tavistock.

O comunicado da OMS buscava centralizar a atenção primária, quer através de médicos de família, quer através de generalistas, dentro dos moldes psiquiátricos vigentes. A sistematização indiscriminada das ações deveriam estar acima do desenvolvimento da sensibilidade e da experiência emocional. As orientações da OMS não individualizavam a prática médica mas, reduziam as ações ao campo educacional; estávamos diante da HIGIENE MENTAL.

"The Committee considered that it might be feasible for public health officers and general practitioners to assist the promotion of mental health through education of the public as individuals, in meetings, and through mass media." (Anonymous 1962: Technical Report Series WHO 235). (grifo nosso)

Entretanto a OMS repensou essa postura e, em seu comunicado recente de 1990, reafirma uma postura advogada por Balint, Bick e seus seguidores, ou seja:

"Patients presenting with physical symptoms may be unaware of underlying psychological

causes, or may be trying 'silently' to communicate deeper emocional problems. Diagnosis of the true nature of such complaints and identification of appropriate treatment or management are difficult, and health workers must learn to interview skilfully and listen carefully, setting the information gleaned in the context of patients circumstances. Emphaty with patients is essential, as is a holistic approach and an appreciation of the interdependence of psychological, emocional and physical well-being."

(Anonymous 1990: The introduction of A Mental Component into Primary health Care, WHO 1990). (grifo nosso)

Existem algumas questões associadas às dificuldades em lidar com o psíquico na prática médica. Uma delas, que pretendemos abordar também neste estudo, está relacionado com o encaminhamento ao especialista, e principalmente ao psiquiatra. Ao especialista, pois este, teoricamente, estaria apto a lidar com as dificuldades emocionais do paciente.

Kessel (1963) procurou estudar as solicitações feitas ao psiquiatra pelos serviços primários dos arredores de Londres. Concluiu que naquela época, na Inglaterra, existia um excesso de encaminhamentos ao psiquiatra e que isto tenderia a crescer muito mais. Observou que a grande maioria dos pacientes encaminhados, assim como muitos dos não encaminhados, na verdade

solicitava um espaço emocional junto ao médico. Este, sem estar aparelhado para atender a esse tipo de solicitação, encaminhava ao psiquiatra, que nem sempre conseguia resultado diferente daquele obtido pelo médico geral.

Assim, o presente estudo procura focalizar o binômio relacional médico-paciente analogamente ao que ocorre no binômio mãe-bebê, como nos ensina Winnicott (1988):

"um bebê sozinho não existe"

Da mesma forma aponta Balint:

"Não é possível tratar um paciente sem se considerar a relação emocional que ocorre entre o médico e o paciente."

Gostaríamos ainda de registrar um ensinamento muito significativo do ilustre professor Eustáquio Portela Nunes que, estudando as psicoterapias em sua tese, registra:

"O médico que pensa que está exclusivamente medicando seu paciente, está na verdade realizando uma péssima psicoterapia."

A discussão que o presente trabalho pretende suscitar relaciona-se à questão do quão próximo está o médico dos

fenômenos psíquicos, e, portanto o quanto se utiliza de sua própria mente em benefício de sua práxis. A novidade deste estudo, não se faz novidade para aqueles que se ocupam da sensibilidade e que buscam na experiência viva o arsenal emocional para lidar com a condição humana.

OPORTUNIDADE e COMPROMETIMENTO: Através da liberdade para pesquisar e publicar, que a UNICAMP oferece aos seus alunos, pudemos ter esta oportunidade de transformar antigas aspirações num trabalho comprometido com a qualidade do atendimento médico geral.

Estamos comprometidos com este estudo por três motivos principais:

1-)Atendendo pacientes e sentindo algumas dificuldades em conduzir suas solicitações.

2-)Sendo atendido como paciente e podendo viver a angústia que a situação médica impõe.

3-)Sendo interconsultor, sentindo a angústia do médico (equipe) e do paciente (família).

Nas diversas ocasiões em que necessitamos de atendimento médico, nos deparamos muitas vezes com excelentes técnicos em biologia humana, como se o sofrimento que nos tivesse levado a solicitar atendimento fosse exclusivamente biológico.

Observando estas situações como paciente, pudemos verificar, numa compreensão solitária, que muitos dos problemas que advêm do atendimento médico resultam da má indicação e

prescrição da droga =médico=, como Balint demonstrou: não atender emocionalmente significa adicionar tensões extras ao trabalho médico.

A experiência de atender pacientes também tem sido um fator importante para este trabalho. Tendo sido supervisionado em situações psicoterápicas pudemos nos deparar frequentemente com nossas limitações em atender adequadamente as pessoas que nos procuram, e assim verificar como é trabalhoso desenvolver o ouvir, o diagnosticar e poder praticar uma medicina "com uma diferença".

2. PRECURSOS DO PRESENTE TRABALHO DE CAMPO

No presente trabalho, o contato inicial com o método clínico, visando à coleta de dados, foi através de um estudo piloto.

Entrevistamos algumas pessoas que vinham para consulta num Hospital-Escola e pudemos observar, em suas histórias, aspectos muito interessantes. Vejamos um exemplo:

Uma senhora saiu de casa por volta das quatro horas da manhã em busca de auxílio médico. Chegou ao hospital às cinco horas, conseguindo um lugar na fila para preencher a ficha de atendimento. As seis e trinta, a funcionária começou a preencher as fichas. Esta pessoa conseguiu chegar ao balcão às oito horas. Com a ficha na mão foi para a fila de triagem. Num pequeno

corredor repleto, as pessoas aguardavam atendimento às portas das pequenas salas de consultas. Cada médico recolhe uma dúzia de fichas, senta-se e começa os consulentes.

Observamos várias destas consultas. A pessoa entra, senta-se e diz rapidamente seus problemas, suas principais queixas, e o médico, enquanto isso, anota-as na ficha. Até então não olhou para o paciente. Pede apenas que levante a camisa, mede a pressão, faz uma rápida ausculta pulmonar e volta a se sentar, prescreve alguns sintomáticos e orienta o paciente para voltar em alguns dias, caso não melhore. A consulta durou cerca de cinco minutos. Mal sai esta pessoa, outra já é chamada.

A paciente inicialmente menciona, conseguiu ser atendida às dez horas, cuja consulta durou cerca de cinco minutos. Quando ouviu que não tinha nada, irritou-se com o médico que, no seu entender, é o único reponsável pelo atendimento.

Durante nossa entrevista, explicou que nunca mais gostaria de ver aquele médico. Sua peregrinação por saúde terminaria horas depois com um desfecho frustrado. Não fora atendida nem na queixa médico-biológica (tosse, catarro), nem na solicitação emocional (colo-ansiedade). Veremos estes conceitos mais detalhadamente no decorrer deste trabalho.

Observando a prática médica, verificamos que o ensino médico é muito distoante das necessidades globais da população. Alguns currículos médicos (Catálogo Unicamp 1989. Folheto

das disciplinas de Graduação da Sta Casa de Misericórdia de São Paulo 1988, Catálogo da Escola Paulista de Medicina 1987) não consideram apropriadamente a vida emocional do ser humano. Apesar de existirem disciplinas relacionadas ao estudo da Psicologia Médica, o verdadeiro saldo nesta área de aprendizado é sofrível. Alunos e médicos em exercício da profissão de diferentes instituições de ensino, repetem uma mesma afirmação:

"...olha, e para lhe dizer sinceramente: não aprendi nada..."; "Nem me lembro o que foi ensinado."; "Estas coisas de Freud não são para mim."

Perestrello (1989) apontou algumas dessas dificuldades que estão também presentes no aluno. Afirmou que o médico irá ver a vida emocional do paciente em consonância com a sua própria, e que isto pode ser demonstrado através de sua *postura* em relação à solicitação de cuidados emocionais por parte do paciente.

Não basta o esforço heróico de alguns professores que ministram aulas magistrais, enfatizando a importância da relação médico-paciente, procurando ensinar como é indispensável que o bom médico seja sensível às solicitações emocionais de seus pacientes, que seja sempre atento, cortês, estudioso e principalmente, neles interessado. Da mesma maneira não é suficiente o ensino da Psicologia Médica nos moldes do ensino médico-teórico como vem sendo feito. Pois estes esforços têm-se mostrado insuficientes para o aprimoramento do

arsenal emocional do médico.

No modelo atual observamos um contraste gritante entre tais ensinamentos (teóricos-idealizados) e a assistência (prática) médica, quer pública, quer privada.

Célebres colegas advogam que a postura do médico esteja condicionada às condições (externas) de trabalho, o que embora seja factual, é meia verdade. Utilizam um famoso "chavão":

"Não há tempo suficiente para uma boa relação com o paciente, é muita gente para se atender. Eu poderia fazer melhor."

Tomemos como exemplo nosso paciente que vem ao hospital depois de uma longa peregrinação. Partamos do princípio que este grande esforço terá sido motivado por algum tipo de sofrimento que ele, paciente, não conseguiu manejar sozinho, tendo procurado requiaitar alguém que o ajudasse, que pudesse estar interessado no seu sofrimento.

Na nossa sociedade esse alguém é com frequência o médico. Contudo, no hospital, observamos que o sofrimento aceitável é aquele oficial, que oferece subsídios apenas para o diagnóstico e conduta tradicional. Uma aproximação do médico que possa estar em direção a uma postura que enfatize inclusive o mundo psíquico, é freqüentemente taxada como não-científica, ou não-pertencente ao papel do médico. Mesmo

assim muitos colegas depois de vasta investigação, conseguem até encaminhar o paciente a um *especialista* em 'patologias' mentais, o que nem sempre é necessário.

Não podemos nos deter apenas em um pequeno estudo piloto que fizemos, e para verificar como são estes encaminhamentos, recorreremos à literatura, tendo encontrado o esclarecedor estudo realizado por Botega (1989). Este autor procura compreender como os colegas não-psiquiatras lidam com o psíquico no hospital geral, como se utilizam dos serviços de saúde mental. De seu trabalho podemos destacar muitos aspectos que nos auxiliam a compreender a pertinência de nosso estudo.

Assinala, por exemplo nos pedidos de interconsulta, como os médicos se comunicam com seus colegas psiquiatras, dando indícios de como tem sido a formação médica e como tratam as questões que não sabem manejar. Outros autores também apontam estas questões (Lucena e cols 1978, Martins 1984, Almeida e Fortes 1986).

Muitos dentre esses pedidos apontam para um problema comum: a **relação médico-paciente**.

Botega centralizou seus estudos no hospital, em condições universitárias, procurando desta forma estudar a medicina que é praticada na universidade e que, ao nosso entender só pode ser aplicada dentro dela.

Para Balint (1957), já na década de cinquenta,

existia uma grande diferença entre a medicina dos macro-hospitais e a medicina feita em consultórios (públicos ou privados).

A prática médica fora da "proteção" das grandes instituições apresenta algumas peculiaridades. Se nos ocuparmos de aspectos emocionais, mesmo dentro da universidade os médicos são "obrigados" a desenvolver sua própria maneira de atender aos conflitos que se sucedem no cotidiano, como veremos no presente estudo, estes recursos redundam em grandes dificuldade na relação médico-paciente.

Existem problemas de todas as ordens. Há exemplos, na esfera institucional. Nos hospitais-escola, devido talvez à sua competência técnica, existe uma enorme demanda de pacientes para os cuidados primários, que por vezes são atendidos numa abordagem mais acadêmica. A ânsia do estudante de conhecer patologias acaba reduzindo o doente a uma doença, assistimos a situações trágicas no sentido psíquico, qualquer médico tem lembrança de episódios como: uma paciente o ensinou a palpar seu tumor na sua mama. Por outro lado, quando o paciente é essencialmente necessitado de cuidados emocionais, passa a ser rotulado como um "piti", "píssico" ou "DNV" (distúrbio Neuro-vegetativo), principalmente se porventura estas solicitações emocionais tenham frustrado as expectativas do médico. Alguns autores se preocuparam em apontar tais atitudes "pré-conceituosas" (Almeida e Fortes 1986, Turato 1983, Ramadam 1988).

Em algumas instituições universitárias existe

um serviço de triagem como o que descrevemos no estudo piloto, uma espécie de pronto atendimento que se situa entre a emergência médica e a assistência ambulatorial. Nestes serviços o paciente é, em geral, visto rapidamente numa espécie de seleção, como nos informam os médicos que ali trabalham:

"Só para ver se precisam ou não de atendimento, se estão doentes ou não."

O problema é mais crítico do ponto de vista emocional, quando os paciente ditos "píssicos" são considerados não-doentes, e não recebem o "privilégio" do atendimento médico.

Em determinadas situações, o paciente é diagnosticado como tendo necessidade de atendimento emocional. Almeida e Fortes (1986) estudaram a trajetória de alguns destes pacientes rotulados pelo DSM-III como "somatoformes", e dentre outras conclusões relataram que até mesmo o serviço de saúde mental do Hospital Universitário não consegue oferecer condições adequadas para uma atenção satisfatória.

Esta também é nossa experiência. Não apenas inexistem profissionais treinados para esta tarefa, como também os clínicos que atendem a grande maioria destes pacientes procuram outras síndromes, numa tentativa quase desesperada de enquadrá-los num estado puramente biológico mensurável: não importam os custos que isto possa representar, sejam materiais e/ou emocionais, tanto para o médico e para o paciente, como para a instituição, o que resulta numa prática médica frustra. Nem o

médico escuta seu paciente, nem o paciente consegue se fazer escutado.

Entretanto foi graças à difusão dos conceitos psicanalíticos aplicados à medicina que observamos uma tendência importante de aprimoramento do ato médico.

É com este enriquecimento que procuraremos lidar, enquanto participantes do grupo que tem tentando aprimorar o ato médico com a inclusão dos cuidados emocionais na relação médico-paciente.

Verificamos que na prática cotidiana, a abordagem do paciente dificilmente é **bio-psico-social**: e que para a grande maioria dos serviços de saúde, ela ainda é um "luxo".

As unidades ou serviços de interconsulta psiquiátrica dentro do hospital geral, representam um importante instrumento para a humanização do ato médico. Num inventário desenvolvido por Botega(1989) junto às vinte e três residências psiquiátricas credenciadas pelo MEC, foi verificado que, das vinte que responderam, 60% contam com pronto-socorro psiquiátrico dentro do hospital geral, 50% têm ambulatório psiquiátrico junto a outras especialidades e 90% contam com serviço de interconsultas. Estas unidades isoladamente podem fazer muito pouco para a eventual reversão desta tendência na formação médica, pois atuam quase exclusivamente junto aos pacientes internados, não existindo no Brasil uma esco-

la que forme o superespecialista em Psiquiatria de ligação. Neste sentido, cabem alguns esclarecimentos.

Lipowski (1983) faz uma distinção entre as unidades de interconsulta exclusivamente psiquiátricas, das unidades que acomodam atitudes propostas pela Psicologia Médica, chamadas de "Liaison Psychiatry" (Psiquiatria de ligação), e as mistas que comportam parcialmente as duas atitudes. Infelizmente o inventário de Botega, acima citado, não demonstra exatamente como é o trabalho de tais unidades de interconsulta psiquiátrica nas instituições universitárias brasileiras.

Ao participar de alguns serviços de interconsultas (Unicamp, Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo), pudemos observar que esses setores se encontram em estágios diferentes de desenvolvimento, mas o trabalho não é feito sob uma orientação como, por exemplo, aquela postulada por Lipowski, é conduzido de acordo com as pessoas envolvidas naquele momento no serviço. Quando o chefe ou coordenador do serviço escolhe uma determinada orientação, mais ou menos organicista, ou mais ou menos psicologista, a atitude do serviço transcorre de acordo com o pensamento deste "chefe".

Difícilmente se encontra um serviço que funcione embasado em critérios que permaneçam, após a saída desse elemento aglutinador, que na maioria das vezes conduz de forma magistral seu serviço.

Não é nossa tarefa investigar o funcionamento

das Unidades de Interconsulta; estamos apenas focalizando como esse espaço, conquistado pela psiquiatria dentro do Hospital Geral, é pouco utilizado para os fins que estamos focalizando, o que, em hipótese alguma, desqualifica esses importantes serviços prestados à comunidade. Assim muitos dos postulados que entendemos a partir dos trabalhos de Balint não parecem encontrar um espaço definido e útil nas unidades de interconsulta, assim como no currículo médico.

A experiência que Turato (1983) relata, sobre sua iniciativa de associar um estágio de saúde mental ao ambulatório geral de adultos, demonstra como podem ser enriquecedor para a prática médica, os cuidados e o exame da vida emocional, tanto para os pacientes como para os profissionais envolvidos neste tipo de trabalho. É pena que tal conduta seja rara em nosso meio.

Outro interessante aspecto do inventário de Botega aponta para um fato sui-gêneris com a expansão dos serviços de interconsulta psiquiátrica, ao menos no meio universitário, o que pode estar acontecendo a partir da entrada do profissional de saúde mental nas especialidades médicas? Estaríamos diante de um movimento crescente para lidar com o psíquico dentro do hospital? Temos condições de arcar com a formação destes profissionais?

Como a escola médica se insere nesta responsabilidade? Este movimento brasileiro tem apoio financeiro-institucional de peso, como teve o movimento

norte-americano através da Fundação Rockefeller e da Associação Norte Americana de Saúde Mental (Lipowski 1974)? Existem professores capacitados para prepararem estes profissionais? Qual o equipamento psíquico que estas ações requerem? Existe uma sistematização adequada para esta expansão? Como podem os psiquiatras pleitear mais espaço junto ao hospital geral se não dispõem de recursos para conduzir adequadamente tais conquistas?

No Brasil o que observamos são iniciativas tímidas, pessoais e passageiras nesta área, o que conduz a uma sistematização muito limitada no lidar com o psíquico na prática médica.

Voltando a um dos problemas fundamentais, a relação do médico com seu paciente, observamos que a grande maioria das especialidades médicas não o prioriza. Até mesmo a psiquiatria, que é vista de forma muito deturpada pelos clínicos, nem sempre se ocupa em cuidar da relação do médico com seu paciente.

Podemos observar estas dificuldades em muitas outras situações médicas. Hoirisch (1976) coloca a questão do médico enfermo, e assim consegue discutir, como veremos no decorrer do presente trabalho, algumas das características emocionais do médico que dificultam seu desempenho profissional.

Existe ainda a questão ético-legal da prática médica. Avelar (1991) relata que a principal causa de processos

contra erro médico está relacionada a uma relação médico-paciente insatisfatória e, na condição de Diretor de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina, recomenda:

"Admito que há uma gama de caminhos capazes de atenuar a problemática, mas, nestas poucas palavras, sugiro prosseguir na direção e no sentido do bom entendimento entre o médico e seu paciente."

Em tais circunstâncias o sofrimento emocional não desfruta de um espaço constituído no ato médico, pois os profissionais não recebem, em geral, uma oportunidade efetiva para se aparelharem a fim de lidar com o sofrimento humano como um todo.

Pensando este assunto, podemos formular algumas questões: Qual a qualidade do atendimento oferecido, em geral, para nossa população? Como o médico utiliza sua bagagem emocional a serviço de seus pacientes? O que realmente os pacientes buscam no serviço de saúde? Quais os fatores que podem estar associados a facilitar ou a dificultar o ato médico?

O presente trabalho redimensiona toda esta polêmica.

Balint (1957) enfatiza que não se trata de promover uma mudança na medicina tornando-a diferente, mas de poder auxiliar o médico a exercer uma medicina com uma diferença.

No relato de Saville(1957) podemos observar como um médico pode se beneficiar da prática da medicina com uma diferença: ele aponta dois momentos de sua vida profissional, antes e depois de adquirir a **capacidade de ouvir**, atitude que constatou ser tão difícil quanto a utilização do estetoscópio.

CAPITULO II

OS OBJETIVOS

AS HIPOTHESES

Como a aranha enredada em sua
própria teia está o homem preso a
seus desejos

Dhammapada. 1967, p159

OBJETIVOS e AS HIPOTHESES:

1. Os objetivos do trabalho:

1.1. Objetivo geral:

Procurar subsídios metodológicos que visem auxiliar o médico com as diversas questões emocionais que emergem na prática clínica ambulatorial.

1.2. Objetivos específicos:

1.2.1. Apresentar ao leitor o método Observacional-Compreensivo através das descrições das situações observadas nos consultórios de família.

1.2.2. Familiarizar o leitor com as principais concepções propostas por M. Balint e seus seguidores.

1.2.3. Formular comentários a partir das situações observadas, utilizando-se as postulações Balintianas, e o método observacional-compreensivo.

1.2.4. Buscar subsídios para a discussão da aplicabilidade do método observacional-compreensivo nas diversas ocupações da Psicologia Médica, no ensino, pesquisa e assistência.

2. Hipóteses de trabalho

Partimos das seguintes hipóteses:

2.1. A prática médica, como é atualmente exercida, satisfaz o médico e o paciente, quando pensamos na saúde em termos bio-psico-social?

2.2. As desculpas ambientais fornecidas pelos médicos, realmente justificam a falta de disponibilidades emocionais na prática ambulatorial?

2.3. Será o método Observacional-Compreensivo um instrumento útil no redimensionamento da Psicologia Médica?

CAPITULO III

O MÉTODO

A aprendizagem é a semente, a prática é o campo, e a intenção é a água. É com a ajuda dos três que a safra da espiritualidade floresce.

Al-Ghazzali, 1972, p 323

1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE OS CUIDADOS METODOLÓGICOS

Este estudo clínico-psicológico pretende realizar uma investigação sobre a droga "farmaco-ativa" médico. Nesta investigação método e estudo se confundem e se completam. Estas considerações iniciais buscam apenas orientar o leitor sobre a postura metodológica aqui adotada.

Como colocado, observamos e entrevistamos médicos e pacientes que participaram de um ato médico comum, com a finalidade de "fotografar" situações corriqueiras da clínica geral. E escolhemos um grupo de médicos que nos oferecem algumas condições especiais em consonância com algumas características importantes para a realização de nossos objetivos.

2. A ESCOLHA DO GRUPO ESTUDADO:

Quem seriam os médicos mais indicados para este estudo?

Como vimos no capítulo I, começamos por estudar médicos que atendiam a maior demanda dos Hospitais-Escola, a triagem. Eles dispunham de péssimas condições de trabalho, para realizar uma boa relação médico-paciente o que os tornava um grupo inadequado para o estudo. Fomos aos ambulatórios dos hospitais universitários, onde também as condições ambientais não eram favoráveis, pois dificilmente o paciente era atendido pelo mesmo médico quando do seu

retorno. Além disto o interesse universitário estava mais voltado para a doença e não para o doente, uma vez que existe um compromisso de "ensino". Tentamos então ambulatorios de medicina de grupo, não nos foi permitido realizar estudo. Colegas de consultório particular foram sondados, recebemos algumas negativas sutis, mas convincentes. Pensamos em postos de saúde, nos deparamos com condições semelhantes à triagem. Descobrimos então os consultórios de família.

Este grupo trabalha na rede pública, atende predominantemente em ambulatório e vincula-se ao paciente, pois esta é sua proposta central, além disso constatamos que dispõe de condições ambientais razoáveis para o desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente.

No consultório do médico de família encontramos um profissional razoavelmente bem remunerado, que atende os mesmos pacientes, tem liberdade para montar um esquema de trabalho (tem hora marcada, pronto atendimento, acompanha procedimentos especializados, visita a residência dos pacientes), pode usar maior tempo para cada consulta, assim como marca retornos com maior frequência, sendo os pacientes vizinhos do consultório. ele tem acesso a toda a família, às condições ambientais do paciente e pode, com esta gama de informações, reunir condições para melhor compreender sua clientela.

Em síntese, o médico de família reúne, na sua proposta, as melhores condições externas que encontramos, o que possibilita focalizar aspectos internos, ou seja sua

familiaridade ou não com o fenômeno psíquico.

A maioria dos consultórios visitados está localizado em regiões de muita carência sócio-econômica. Dificuldades de saneamento básico, transporte, habitação, educação e lazer também fazem parte do dia a dia destes médicos.

Ir a este Brasil subdesenvolvido, extremamente pobre, não é novidade, mas é uma experiência diferente ir com olhos de pesquisador.

Procuramos descrever esta experiência da forma mais fidedigna possível; contudo as emoções, os olhares e o envolvimento psíquico não poderá ser transmitido como desejaríamos. Alguns cuidados foram tomados para que nesta redação não sejam identificadas as pessoas envolvidas. Todos os médicos, independentemente de sexo, são tratados por MD. As situações são maquiadas de forma a dificultar a identificação por terceiros.

Apesar destes cuidados éticos, temos a convicção de que cada MD poderá identificar a situação em que foi abordado. A todos eles, solicitamos compreensão e pedimos que tomem nossas observações como construtivas. Não dispusemos, em nenhum momento, de elementos para tecer crítica alguma sobre o desempenho profissional de qualquer um dos envolvidos no estudo, seja sobre sua personalidade, seja sobre atividade profissional. Não é este nosso objetivo.

Tivemos apenas um contato, procuramos estu-

dar este contato, sabendo que ele foi alterado pela presença de um corpo estranho: o pesquisador.

O pintor coloca na tela o que entende ter visto do mundo, aquele é seu mundo; pode ser de interesse de outros conhecer essa sua visão do contorno. Pretendemos, como um pintor, reproduzir este mundo com que tivemos contato. Como um paisagista principiante, procuraremos reproduzir uma paisagem que vemos a partir do ângulo em que nos posicionamos, o que ele nos permite ver. Não é o único ângulo, existem infinitos, e nem é absoluto, não poderia ser, é apenas a visão de um pintor.

Há, na Secretária Estadual de Saúde, um projeto piloto visando a instalar, numa primeira etapa, cerca de trinta e três consultórios de família na periferia da grande São Paulo (Revista Plantão de Saúde, 1988). Dos instalados (15) oito aceitaram participar do presente estudo.

3. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO

Cada consultório foi visitado com o propósito de ser observado em uma situação de consulta comum. Após a observação da consulta, foram realizadas entrevistas com o médico e com o paciente separadamente. As entrevistas foram registradas em fita cassete. A redação da observação foi feita após a visita.

Estes procedimentos foram precedidos de reuniões com os coordenadores do projeto, com os médicos e, finalmente, visitas aos consultórios. Em cada situação médica a ser observada, pedimos a autorização do paciente. Procuramos deixar o colega médico decidir se a solicitação da autorização, seria feita por ele ou pelo observador. Desta maneira procuramos interferir o menos possível na relação do médico com seu paciente e, ao mesmo tempo, observar seus cuidados durante o trabalho.

Procuramos esclarecer, nas reuniões com os colegas, que procuraríamos estudar seu trabalho comum, situações corriqueiras, e que não desejaríamos oferecer alguma forma de ajuda. Esclarecemos também que, não estávamos a serviço de dar subsídios positivos ou negativos ao projeto. Procuramos nos identificar como pesquisadores da vida emocional interessados no que ocorre na consulta médica, tanto em relação ao médico como ao seu paciente.

3.1 - OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO

No presente trabalho o observador era identificado como pesquisador universitário da pós-graduação da UNICAMP, que tinha por objetivo estudar a relação médico-paciente e, tinha como parte dos cuidados éticos, o sigilo das informações coletadas.

Contatamos cada consultório aleatoriamente e

sem que o médico fosse previamente avisado, marcamos para o dia seguinte a nossa visita (observação). Desta forma procuramos encontrar uma situação corriqueira no consultório, e não dar oportunidade para que o médico pudesse marcar um tipo "especial" de consulta.

A ida ao consultório considerou "a priori" a disponibilidade do médico, assim como a presença de pacientes comuns no consultório. Não observamos, por exemplo, a aplicação de vacinas, nem a colocação de DIU. Solicitamos a cada médico que conversasse reservadamente com seu paciente, para conseguir sua autorização. Nenhum paciente recusou nossa observação durante a sua consulta.

Foi dado o intervalo de uma semana no mínimo entre uma visita e outra. Desta maneira procuramos criar condições para que pudéssemos nos recompor da experiência vivida e assim não prejudicar o material que viria a ser coletado na próxima visita.

As entrevistas foram feitas em ambiente propício. Não houve episódio de dificuldades para os participantes em colaborar com o estudo. Foi utilizado um roteiro de memória (Anexo 1) como referencial para as entrevistas.

Cabe destacar que na maioria das visitas, tivemos que encerrá-las pois o entrevistado procurava prolongar os diálogos, assim como abordar assuntos novos que não diziam respeito ao estudo.

4. A POSTURA METODOLOGICA

"Na década de 30 não nos parecia que existisse qualquer forma de estudar o comportamento "cientificamente", salvo através de algum tipo de intervenção experimental...Até mesmo cutucar um animal seria certamente melhor do que apenas olhar para ele; isso levaria ao anedótico; era o que os observadores de pássaros faziam. Entretanto, era o que os pioneiros da etologia também faziam. Eles estudaram o comportamento natural em vez do manipulado e, assim, pela primeira vez, puderam discernir estruturas ou episódios de comportamento natural..."

P. B. Medawar (Bowlby 1984)

A metodologia é essencial num trabalho de investigação científica, não somente por oferecer diretrizes ao pesquisador, mas por ser um dos aspectos de maior aprendizado quando realizamos um trabalho de campo.

Pretendemos com esta introdução, colocar o leitor em sintonia com a postura, fundamentação e embasamento teórico, não só da metodologia do trabalho como um todo, uma vez que a metodologia se confunde com o próprio trabalho.

O presente estudo é clínico, fundamenta-se no método compreensivo como nas ciências humanas e também nos moldes propostos por Trinca (1984).

Procuraremos essencialmente estudar algumas das implicações psicológicas da prática médica e, para isso, utilizaremos alguns conceitos emprestados da psicanálise, das ciências sociais e da psicologia, que estão também inseridos na obra de Michael Balint, e de seus seguidores.

Como existe uma relação estreita entre o método e o trabalho de campo, ou seja, a escolha dos pressupostos teóricos não é casual, nos estenderemos um pouco nestes aspectos epistemológicos visando situar melhor o leitor das ciências biológicas com o plano epistemológico definido nas ciências humanas. Pedimos aos leitores que são familiarizados com este plano do pensamento científico que deixem este capítulo de lado.

5. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SABER CIENTIFICO:

Sir Alexander Fleming conseguiu chegar à penicilina em função também de sua versatilidade de pensamento, além de seu indiscutível senso de observação.

É conhecida a experiência de Fleming que, ao cultivar bactérias em seu laboratório, não desprezou o fato de uma de suas colônias ter morrido. Observou a placa da cultura e assim procurou relações entre o mofo e a morte das bactérias, originando a descoberta da penicilina.

Muitos dos avanços científicos são resultados da observação clínica do inesperado, da possibilidade de dirigir a atenção aos acontecimentos que configuram um todo

no desenvolvimento da pesquisa. Bachrach (1975), parafraseando Yong, procurava descrever o cotidiano do cientista:

"Bastante curioso é que uma das características dos cientistas e de seus trabalhos seja a confusão, quase a desordem."

Isto pode parecer estranho quando se acostumou a pensar em ciência com C maiúsculo como sendo tudo clareza e luz. O cientista verdadeiro aprecia a discussão, mas não pensa sempre com esquemas coerentes e completos tais como os que são usados pelos filósofos, juristas e clérigos. Além disso, em seu laboratório não despende muito tempo pensando em leis científicas e assuntos semelhantes. Está ocupado tentando fazer alguma peça de aparelho funcionar, procurando um meio de medir algo com maior precisão, ou fazendo dissecações que mostrarão mais claramente as partes de um animal ou planta. Dificilmente sabe que lei está tentando provar. Está continuamente observando, mas seu trabalho é como tatear no escuro. Quando pressionado a dizer o que está fazendo, pode dar a impressão de incerteza ou de dúvida, ou mesmo de autêntica confusão.

Para Bachrach a metodologia deve guiar o pesquisador e não limitá-lo.

Pasteur ensina que a principal qualidade do cientista repousa no preparo de sua mente. Além de dar diretrizes

metodológicas às suas curiosidades, o pesquisador também deve ser um tanto casual, partir de um ponto de vista flexível, mas nem por isso menos alerta em relação aos cuidados metodológicos. A mente preparada a que Pasteur se refere é uma combinação de conhecimentos básicos acumulados e uma prontidão para receber o extraordinário.

Conclui Bachrach:

"Na realidade, não existe resultado negativo ou insucesso num experimento. Todo dado objetivo fornece informação para a mente preparada que respeita os dados e não deixa que as hipóteses impeçam a pesquisa."

6. A OBJETIVIDADE NA PRÁTICA CIENTÍFICA:

O conceito de objetividade em ciência revela-se um mito que vem sendo substituído pelo conceito de objetivação (Melo Franco Fº 1980).

O que é objetividade nas ciências humanas? Uma falsa e forçada neutralidade? Parece ser mais uma espécie de disfarce instrumental, uma forma de postura intelectual defensiva, ou um deus disfarçado agindo como uma esfinge ameaçadora a separar, maniqueicamente, as colocações científicas em verdadeiras ou falsas, conforme o culto a que ela se presta.

Para Melo Franco FQ, a mitificação das ciências poderia ser assim sintetizada:

"As ciências objetivas forneceria 'verdades' independentes da história e daqueles que a fazem; os cientistas objetivos se limitariam a descobrir essas verdades, apagando-as diante delas, fazendo abstrações da sua subjetividade e elevando-se acima dos preconceitos, das ideologias, das paixões etc..."

O cientificismo aparece então dentro desta visão ingênua racionalizada, a ponto de ser confundido com a própria noção de ciência. Vejamos alguns postulados que constituem a essência desse movimento que veio substituir o prestígio das religiões tradicionais.

a-)A ciência é neutra e impessoal.

b-)Somente o conhecimento dito científico, isto é quantitativo e formalizado, é verdadeiro, real e objetivo.

c-)Sentimentos e crenças dificilmente podem ser classificados como conhecimento real.

d-)Dos cientistas devemos esperar todas as definições da realidade necessárias para a resolução dos problemas da humanidade.

Assistimos atualmente a alguns cientistas revisando criticamente estes conceitos idealizados, assim

surgem várias correntes que buscam avaliar o conhecimento científico de uma outra forma.

Melo Franco FQ cita alguns autores que fazem parte da corrente que trata a ciência de uma outra forma (Japiassu H. O Mito da Neutralidade Científica, ed imago Rio de Janeiro 1977; Introdução à Epistemologia da Ciência ibid 1977), afirmando:

"É inegável a tendência para relativizar a ciência, ao mesmo tempo, torna-se praticamente impossível sustentar a existência de uma verdade científica". (negrito nosso)

O pensamento epistemológico atual reconhece que "a" ciência não existe mais. Existem sim "as" ciências, ou melhor as práticas científicas, desta forma falamos numa prática humana e portanto numa realidade sócio-histórica em contínua mutação. Ladrière (1978) afirma que a representação clássica da ciência, segundo a qual esta corresponderia à idéia de um saber objetivo e universal, deve ser questionada pois, sendo um produto humano, participa das vicissitudes sociais. Não há ciência absolutamente isenta de valorações e ideologias. A definição daquilo que é científico não decorre de parâmetros ou critérios prévios e invariantes que servem de medida absoluta para qualquer atividade científica. Mesmo o critério da verdade de uma teoria, longe de repousar na sua certeza, está na possibilidade de superação no futuro. Assim ensina Mello Franco FQ:

"A neutralidade em ciência deixa de receber a focalização tradicional e evolui da discussão sobre a objetividade para a discussão do processo de objetivação."

Pensando na ciência como prática humana, a objetivação implica na intenção subjetiva do cientista, que se caracteriza pela busca do conhecimento que não será, de forma alguma, a reprodução fiel da "realidade", mas conserva sem dúvida uma considerável distância que não pode ser negligenciável. Podemos conhecer um objeto cientificamente quando podemos retirá-lo do seu estado natural, e reconstruí-lo dentro de nós. Epistemologicamente toda ciência tem que construir seu objeto. O fato puro não existe, assim como a observação nunca deixa de pressupor a pessoa do investigador. Ladrière aponta a existência de representações subjacentes, em parte inconscientes, que comandam o desenvolvimento da ciência.

Todo conhecimento, enquanto processo de apreensão de um objeto por um sujeito, seleciona o que lhe interessa na realidade. É por isso que todo fato é resultado de uma valoração; disto podemos concluir:

1-) A objetividade tira seu valor dos objetos construídos e do poder dos modelos utilizados, relativamente aos dados da experiência.

2-) Nessa perspectiva, o conceito de neutralidade é incorreto: é um modo de conferir valor a uma atitude em detrimento de outras.

E a PSICANALISE? A polêmica acerca de a psicanálise ser ou não ciência de carregar ou não em seu bojo, uma objetividade científica, é tema muito controvertido. Além do questionar se existe um inconsciente dinâmico, as próprias fontes teóricas onde Freud se baseou, a ciência objetivada não pode aceitar o discurso psicanalítico.

A pesquisa do discurso místico, literário ou onírico, como via de acesso ao conhecimento científico da mente, representou um passo ousado e pouco ortodoxo. Apesar disso Freud externou seu conflito científico, na conhecida obra "Projeto de uma Psicologia para Neurólogos" (Freud 1892-9), onde procurou circunscrever seus achados à luz dos conhecimentos da época; baseando suas teorias nos critérios aceitos, enunciava:

"Haverá um dia no futuro em que todos os fenômenos descritos poderão ser explicados pela biologia e neurofisiologia."

O presente trabalho não pretende aprofundar esta discussão, queremos nos utilizar da noção de processo de objetivação como alicerce do método de observação clínica, que é a base da metodologia empregada neste estudo. Da mesma forma pretendemos utilizar alguns conceitos retirados da psicanálise para nos auxiliarem a compreender, a partir da observação, a vida emocional que efervesce na relação médico-paciente.

A Psicologia Médica praticada na maioria de nossas instituições, sofre influência direta, ao nosso entender,

dos processos "ultrapassados" da ciência idealizada e intelectualizada que se institui a partir dos processos de objetividade. Ensina-se, pratica-se e pesquisa-se Psicologia Médica sem definir-se um processo de objetivação, o intelecto está acima da experiência viva, e desta maneira a Psicologia Médica (geralmente apoiada no jargão psicanalítico desvinculado da experiência emocional) se empobrece gerando uma praxis frustra, inoperante e desvinculada da realidade.

7. O METODO DE OBSERVAÇÃO CLINICO-PSICODINAMICO:

observando a construção de um diagnóstico numa situação

Para Cunha (1986) o termo diagnóstico vem do grego *diagnōstikós* e significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de.

O homem está insistentemente fazendo diagnósticos, sempre que sua curiosidade e necessidade assim o exigem. O diagnóstico pode ser entendido como a resultante de observações, avaliações e interpretações que sofrem um julgamento e oferece uma resposta, um discernimento.

Num sentido estritamente clínico o diagnóstico refere-se à possibilidade de conhecimento que vai além daquela que o senso comum pode dar, ou seja, à possibilidade de significar a realidade que faz uso de conceitos, noções e teorias científicas.

Faz-se necessário no presente estudo

localizarmos a definição, e as origens da Psicologia Médica.

Segundo Trica, (1984), o termo Psicologia Clínica foi utilizado pela primeira vez em 1896, referindo-se a procedimentos psicológicos diagnósticos que buscavam auxiliar a Clínica Médica, inicialmente apenas utilizados nas crianças deficientes físicas e mentais.

A Psicologia Clínica cresceu muito, quanto ao interesse despertado, a partir do momento em que as doenças mentais foram consideradas semelhantes às doenças físicas. Passou, então, a fazer parte do universo de estudo da ciência, e não mais da religião.

Desta forma, a par da psiquiatria, que se ocupava com o combate às doenças mentais, desenvolveu-se a Psicopatologia, ou seja, um ramo da ciência psicológica voltada a estudar a vida psíquica anormal. Do mesmo modo a Psicologia Clínica, desenvolveu-se não se atendo apenas ao estudo sistemático da vida psíquica na Clínica Médica, mas também ocupando-se das atividades voltadas à prevenção e ao auxílio do sofrimento psíquico.

Da Psicologia Clínica desenvolveu-se a Psicologia Médica, que dirige sua atenção à prevenção e ao auxílio do sofrimento psíquico na prática médica.

Trinca demonstra que a Psicologia Clínica tem fortes raízes nos EE. UU. Lá, no início do século, os psicólogos

clínicos, procuravam se apoiar em pressupostos positivistas para dar embasamento às suas observações. Na Europa, por outro lado, a Psicologia Clínica podia apoiar-se em outras possibilidades teórico-filosóficas como, por exemplo, a Psicanálise.

A Psicologia Clínica apoiada na Psicanálise requer o desenvolvimento de um plano epistemológico específico, apoiado na Metapsicologia. Neste plano o universo humano é intencional para o indivíduo que pensa. Trinca explica que foi destes princípios que surgiu a corrente humanista e a Psicologia Fenomenológico-Existencial. Para estas orientações, a consciência, ou seja, a vida intencional, é determinada pelo mundo interno que é a fonte de significação e valor. Salientam o caráter holístico do homem, sua capacidade de escolha e sua auto-determinação.

8. O PROCESSO DIAGNOSTICO DO TIPO COMPREENSIVO:

Para Trinca (1984), o processo diagnóstico é a forma resultante de determinada organização e estruturação dos elementos de um estudo de caso, realizado dentro de uma determinada concepção teórica. Embora existam várias orientações, o presente estudo pretende adotar o que Trinca denominou orientação compreensiva.

O processo compreensivo é uma resultante da tentativa de abarcar a multiplicidade de fatores em jogo na realização de estudos de caso.

Compreensivo deriva de "compraehendere", do

latim; significa abraçar, tomar e apreender o conjunto, Cunha (1986) designa para a investigação psicológica uma série de elementos que incluem, entre outros aspectos, encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional.

Para tanto o pesquisador, dentro desta orientação, necessita de referências múltiplas a fim de evitar a unilateralidade que se encontra em outros referenciais teóricos. Busca, desta maneira, uma visão totalizadora do indivíduo humano.

Trinca refere-se a este processo como abrangente das "dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e sócio- culturais, como força e conjunto das forças em interação, que resultam em desajustamentos individuais."

9. O MODELO COMPREENSIVO NO PRESENTE ESTUDO

Neste referencial teórico destacamos algumas características que foram consideradas para sua escolha como modelo para o presente estudo. São, dentre outras:

-Objetivo a elucidar: Quanto e de que forma o médico "se prescreve" na sua prática ambulatorial.

-Ênfase na dinâmica emocional inconsciente: A observação dos aspectos transferenciais e contra-transferenciais presentes na relação médico-paciente, e na relação do médico e do

paciente, isoladamente e como dupla, com o pesquisador.

-Considerações de conjunto para o material clínico: A situação médica observada, dentro de um campo da experiência emocional com suas diversas linguagens.

-Busca da compreensão psicológica globalizada: Não se pode, ao buscar uma escuta no ato médico, separar a pessoa do médico, da do paciente nem do processo de adoecer.

-Predomínio do julgamento clínico: O método de observação de bebês Bick (1987), nos serviu como base para a construção de hipótese a partir da experiência clínica do que já foi observado.

A estruturação do processo diagnóstico do tipo compreensivo, segundo Trinca, é influenciada e pode ser estudada a partir dos seguintes segmentos:

a-) Uma forma relacional: A bagagem da experiência clínica, colocada como instrumento essencial à própria pessoa do pesquisador. Relacionamo-nos com o que possuímos.

b-) Para o estudo de uma relação que envolve aspectos emocionais do encontro entre duas pessoas: A relação médico-paciente, como qualquer relação bipessoal, apresenta infinitas perspectivas para se estudar a intersubjetividade emocional.

c-) Um posicionamento epistemológico: Quando

se opta por esta orientação, excluem-se posições deterministas, associacionistas, elementaristas e mecanicistas. O plano epistemológico da aproximação compreensiva fundamenta-se predominantemente por uma visão que toma a personalidade como única e indecomponível, como uma totalidade estrutural organizada, em que existem experiências subjetivas e dinâmica psíquica inconsciente. Leva em consideração noções fenomenológicas, gestálticas, existenciais e psicodinâmicas.

d-) Como um sistema de referenciais múltiplos:

Propósito básico do método clínico:

- A exploração e o estudo dos fatores intrapsíquicos, interpessoais e sócio-culturais cuja interação acarreta uma reorganização na vida do indivíduo.

Trinca enumera diversos recursos técnicos para a coleta de dados para os fins clínico-compreensivo. O presente estudo se utilizará da observação, de entrevistas semi-estruturadas e da redação dos dados coletados associados à impressão do contato entre o pesquisador e a situação observada. Diz-nos Trinca:

"A atitude do pesquisador, assim como as técnicas utilizadas constituem fatores importantes na coleta de dados, estes elementos são fundamentados nas experiências e embasamentos teóricos do próprio pesquisador, constituindo no processo compreensivo os princípios básicos."

Mesmo Freud já dizia, em 1918, que não se faz necessario "provar" a existência do inconsciente, escreveu para aquelas pessoas que já não duvidavam desta instância mental.

10. O APARATO PARA A COLETA DE DADOS

O trabalho entre seres humanos sofre as influências da vida emocional, Cassorla (1981) faz algumas considerações sobre a investigação clínica, discorrendo sobre a disponibilidade emocional da relação médico-paciente:

"Não existe e não existirá qualquer instrumento que substitua a percepção e a sensibilidade do médico e sua intuição dos sentimentos do paciente e de seus próprios sentimentos, elucidados por aqueles."

Se por um lado as escalas e instrumentos de quantificação epidemiológica apresentam limitações (Cassorla 1989), por outro lado a investigação clínica precisa de muitos outros cuidados.

Neste sentido a utilização de alguns conhecimentos das ciências sociais podem auxiliar bastante numa investigação do tipo que pretendemos utilizar no presente estudo.

O cientista social, pesquisando a mesma

sociedade com que convive, traz consigo "conhecimentos" que podem auxiliar e/ou atrapalhar sua pesquisa. Tanto na observação como na entrevista coloca todo um conjunto de significados conseguidos através da participação na ordem social. Desta participação traz a vantagem de poder fazer-se entender, pois trata as questões na mesma linguagem, dentro de um mesmo sistema simbólico de seus entrevistados.

A coleta de dados através da observação é uma experiência (método) clínica que merece algumas considerações.

O presente estudo exige do pesquisador, que se propõe a tarefa de observação científica, uma focalização do que está sendo observado. Assim emprestaremos alguns conceitos da escola existencialista para focalizarmos nosso estudo, de forma a não ser um estudo longitudinal como Bick (1987) propõe com a observação de bebês. Propomo-nos a estudar situações médicas, em seu campo emocional. Desta maneira, para melhor situar o leitor, julgamos oportuno algumas considerações sobre o conceito de campo e de situação.

CAMPO: Baranger(1969) nos fala de uma teoria de campo, ou seja, tem estrutura espacial e temporal, esta orientada por linhas de forças e dinâmica determinada, tem suas leis evolutivas próprias, relacionadas a uma finalidade geral e às finalidades específicas momentâneas. Podemos observar apenas o campo, quando nos propomos a uma pesquisa com estas características.

Podemos, a partir disto, pensar que qual-

quer elemento que transita na relação médico-paciente é importante e significativo para o desenvolvimento da relação que se está processando. No capítulo referente à revisão dos conceitos propostos por Balint poderemos esmiuçar melhor de que forma esta relação se processa.

11. O CAMPO DINAMICO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:

Freud, através de sua obra, trouxe a noção de que o ser humano não é regido pela sua consciência, mas por seus impulsos, mostrou que o instinto que o diferencia dos animais é o instinto sexual. Freud trouxe uma contribuição revolucionária para o nosso século. Agora o homem não é mais o centro do universo (Copérnico), não é mais a criação divina (Darvin) e também não é senhor absoluto de suas ações (Freud), o que o diferencia dos outros animais é que pode ter vida mental e um aparelho psíquico. Pode pensar a si mesmo como objeto, utilizar seu pensamento, conceber símbolos universais, criar linguagens, prever e planificar suas ações e utilizar instrumentos e técnicas que podem modificar sua própria natureza.

É dentro destas condições que podemos utilizar a noção temporal. O recorte temporal de uma situação é o campo dinâmico que está em constante mudança e reestruturação, seu estudo é então um artifício que procura a sequência dos campos dinâmicos sucessivos.

Para Bleger (1978) a relação sujeito-meio não é apenas uma simples relação linear de causa-efeito entre dois objetos distintos e separados, mas ambos são integrantes de uma só estrutura total, na qual o agente é sempre a totalidade do campo e os efeitos se produzem sobre e dentro do mesmo como unidade. Bleger afirma que todo campo e

toda situação são sempre originais e únicos no sentido de que não se repetem jamais totalmente da mesma maneira.

SITUAÇÃO:

Jaspers (In: Luchina 1982) indica que o conceito de situação é compreensível a partir da imagem da posição das coisas dentro de uma ordenação espaço-topográfica, mas que de maneira alguma pode identificar-se com ela. Não importa apenas mudar de lugar, a situação pode se manter, não se pode mudar a situação apenas com o tempo, a participação do homem é condição "sine qua non" para qualquer possibilidade de mudança numa situação.

O todo contextual é uma situação. A situação é um todo em virtude de uma qualidade imediata que a penetra por inteiro. A qualidade une todos os elementos constitutivos no todo, mas desta forma lhe confere um caráter único formando uma situação "individual" ou seja -indivisível e irrepudiável-. Nenhum problema pode ser equacionado a adquirir sentido se não for de uma forma situacional.

12. RELAÇÕES ENTRE CAMPO E SITUAÇÃO:

A situação médica inclui o campo dinâmico da relação médico-paciente. O presente estudo pretende utilizar-se de "fotografias" deste campo que poderia então ser definido como um recorte de aspectos da vida emocional, que ocorre em uma situação vivida no decorrer da história da relação entre duas

pessoas: O médico e seu paciente, que dividem o processo de doença.

Os inquéritos investigatórios sobre uma situação específica (neste estudo, a situação médica de consultório) não se esgotam na análise do campo (pretendemos enfocar a vida emocional dentro das ações médicas). Uma mesma situação comporta campos diferentes a serem focalizados (como por exemplo, no presente estudo, as questões sócio-culturais).

Operar apenas com os personagens não é suficiente, faz-se necessário operar o campo dentro da situação, procurando fixar as condições dinâmicas das inter-relações entre o indivíduo e o meio. Bick (1964) propõe um modelo de observação diferente daqueles em que se apoiaram Freud e Klein, o observar bebês no contexto familiar, sem desprezar seu ambiente e ao mesmo tempo não tomando este fator como decisório, mas como mais um elemento participante.

Como veremos com Balint, muitas vezes é dentro da situação médica que o campo dinâmico da relação médico-paciente pode organizar a enfermidade. Analogamente uma criança pode viver dificuldades/facilidades maiores de acordo com o ambiente mais ou menos facilitador (Winnicott 1988-A).

13. A OBSERVAÇÃO:

O cientista que vai a campo observar uma situação traz consigo a necessidade de muitos cuidados metodológicos e pessoais.

Alguns deles, ligados às ciências sociais, podem ser aproveitados a partir da literatura, que nos oferece alguns elementos neste sentido.

Cicourel(1975) classifica quatro modalidades de observação a partir da participação do pesquisador no campo observado. De uma forma esquemática, são estas as modalidades:

1-Observador total insere-se no contexto da situação não gerando qualquer modificação. O pesquisador nesta postura busca não propiciar mudanças na situação, podendo desta forma observar a situação com menores possibilidades de distorções propiciadas pela sua presença.

2-Observador participante apesar de participar da situação, de ser identificado como observador, procura minimizar seu envolvimento com a situação, de tal forma que também minimize as possíveis alterações do que pretende observar. Esta modalidade será melhor esmiuçada a seguir.

3-Participante como observador apesar de procurar uma identidade próxima ao observador total, o participante como observador tem uma relação particular com o campo. Nesta modalidade o observador tem uma relação exclusiva de pesquisa com os outros integrantes do campo.

4-Partipante total nesta modalidade o pesquisador finge ser um componente da sociedade ou grupo que pretende estudar e, desta forma procura evitar as modificações

que ocorrem num campo a partir da presença do observador.

A modalidade de Observador participante, proposto dentro desta visão antropológica, aproxima-se mais ao modelo proposto por Bick. Este tipo de postura metodológica é mais indicado quando o estudo requer apenas uma visita. Exige, porém, observação mais formal que informal e, antropológicamente prescreve a participação no campo de um lado, entretanto para o observador-compreensivo existirá sempre uma participação nos processos de identificação de outro lado. Apesar de que nesta modalidade o pesquisador corre um risco menor de ser inserido como membro do grupo observado (de ser identificado como membro ativo), será invariavelmente identificado com uma possibilidade de crítica e/ou auxílio.

A observação única propicia um contato fugaz que dificulta, empobrecendo o conteúdo contínuo do que se está observando. Antropológicamente pode ocorrer coleta de elementos insuficientes, que concorrem para o risco de constituir um conhecimento superficial do que se pretende observar. Entretanto para os fins do presente estudo pode nos fornecer elementos suficientes para a discussão da prática médica.

Qualquer uma das modalidades de observação antropológica proporciona ao pesquisador uma oportunidade de apreender a natureza das experiências do grupo. Através da experiência de observação da relação mãe-bebê na família, o observador contaminado pelo envolvimento emocional irá participar da experiência emocional do campo (médico), podendo trazer para

sua análise dos dados seu envolvimento pessoal com o grupo, e, portanto a possibilidade de enriquecer a observação com a percepção emocional dos fatos. Devemos tomar cuidado para que a participação psíquica intensa não inviabilize a construção de hipóteses.

Os cientistas sociais geralmente utilizam a observação participante quando estão especialmente interessados em compreender uma organização particular ou um problema substantivo e não em demonstrar as relações entre variáveis definidas abstratamente. Tentam fazer sua pesquisa teoricamente significativa, mas partem da idéia de que *não sabem a priori o suficiente sobre o objeto em estudo*, desta forma criando condições para identificar os problemas e construir hipóteses.

Becker (1958) oferece-nos elementos para verificar como todos os passos da pesquisa de observação pouco participante tornam-se um método dinâmico, onde todos os movimentos integram a pesquisa em cada momento, do planejamento à publicação dos resultados.

14. SOBRE O MÉTODO DE OBSERVAÇÃO DE BEBES

A experiência adquirida junto ao *Centro de Estudos das Relações Mãe-Bebê-Família*, em São Paulo, consistiu não apenas em observar um bebê em seu ambiente, mas também pudemos experimentar o método observacional aplicado ao estudo teórico de textos psicanalíticos, assim como em seminários que discutiam psicanálise aplicada a contextos não-clínicos, ou como

denominado Seminários de Discussão de Situações de Trabalho, nos mesmos moldes que Martha Harris desenvolveu na Tavistok Institute of Human Relations (Melega 1991-B).

A função de observador descrita por Mélega (1990-A e B) e Farias (1988), auxiliou-nos a encontrar uma postura metodológica afinada com os princípios básicos advogados no presente estudo, ou seja, não se pode separar a vida emocional do médico, da vida emocional do paciente, das condições de consulta quando falamos em ações médicas dentro do consultório.

Poder separar a vida emocional do observador daquilo que estamos observando, discriminar a ansiedade conclusiva podendo obter melhores elementos para as conclusões, assim como verificar o envolvimento emocional espontâneo das relações interpessoais, são alguns dos elementos essenciais desenvolvidos através da observação da relação mãe-bebê (Casseb 1991).

A tarefa de observar bebês aparelha o pesquisador a desenvolver uma postura essencialmente não interpretativa. O observador, para ter êxito em sua tarefa de observação, deve estar sob tratamento que o auxilie a minimizar suas pré-concepções e suas tendências identificatórias, para estar livre e, portanto, em condições de observar. O observador procura criar condições para a observação a partir de suas ansiedades. Mélega (1990-A) diz que quanto mais natural for o observador, mais condições ele terá para a observação.

A observação de bebês funciona como uma

espécie de laboratório de preparação para a tarefa de observação, mesmo fora dos moldes criados por Bick. Mélega (1990-B) enumera alguns dos questionamentos, que surgem nos seminários de supervisão das observações de bebês quando da aceitação do papel de observador:

"-O de ser invasivo-persecutório;

-o de não poder retribuir a colaboração prestada pela mãe;

-o de tentar permanecer numa posição reflexiva e não ativa, e apenas responder quando solicitado, ou então em situação de emergência."

Para o pesquisador-observador a busca do melhor posicionamento no campo passa pelo desenvolvimento obrigatório da função de escuta.

É possível destacarmos da experiência de observação de bebês uma infinidade de aprendizados no campo das relações humanas. Mélega (1993), aproveitando sua larga experiência com supervisão de grupos de observadores, publicou um interessante estudo sobre as diversas possibilidades de foco quando se observa a relação mãe-bebê. Podemos estudar a trajetória do bebê, do grupo, da mãe, e principalmente do observador.

Obviamente aproveitamos para o presente

trabalho a experiência observacional que emerge essencialmente do método de observação da relação mãe-bebê na família proposto por Bick (1964). Assim não propomos uma aproximação "ipis litteris" do método de observação de bebês, mas a possibilidade observacional que o médico pode desenvolver sobre as situações que julgar importante na sua prática, focalizando o campo emocional, e assim enriquecendo sua práxis com o que Balint denominou de prática médica com uma diferença, ou seja mais próximo ao fenômeno psíquico vivo, autêntico e disponível como subsídio para seu trabalho.

15. A ENTREVISTA, SUAS CONDIÇÕES E O FOCO

Ferreira (1980), tomando as partes *entre + vista* do vocábulo *entrevista*, propondo dois significados:

1-*Vista ou conferência* entre duas ou mais pessoas em local pré-determinado. 2-*Encontro combinado*.

Cunha(1986) faz uma retrospectiva etimológica do vocábulo *=entrevista=*. No século XVI referia-se a *peça de vestuário*, mas poderia também estar relacionado a *=entrever=*, que quer dizer *=ver confusamente=*, o elemento etimológico que mais nos interessa relaciona a *=entrevista=* com o *=invisível=*.

De posse destes dados podemos pensar a entrevista como um encontro entre duas pessoas que buscam o invisível, o inaparente entre elas, e que podem guardar um objetivo comum.

Wrenn ao introduzir o livro de Alfred Benjamim (1983), traça um interessante paralelo sobre a entrevista:

"É a entrevista uma ferramenta ou um relacionamento? A entrevista- consegue-se, concede-se ou ela acontece?"

Neste trabalho procurou-se tratar a entrevista como um complemento da observação, uma espécie de ferramenta de coleta de dados.

Observando o médico entrevistar seu paciente e o paciente entrevistar seu médico, pudemos observar que uma entrevista é parte importante do relacionamento.

Não pretendemos reduzir toda a relação verbal entre duas pessoas como sendo uma entrevista. A entrevista é uma forma de se buscar o invisível, o inaparente através da linguagem verbal. Benjamim (1983) entende a entrevista como sendo um diálogo sério entre duas pessoas que buscam um propósito.

Como qualquer acontecimento entre duas pessoas, a entrevista está à mercê do que poderíamos chamar de condições internas e externas das partes envolvidas no encontro.

Os consultórios de família ofereciam, na maioria das vezes condições muito adequadas para a realização das entrevistas com os pacientes. Os médicos colaboravam no sentido de otimizar a entrevista. As vezes tivemos que aguardar o horário

do fim do expediente para que pudéssemos ter uma entrevista mais tranquila com o médico.

Alguns cuidados metodológicos foram tomados, baseados na obra de Benjamim (1978) visando à obtenção de melhor qualidade do material coletado através da entrevista. Estes cuidados foram:

- Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pessoa. Por falar nisso, propositadamente as observações também, assim como a redação do material coletado.

- Procuramos tratar cada consultório de forma diferenciada, sem buscar comparações ou questionamentos "críticos" sobre esquemas, ou forma de funcionamento do consultório. Além disto houve o cuidado acentuado de não fornecer indícios de qualquer forma de reprovação/aprovação por parte do pesquisador sobre quaisquer assuntos.

- O entrevistador procurou mais ouvir que perguntar. Esta postura propiciou após cada contato a formação de uma relação amistosa e cordial entre o pesquisador e o entrevistado.

- O caráter fundamental da entrevista foi investigatório. Utilizou-se parcialmente algum material da observação daquela situação, como roteiro em uma parte da entrevista. O conteúdo do roteiro pode ser encontrado no Anexo 1.

O FOCO DA ENTREVISTA

Para Bachrach (1975), quanto menor o foco de atividade, mais fácil é medi-lo. Podemos ser muito precisos ao estudar a atividade elétrica na membrana celular, mas esta precisão fica bastante prejudicada quando estudamos uma relação entre duas pessoas.

Trinca (1984) nos dá pistas para que possamos lidar com a amplitude de foco que o presente estudo apresenta. Ensina-nos que, se conseguirmos manter um marco referencial, poderemos dar corpo mais consistente ao estudo. E quais seriam nossos marcos referenciais neste trabalho?

1- Como nos limitamos a fazer uma única entrevista, esta ficaria com um caráter de *depoimento*.

2- A presença do pesquisador no campo deve ser considerada dentro do processo de coleta de dados.

3- A privacidade: O processo de entrevistar não é apenas coletar as informações, mas também deixar indícios, para os entrevistados, do uso que será feito do seu depoimento. O respeito pela privacidade começa na sala onde se coletou a entrevista e passa por diversos cuidados que incluem a publicação.

CAPITULO IV

O REFERENCIAL TEORICO

Quando um homem tem conhecimento incompleto da verdade, sente que já sabe o bastante, mas quando ele compreendeu completamente a verdade, tem certeza que falta alguma coisa.

Dogen, 1972, p144

1. POR QUE MICHAEL BALINT?

Revendo os fundamentos da medicina no que diz respeito aos cuidados com a mente, encontramos posturas que podem ser predominantemente biológicas, sociais ou psicológicas. Nenhuma destas isoladamente oferece condições para lidar com o psíquico. Mesmo a postura bio-psico-social proposta por Alexander (1989) precisa de muita investigação e preparação do médico para lidar com algumas situações, sendo que muito ainda está para ser descoberto.

Perestrello (1989) resume sobejamente as modificações ocorridas dentro dos fundamentos da psiquiatria a partir de Freud.

Ensina que a Psiquiatria derivou da Clínica Médica e que, nos primórdios da especialidade, os médicos despendiam longos períodos de discussão sobre as questões diagnósticas. Diz ele:

"...discutindo-se se o caso clínico era de esquizofrenia paranóide ou de parafrenia, se bem que em qualquer das eventualidades a conduta clínica fosse a mesma."

Para o arsenal diagnóstico, a psiquiatria se utilizou primeiramente dos laboratórios de Wundt, que se fundamentava no estudo psicológico atomista (intelectual) dos estados da consciência.

De outro lado, Freud desde de 1892 encontrava relações intrapsíquicas importantes na gênese dos sintomas produtivos das doenças mentais, e escreveu:

"Ora, sucede que a paranóia, na sua forma clássica, é um modo patológico de defesa, como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória. As pessoas tornam-se paranóicas diante de coisas que elas não conseguem tolerar, desde que para isso tenham a respectiva disposição peculiar."

(Freud 1892-9)

A partir de uma compreensão mais abrangente da mente humana, que a psicanálise proporcionou, a doença mental passou a ter significado, como nos diz Perestrello:

"Aquele esquizofrenia, ou melhor, aquele doente com demência precoce, pois era assim que então se conceituava a esquizofrenia. aquela paciente cuja manifestação de vida comunicativa com o mundo quase se cingia a movimentar as mãos, com a sua estereotipia estava contando uma história- a sua história."

Como não é possível contar uma história solitariamente, Balint procurou estudar os comemorativos desta

"brincadeira"-o *contar histórias*-, que ocorre entre o médico e seu paciente, e como Freud, buscou pioneiramente os significados e envolvimento do médico com seu paciente, inclusive nos processos de adoecer.

Balint conseguiu desenvolver uma escola teórica e seus ensinamentos modificaram as diretrizes curriculares em diversos países. A sua obra está presente e atuante através das Sociedades Balint e da Associação Internacional Balintiana, que têm sede em Londres e filiais em diversos países, as quais promovem congressos periódicos buscando o aprimoramento da prática clínica.

Uma vez que este autor, com suas idéias, inspirou-nos para este trabalho e haja vista que seus conceitos serão aqui correlacionados com as situações estudadas, sentimos ser pertinente uma revisão de sua vida e obra, como vem a seguir.

2. ASPECTOS BIOGRAFICOS DE M. BALINT (1896-1970):

Sutherland (1971) oferece um obituário bastante completo deste magistral médico húngaro. Procuraremos destacar alguns pontos de sua vida que nos auxiliam a compreender sua obra.

Quando faleceu, em 31 de dezembro de 1970,

Balint era o presidente da Sociedade Britânica de Psicanálise, um cargo importante e que demonstrava sua extraordinária capacidade de trabalho, apesar de idade avançada e da saúde débil.

Registra que nasceu em Budapeste em 1896, filho de um clínico geral, tendo iniciado sua atividade na mesma profissão que o pai exercia. Após ter interrompido os estudos na universidade em decorrência da primeira guerra, terminou a graduação, em 1920, na Universidade de Budapeste. Casou-se no ano seguinte com Alice e mudou-se para Berlim, fugindo dos ativistas antisemitas.

Começou trabalhando como bioquímico mas sua vida tomaria outros rumos. Em três anos conseguiu doutoramento em bioquímica, e deu início, junto com Alice, tanto ao trabalho em clínica quanto à formação psicanalítica. Hanns Sachs foi seu segundo analista em Berlim, porém antes de terminar a análise com ele, retornou a Budapeste para completar a análise com Ferenczi.

Sutherland lembra que em 1926, Balint tornou-se membro da Sociedade Húngara de Psicanálise. Após a morte de Ferenczi em 1933, Balint tornou-se o diretor da Clínica Psicanalítica de Budapeste. Este autor frisa que Balint demonstrava uma grande liberdade intelectual, assim como uma grande inclinação para ser um pensador independente, e foi nesse momento de sua vida que iniciou o interesse em estudar a relação médico-paciente.

Com a piora da situação política na Hungria, seus seminários passaram a ser frequentados pela polícia. Balint resolveu mudar-se para a Inglaterra, especificamente para Manchester, em 1939.

Alice veio a falecer e Michael ficou só e com um filho num país novo. Porém não se abateu, conseguiu qualificar-se na Universidade de Manchester com uma tese em psicologia intitulada: "*Individual Differences on Early Infancy*". Tentou trabalhar na Escócia com Fairbairn, mas por diversas razões, decidiu retornar à Inglaterra.

Em Manchester casou-se com Enid, mudou-se para Londres envolvendo-se com as atividades científicas e de ensino da Sociedade Britânica de Psicanálise, assim que conseguiu recobrar-se do período de restrições imposto pela guerra. Tornou-se rapidamente um supervisor destacado.

Dentro do espírito liberal de pensamento inglês, procurou, como Ferenczi, supervisionar e analisar os candidatos que o procuravam. Essas atitudes também eram muito criticadas, contudo Balint advogava que desta forma se poderiam desenvolver todas as potencialidades do candidato.

O anseio de criar e de ampliar a participação da psicanálise na medicina levou Balint a ingressar na *Tavistock Clinic* e no *Tavistock Institute of Human Relations*.

A Tavistock encontrava-se em reestruturação,

assim como todas as instituições do pós-guerra na Europa; estava recompondo seu quadro docente e assistencial e desta forma buscou, na Sociedade Britânica de Psicanálise, alguns analistas e candidatos interessados na nova proposta.

Essa proposta enfatizava os estudos das relações interpessoais, suas origens e desenvolvimento na família, sua natureza dentro do grupo e os diferentes tipos de organização.

Balint, tornou-se membro da clínica de 1948 a 1961, sendo afastado apenas por ter atingido o limite de idade.

Durante o período de 1948 a 1953 dedicou-se ao "*Family Discussion Bureau*", para onde trouxe suas importantes contribuições na área da Saúde Mental. Esta unidade era formada por assistentes sociais cuja líder era Enid, sua futura esposa. Através dos seminários Balint desenvolveu novos pontos de vista que propiciaram a formação de um pensamento original e pioneiro na prática clínica.

Escreveu sua obra mais conhecida, "*The doctor, his patient and the illness*", que apresenta um conteúdo revolucionário, e esmerado estilo literário, apesar de escrito em uma língua estrangeira.

Quando saiu da Tavistock, Balint entrou na University College Hospital, onde deu continuidade aos seus estudos com os médicos gerais, além de manter-se no ensino da

Psicologia Médica.

Com sua esposa, Balint viajou por muitos países divulgando e aprofundando as idéias dos "grupos Balint".

Ele pode ser responsabilizado por ter modificado a face da medicina Britânica. Para Sutherland, os médicos de família podem atestar isto.

Balint também destacou-se como um psicanalista que trouxe importantes contribuições teóricas. Foi um dos pioneiros a apontar a **relação mãe-bebê** como ponto de partida das futuras consequências emocionais do indivíduo. Contemporâneo de Klein, Balint procurou, dentro da compreensão Kleiniana, desenvolver suas idéias, andando paralelamente às de Winnicott e Fairbairn, trazendo importante contribuição às **teorias das relações objetais**.

Sutherland termina assim suas considerações sobre Balint:

"his liberality endeared him to a wide circle of friends, colleagues and students throughout the world who will remember him with gratitude and affection."

3. FRAGMENTOS DA TEORIA BALINTIANA

3.1. INTRODUÇÃO:

Assim como Fadiman e Frager (1979), pensamos que um grande teórico pode isolar e esclarecer certos aspectos particulares da natureza humana e, quando se referem a estes aspectos podem estar muito corretos, a menos que desejem tornar a sua teoria a única e absoluta. Balint não foi assim. Seu trabalho sempre esteve sintonizado com sua personalidade, não deixando dúvidas de que sua busca era a de contribuir para uma melhor assistência ao sofrimento humano. Isto pode ser comprovado com a leitura de suas publicações (Sutherland 1971).

Balint trouxe contribuições a várias áreas do saber humano. Procuramos nesta sucinta exposição, focalizar alguns aspectos de sua teoria relacionados à relação médico-paciente.

Estes conceitos são resultado de muitos anos de pesquisa com médicos gerais. Para uma compreensão mais completa sugerimos a leitura dos originais de Balint. Esta linha teórica está principalmente publicada nas obras: "*O médico seu Paciente e a Doença*" (Balint 1988) e "*Seis minutos para o paciente*" (Balint e Norell 1978).

Os seminários organizados na Tavistock com o intuito de estudar as implicações psicológicas na clínica geral foram coordenados por Balint e Enid.

O tema inicial da discussão versava sobre qual a substância é mais frequentemente utilizada nos atendimentos médicos. Concluiu-se que do ponto de vista psicológico a droga mais frequentemente utilizada é o próprio médico. Contudo não havia, na década de cinquenta, uma "farmacologia" disponível sobre esta droga. Balint procurou tecer os primeiros passos para a compreensão desta ciência que continua em aberto.

Para estudar organizadamente as ações da droga =médico= fazia-se necessário o desenvolvimento de uma organização metodológica. Balint tinha nesta época uma formação psicanalítica, e provinha de um "subgrupo" da Sociedade de Psicanálise de Londres que estava se consolidando em torno dos conceitos Kleinianos conforme capítulo anterior.

Balint procurou uma metodologia que privilegiasse a postura do profissional, a necessidade de este desenvolver-se internamente dentro das idéias Kleinianas e das diretrizes da Tavistock (abordagem familiar e grupal).

Os grupos foram formados com um compromisso determinado, reuniões semanais, numa mesma hora confortável para todos, com uma tarefa clara: "**estudar as implicações psicológicas da prática em clínica médica.**"

O grupo se propunha a reunir-se pelo menos por dois anos, porém, como na situação analítica, não se limitava a este tempo.

Balint procurava um "clima" de abertura para o método de "associações livres"; os relatos não eram escritos e desta forma não eram secundariamente elaborados (intelectualizados) o que lhes conferia um caráter de liberdade e transparência. Diferentemente da situação analítica, não eram associações livres, mas relatos de situações de trabalho.

Partia do princípio que entre médico e paciente ocorrem muitos fenômenos psicológicos nem sempre aparentes e detectados, mas que podem estar na gênese do sucesso/fracasso da intervenção terapêutica.

Num primeiro momento Balint procurava auxiliar os médicos a se habituarem com atividades que desconheciam ou seja:

1-Estudar implicações psicológicas;

2-Observar os fenômenos psíquicos e

3-Conceber um método apropriado para efetivar tais tarefas.

A partir do material dos relatos, Balint visava a um estudo sobre a sempre mutável relação médico-paciente, ou seja a farmacologia da substância "médico".

3.2. O PROBLEMA DO DIAGNOSTICO

3.2.1. Introdução:

Quem já se consultou com um médico ou já atendeu pessoas com queixas de algum tipo de sofrimento, pode atestar que nem sempre este encontro é satisfatório. Mas o que existe nesta relação que possa conduzir a mais transtornos que o existente? Admitindo-se a existência de transtornos como se pode diagnosticá-los? Foram com estas questões que Balint procurou trabalhar com os clínicos.

Observando os relatos dos médicos, Balint percebeu diferenças essenciais. Alguns limitavam-se a reproduzir os comemorativos médicos com uma linguagem técnica reproduzível por qualquer um que não tivesse participado da situação. Outros, porém, procuravam também focalizar algumas de suas vivências, mas procurando descaracterizá-las, como sendo resultado de uma experiência pessoal e casual. Iniciava-se assim um primeiro plano diagnóstico: o da observação do próprio médico na sua atividade em direção a um encontro/desencontro com seu paciente.

Através dos relatos iniciais e com o desenvolvimento da pesquisa, Balint foi percebendo a necessidade de se poder diagnosticar em diversos níveis, e também procurar um diagnóstico que não é facilmente encontrado: o diagnóstico progressivo do próprio médico, a forma de encarar a doença e, portanto, o diagnóstico da doença e, a partir daí, o diagnóstico da situação de doença.

Balint observou que a doença insere-se na vida do doente com uma função psíquica determinada: auxiliar a

pessoa a lidar com os conflitos emocionais. Quando o médico pode ter a oportunidade de ver estes pacientes na fase de organização da doença, pode diagnosticar a imensa variedade de "doenças" que o paciente procura para instalar-se. Isto resulta em dificuldades nosográficas para a medicina, e consequentemente transtornos para a aceitação do paciente num plano estritamente médico.

Com o diagnóstico da função da doença pode-se aceitá-la, e a partir daí um novo compromisso pode se estabelecer. O manejo desta função leva ou não à cura, ou a um outro caminho para o sofrimento, ou seja, a cronificação, a escolha pela doença e o pedido para que o médico a aceite.

3.2.2. OS NIVEIS DIAGNOSTICOS

Quando Balint procurou investigar as implicações psicológicas do encontro entre médico e paciente, constatou durante o desenvolvimento dos seminários, que o nível diagnóstico também se desenvolvia, buscando aprofundamento e amplitude mais compatíveis com uma abordagem mais abrangente.

3.2.2.1. Nível do diagnóstico **TRADICIONAL**

Neste nível o diagnóstico é *centrado na doença*, na medicina tradicional, nas importantes contribuições da biologia, estatística e demais ciências que dão

suporte para o estudo natural das doenças.

Neste nível diagnóstico o médico procura colocar a enfermidade dentro de uma história natural pré-estabelecida, que tem, inclusive, linguagem própria. Se examinarmos a questão da linguagem, por exemplo, podemos verificar como o médico que não observa o mundo emocional pode incorrer num equívoco ao acreditar que sua linguagem é universalmente conhecida. Por exemplo:

Bronquite para o médico pode simplesmente ser uma afecção pneumônica de fácil resolução, mas para o paciente ansioso, a bronquite é uma afecção desconhecida e terrível que, por exemplo, acometeu um parente seu e o levou a sofrer intensamente, pois ele (paciente) não conhece os diversos tipos de bronquite.

No diagnóstico tradicional encontramos uma função dupla:

1-No nível intelectual poder dar um rótulo a uma afecção que possa indicar uma etiologia, um processo etiopatogênico, um prognóstico e um tratamento.

2- No nível emocional poder dizer o que aquela pessoa tem, e assim poderem, médico e paciente, manejar a ansiedade que os estados mórbidos despertam.

O diagnóstico tradicional lida com um conceito

abstrato = a afecção ou doença =, e não com a pessoa. Muitos dados, mesmo que investigados pelo médico, não são considerados neste nível diagnóstico. Pouco importa se, associado à gastrite, coexista impotência sexual por exemplo, a gastrite é uma entidade nosográfica distinta da impotência sexual, mesmo que estas acometam a mesma pessoa e que estejam relacionadas ao mesmo sofrimento.

Uma outra questão muito freqüente quando se faz apenas o diagnóstico tradicional, é o risco de ser este utilizado como defesa contra os conflitos emocionais subjacentes à afecção.

É importante salientar que o diagnóstico tradicional não pode ser dispensado, sua importância é fundamental no atendimento médico.

3.2.2.2 Nível do Diagnóstico Geral:

Para Balint o diagnóstico deve buscar uma compreensão das pessoas numa dimensão profissional, ou seja, além do senso comum. Esta compreensão deve incluir os relacionamentos do paciente, inclusive com seu médico, além das ansiedades específicas ligadas aos sintomas e sinais.

O diagnóstico geral difere do tradicional por ser sempre mutável; pode, com o decorrer dos encontros entre o médico e seu paciente, ser ampliado e/ou modificado. Neste nível

diagnóstico as ações do médico não são baseadas nas estatísticas, e na história natural das doenças, mas na vida como um todo do paciente.

A principal vantagem do diagnóstico geral sobre o tradicional está relacionada com a inclusão da vida emocional como elemento diagnóstico. Desta maneira a visão que o médico obtém de seu paciente é resultado da individualização das condições psíquicas que o enfermo traz para a consulta. Munido destas informações, o médico pode fornecer um tratamento e um prognóstico mais fidedigno e confiável.

Neste nível o diagnóstico não é centrado na doença, mas no doente.

Para que o médico possa realizar o diagnóstico geral é necessário desenvolver a capacidade de observar e de ouvir.

3.2.2.3. O nível do diagnóstico centrado no INTER-RELACIONAMENTO

Acrescido às modalidades anteriores, este nível vem auxiliar o médico na sua conduta terapêutica. O diagnóstico aqui é centrado na relação médico-paciente e ocorre sempre que ambos sentem que o interior do distúrbio da paciente foi tocado. Para isso é necessário que o médico e seu paciente estejam muito interessados em ajudar e serem ajudados; quando, por exemplo, as perguntas do médico não sejam sentidas como inquisições para a

elucidação de fatos, mas sejam entendidas como estímulos para respostas emotivas.

Para se compreender este nível diagnóstico se faz necessário uma noção do que Balint e Enid denominaram de **FLASH**. Não é propósito deste estudo aprofundar esta noção, assim remetemos o leitor interessado à fonte teórica em: "*Seis minutos para o Paciente*, Balint e Norell 1978.

3.3. O ENCONTRO:

O QUE O PACIENTE TRAZ E COMO O MÉDICO RESPONDE

Existem situações médicas bastante angustiante que, por serem muito frequentes, merecem um exame mais detalhado. Balint (1988) ilustra tais episódios com exemplos de casos clínicos.

Procuramos tratar estas situações de uma forma genérica de tal sorte que possa ser mais sucinta e aplicável a outras situações.

Quando um paciente vem à consulta angustiado com queixas diversas, o exame médico (tradicional e os complementares) não fornecem o diagnóstico clínico. a situação pode caminhar para um impasse. O médico, apesar de **responder** às solicitações com o arsenal de que dispõe, muitas vezes encontra no paciente uma recusa à sua ajuda, ou melhor àquela ajuda e, insistentemente, refaz queixas como se desesperadamente necessitasse de muita ajuda. Ao mesmo tempo em

que recusa, clama por ajuda do médico.

Balint diz que o médico pode reagir com sentimentos de culpa e impotência, pois seus esforços, apesar de terem sido tecnicamente impecáveis, mostraram-se inoperantes.

Do outro lado o paciente "oferecendo doenças ao médico", não se sente compreendido:

"Mas doutor a máquina que fez o exame deve estar errada, ou, logo comigo não forneceu o resultado correto".

Essa máquina, podemos pensar, é o próprio médico. Sabemos que as máquinas não têm ouvidos, apenas podem medir.

A concepção de doença que o médico constrói através de sua vida, pode ser um agente iatrogênico para a vida psíquica do paciente. Muitas vezes a forma com que o médico conduz sua linguagem e a do seu paciente pode determinar catástrofes na relação médico-paciente. Balint estudou algumas situações exemplificadas através de ilustrações clínicas.

A conclusão diagnóstica do tipo:

"O senhor não tem nada, seu exames demonstram que sua saúde é exemplar",

Em absoluto reflete o pedido insistente de ajuda frente à dor que aparece em órgãos medicamente inaudíveis.

Devemos também considerar que quando o médico geral se depara com diagnósticos fronteirícios com a psiquiatria, a ajuda que a nosografia psiquiátrica oferece é de pouco valor para a relação médico - paciente; em muitos casos cria adversidades para a conduta terapêutica (excesso de prescrição de antidistônicos, por exemplo) comprometendo o acompanhamento da evolução do paciente.

Para que uma relação médico-paciente possa ser um "encontro" é necessário que o médico esteja disposto e preparado para acolher as queixas de seu paciente, e que o paciente, por sua vez, esteja interessado em ser ajudado, ou possa ser sensibilizado para permitir que o médico se aproxime e possa compreendê-lo.

Balint afirma que quando porventura o médico não disponha de espaço psíquico para acolher as doenças de seu paciente o encontro dificilmente logrará êxito, não importa quais as razões do médico. Da mesma forma, se o paciente não "auxiliar" o médico neste processo de ajuda, também o encontro será difícil e exigirá muito mais deste último.

O encontro a que Balint se refere entre o médico e seu paciente não é um processo estático, mas com sucessivos encontros e desencontros. Somente podendo superar as diferenças, os dois poderão conseguir uma boa relação médico-paciente. Isto tem um valor clínico imenso, como afirma Balint:

"...as respostas do clínico às ofertas do seu paciente, ou aos sintomas de apresentação, são um fator contribuinte altamente importante para as vicissitudes da doença em desenvolvimento."

Os médicos preferem geralmente o diagnóstico físico-biológico, utilizando-se para isso os rótulos da nosografia médica aprendido com seus professores especialistas. Em parte porque o médico não foi preparado para outra aproximação diagnóstica, nem dispõe de uma terminologia técnica e, principalmente, porque tais diagnósticos podem se aproximar muito do senso comum para aquele que está desavisado.

O diagnóstico tradicional como vimos, traz muitas "vantagens" para o médico; para esta aproximação há sempre uma terapêutica racional pré-estabelecida e, junto a ela, uma justificativa para seu insucesso:

"...como mostra a literatura, X% das pessoas que se submetem a este tratamento são refratários, infelizmente o senhor está nesta minoria."

Com o diagnóstico geral dificilmente o médico encontra uma terapia racional pré-moldada para o paciente e, abordando também aspectos psicológicos o médico despreparado sente que está "pisando em ovos" à frente de cada situação emocional difícil que seu paciente lhe propõe. Priorizando o

biológico, muitos médicos deixam de atender seus pacientes, ensina Balint:

"Há uma crença, absolutamente infundada, de que as doenças físicas são mais importantes que os problemas da personalidade. O resultado deste modo de pensar é o que chamei "eliminação pelos exames físicos apropriados" e a "ordem hierárquica" de doenças e pacientes."

3.4. É TAREFA DO CLINICO TER OUVIDOS PARA OS SINTOMAS EMOCIONAIS?

"...desde o começo, tentativas terem sido feitas para encurtar análises, tais esforços não exigiam justificação, podiam alegar que se baseavam nas mais fortes considerações de razão e conveniência. Provavelmente, porém, havia também em ação neles algum traço de desprezo impaciente e que a ciência médica de dias anteriores encarava as neuroses como conseqüências importantes de danos invisíveis. Se agora se tornou necessário atendê-las, deveríamos pelo menos, livrar-nos delas tão rapidamente quanto possível."

(Freud 1937)

O médico difere do curandeiro por várias

razões: por ter tido um treinamento científico, por estar legalmente habilitado a atender o sofrimento humano; por ter assumido um compromisso moral com o bem-estar daquele que o procura para atendimento e principalmente por oferecer algo mais que o senso comum.

O que os pacientes buscam no médico? Certamente alívio para seu mal. Nem sempre este mal é especializado como a medicina, não está necessariamente circunscrito a um sistema ou aparelho exclusivamente biológico, donde concluímos que, para o paciente, importa menos a especialização do médico se considerarmos sua necessidade de lidar com seu sofrimento. Isto em hipótese alguma despreza a necessidade do desempenho técnico do profissional de saúde,

A escola médica aparelha o indivíduo principalmente na dimensão técnico-biológica. Como vimos, o médico é capacitado para o diagnóstico que Balint chamou de "tradicional" que conduz a uma terapêutica dirigida pela razão. Mas o que fazer com situações irracionais?

Freqüentemente o que observamos é o médico a defender-se da aproximação emocional com seu paciente. Suspeitamos que para esta atitude existam muitos motivos, gerais e próprios do médico, mas, de qualquer forma, é uma responsabilidade ética conduzir, no mínimo, uma investigação sobre o sofrimento do seu paciente.

Quando um clínico geral suspeita de um

processo patológico que requeira cirurgia, por exemplo, é sua obrigação ética conduzir uma investigação diagnóstica e o consequente encaminhamento do interessado a um cirurgião, que poderá realizar a intervenção necessária para a recuperação desse paciente. No que diz respeito à vida emocional, nem sempre é assim que acontece. Na Faculdade de Medicina o futuro profissional aprende a auscultar o tórax, a apalpar e percutir órgãos internos, mas nem sempre aprende a escutar seu paciente.

Balint demonstrou que o sofrimento biológico não é isolado da vida emocional e, mesmo que o médico não se comprometa com as necessidades psíquicas de seu paciente, ele irá sofrer tensões adicionais em seu trabalho, em decorrência de sua "surdez" às solicitações emocionais de quem o procura. Balint sugere que os médicos se sensibilizem para esta necessidade, pois assim poderão equipar-se para que no mínimo possam encaminhar adequadamente o tratamento de seus doentes.

3.5. UMA LEITURA PSICOLOGICA DO ENCAMINHAR DESAJUSTES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Balint assinala que encaminhar problemas da relação médico-paciente a especialistas pode conduzir a uma avalanche de consequências desastrosas. Pacientes difíceis que conduzem o médico a investigações diagnósticas sofisticadas e cujo conhecimento técnico não soluciona, muitas vezes são encaminhados a especialistas sem que o profissional possa verificar os fatos que estão determinando um fracasso das ações médicas. Muitas vezes o que pode estar submerso como empecilho

para o esclarecimento do caso é uma crise de confiança, e de utilização da relação entre o médico e seu paciente e vice-versa.

Numa visão bastante crítica, Balint assinala que a entrada do especialista na relação médico-paciente é um fato novo que nem sempre traz consequências construtivas, mas pode ser um fator precipitante para a falência da terapêutica instituída, se é que alguma terá chegado a ser estabelecida.

O clínico geral depara-se, com frequência, com pacientes que não podem ser abordados exclusivamente com o diagnóstico tradicional. Quando da discussão dos níveis diagnósticos, mesmo que o clínico consiga elementos que se aproximem do nível geral proposto por Balint, nem sempre eles são úteis para o tratamento do paciente.

Muitos fatores podem estar associados a este fato. Balint destaca que a falta de convicção do médico sobre seu diagnóstico pode gerar uma imobilidade em sua conduta; pode também ocorrer que, por força do paciente que paralisa o raciocínio livre do médico, utilizando aspectos transferências através de identificações projetivas (mecanismo descrito por M. Klein em 1946, vide Klein 1946); muitas vezes isso se deve à não-aceitação da tarefa psicológica em seu papel de médico, nessas condições frequentemente o médico acaba encaminhando seu paciente para um especialista, que nem sempre é o mais indicado para lidar com a vida emocional, mas para encontrar algo que ele, médico, não pôde encontrar, quase livrar-se do que não aceita e/ou não suporta.

Muitos encaminhamentos podem ocultar diversas finalidades emocionais que estão inseridas na relação médico-paciente, no exemplo de conseguir um diagnóstico diferente do tradicional, mas que nem sempre seja próximo ao diagnóstico geral. Em outras ocasiões o encaminhamento é feito para satisfazer o paciente em suas necessidades de confirmação de doença orgânica mensurável, para as quais o médico sente não ter suficientes elementos para uma argumentação segura:

"Como o senhor pode constatar, mesmo o especialista afirma que o senhor não tem nada."

Estando a cargo de vários médicos, tanto o médico encaminhador como o paciente não precisam responsabilizar-se pela doença, tampouco enfrentar os conflitos que porventura estejam subjacentes aos sintomas.

Observamos que o encaminhar a um outro médico não tem sido, na grande maioria dos serviços públicos, uma forma de atender melhor o paciente, mas sim uma forma de não conduzir à responsabilidade do atendimento. Reconhecemos que muitas questões estão envolvidas nesta situação, e não é tarefa deste trabalho enumerá-las. Contudo não podemos deixar de citar tais acontecimentos como ocorrências presentes na prática médica e demonstram que muitos fatores emocionais estão associados ao encaminhamento na prática médica. Sem dúvida, a relação médico-paciente não é a única responsável, mas, sem dúvida, também, nesta relação é que podem ser sentidas, com mais intensidade, as

consequências de um encaminhamento desastroso.

Um encaminhamento desnecessário pode resultar em investigações propedêuticas sofisticadas, com grande desperdício de tempo, de dinheiro, além de expor, o paciente, muitas vezes sem necessidade, a procedimentos médicos violentos que podem deixar sequelas físicas e/ou emocionais.

Balint relata que muitos médicos procuram se defender do envolvimento emocional com seus pacientes, utilizando-se do modelo da relação professor-aluno que ele, médico, procura estabelecer com o seu colega especialista. Este modelo, que provém dos tempos de faculdade, onde os professores são especialistas, acaba sendo em alguns casos a única opção do médico. Com isto médico e paciente acabam vítimas do que Balint denominou de **"Conluio do Anonimato"**. Nem médicos nem pacientes assumem a doença e as decisões podem se dar diluidamente. Balint enfatiza a ambivalência nestas situações:

"A divisão de parte da carga de responsabilidade, o especialista que oferece conselhos superficiais e o clínico geral descontente e paralisado por seu respeito ambivalente."

Os pedidos para avaliações especializadas são um ótimo indicador dos problemas que envolvem o **Conluio do Anonimato**. Botega(1989) estudou os pedidos feitos ao setor de Interconsultas Psiquiátricas da Unicamp. Ele comprovou que os

médicos insistentemente se utilizam deste recurso para uma diluição de suas responsabilidades.

Não havendo clareza e objetividade nos pedidos, acumulam-se queixas neste sentido. De um lado, especialistas que desaprovam os encaminhamentos queixam-se de estes serem vagos e inoportunos na grande maioria. De outro lado os clínicos queixam-se de não terem obtido, dos encaminhamentos, as respostas que esperavam. A principal consequência é o paciente estar no meio de tudo, sendo polimanipulado e continuando doente.

3.5.1. O TRIANGULO COM O ESPECIALISTA:

O Conluio do Anonimato

Balint aponta três eixos onde se instalam uma excessiva tensão neste triângulo:

1-Uma tendência a diagnosticar apenas o biológico mensurável, desvinculando o paciente do todo de seu ser.

2-Quando a situação requer a opinião de vários especialistas instala-se um "conluio do anonimato", ninguém é responsável pelos procedimentos.

3-A relação entre o clínico geral e o especialista tem uma característica confusa para muitos clínicos: Mantém-se a tendência de ser uma relação tipo professor-aluno.

Quanto ao problema do diagnóstico biológico, ele foi tratado quando da discussão sobre os níveis diagnósticos.

Relativamente ao conluio do anonimato, Balint sugere que a solução inclua a gerência do acompanhamento médico pelo clínico geral. É necessário que o clínico disponha de posição de independência e possa ter, dos especialistas, colaboração.

Balint demonstrou que quando um clínico admite necessitar de ajuda, ele já passou por questionamentos pessoais e também deve, antes de formalizar o pedido, verificar possíveis "manipulações" por parte de seus pacientes. Caso contrário, o médico geral se torna um especialista; Balint ilustra através de uma observação jocosa este problema:

"Um clínico geral, de muita experiência e um pouco desiludido, disse-me o seguinte: 'atualmente, o médico necessita conhecer umas vinte receitas e uns trinta endereços de especialistas'."

Balint faz uma longa análise da dificuldade que o clínico geral encontra para encaminhar as situações relacionadas aos entraves emocionais diagnosticados em seus pacientes.

Encaminhar ao psiquiatra não é tarefa simples. O médico precisa ter algum conhecimento da vida

emocional e deve ter ouvidos para identificá-la, assim como para valorizar sua relação com os sintomas e sinais relatados pelos pacientes. Como a medicina trata de forma pedagógica a doença física, a tarefa de identificar qual o segmento que necessita de auxílio é simplificada. Abordar conjuntamente aspectos emocionais é acrescentar dificuldades diagnósticas. Ao psiquiatra cabe apenas o encaminhamento da loucura nosologicamente conhecida e esta dificilmente chega aos consultórios de medicina geral, a não ser nas suas fases iniciais e obscuras.

3.5.2. A relação com o Psiquiatra

Balint faz algumas considerações sobre a relação clínico geral-psiquiatra. Diz que a nosografia psiquiátrica não auxilia muito o médico. Nos relatórios que conduziu em seus seminários, Balint não encontrou muita orientação útil, principalmente quando se tratava de situações psicológicas.

Quando o médico geral pede uma biópsia ou um exame de sangue, está apenas solicitando uma verificação de uma suspeita de algo que está inserido em seu raciocínio clínico; o que vai ser examinado é um fragmento do paciente. Por outro lado, ao pedir um exame psiquiátrico o médico acaba correndo o risco de ser mal entendido pelo paciente, que não se sente "louco". O trabalho psiquiátrico também ameaça o clínico. Para muitos psiquiatras, a psicoterapia é propriedade exclusiva da psiquiatria, e nenhum "profano" poderá se utilizar disto. De

outro lado o clínico teme perder seu paciente, pois pode estar se defrontando com psicoterapeutas que dispensam realmente o clínico.

3.5.3. Algumas dificuldades do encaminhamento ao especialista

Balint resume assim alguns dos mais importantes fatores do triângulo clínico geral-paciente-especialista que às vezes tornam desnecessariamente tensas as relações entre eles:

"1- Preferência pelo diagnóstico de enfermidades físicas e a tendência a recomendar, sempre que possível, tratamentos físicos ou cirúrgicos, mesmo quando este procedimento não seja plenamente justificado.

2- O excessivo peso da responsabilidade, frente à qual cada uma das três partes reage derivando parte desta responsabilidade às outras duas, atitude da qual resulta um conluio do anonimato quase que institucional.

3- A perpetuação da relação professor-aluno entre o clínico e o especialista, bem além do que seria compatível com a realidade.

4- A falta da utilidade de muitos relatórios de especialistas, particularmente quando se referem a aspectos psicológicos, sendo que os relatórios psiquiátricos não constituem exceção à regra. "

Conclui Balint:

"Uma transformação positiva de fato apenas pode constituir resultado da pesquisa de longo alcance sobre a patologia da personalidade total, em relação ao que foi descrito anteriormente como nível de diagnóstico mais profundo...ninguém a não ser o clínico geral poderá desenvolver a pesquisa."

3.6. O PROBLEMA DA ABORDAGEM PSIQUICA PELO CLINICO GERAL

O que se espera do clínico e o que ele realmente faz por seus pacientes?

Ao observarmos atentamente a rotina de um consultório de clínica geral, podemos verificar que boa parte do trabalho do médico é psicoterápico. Mesmo que não tenha aprendido na Faculdade de Medicina, o médico é chamado a intervir em situações emocionais, queira ou não, quer detecte, quer não.

A questão do tempo é freqüentemente evocada para justificar a dificuldade do clínico para abordar aspectos emocionais da vida do paciente. Balint demonstra que isto decorre de uma atitude do médico que, embora não conseguindo vislumbrar a relação com seu paciente a longo prazo, insiste em entender que para abordar questões psicológicas é necessário um espaço de tempo longo para cada encontro. A isto se somam

fantasias do médico de que o paciente medicamente difícil carrega consigo dificuldades que o médico terá necessariamente que carregar. Por exemplo: Um paciente psiquicamente "grudento" irá certamente grudar no médico, tornando sua vida um grande aborrecimento.

Outros autores aprofundaram-se nesta matéria (Perestrello 1962, Hoirisch 1976, Tāhkā 1988, Perez-Sanches 1983); serão citados quando dos comentários das situações observadas.

3.7. A "PSICOLOGIA DO SENSO COMUM"

Ao deparar-se com situações de ansiedade e/ ou depressão, o clínico pode recorrer a um caminho "mais fácil" e conhecido: a **farmacoterapia** mesmo que sua intuição aponte para outras possibilidades. O uso abusivo de ansiolíticos e, mais recentemente, de antidepressivos, demonstram que este caminho tem sido o escolhido para "resolver" algumas situações que são pouco responsivas às drogas. Não estamos advogando a inutilidade dos remédios, mas assinalando que não são uma panacéia para todas as síndromes ansiosas e/ ou depressivas.

Alguns clínicos, que para Balint são melhor intencionados, cansam-se desta prática e procuram fazer uma psicoterapia em alguns pacientes que selecionam. Mas psicoterapia não é ensinada em Faculdade de Medicina, então o médico busca na "psicologia do senso comum" as respostas de que não dispõe. Chama a isto de apoio e aconselhamento, uma

conversa "franca" que procura reconfortar o paciente. Balint ironiza assim este tipo de procedimento:

"Mas reconfortante para quem?"

Entram em cena os defensores da psicologia do senso comum: *Férias, mudar de emprego, dominar os nervos, não levar as coisas muito a sério, abandonar o lar, casar-se, não se casar, ter um filho, não ter filhos, ter isso ou não "esquentar" a cabeça com aquilo.* Balint assinala que estas recomendações não são em tese inadequadas, mas parecem simplificar algo que nem sempre é tão simples.

O clínico geral dispõe de um campo imenso de trabalho, que é a relação com seu paciente a quem só ele, em determinadas situações, pode ajudar.

A Psicologia do senso comum oferece muito pouco subsídios para um trabalho fundamentado e dirigido a resultados efetivos; e além disso conhecemos muito pouco sobre o dinamismo e as consequências do "conforto" e do "aconselhamento", que são, para Balint, a forma mais frequente de abordagem psicoterápica dos clínicos gerais. E é nessa situação que mais se administra a droga **MEDICO**.

Também é importante salientar que Balint não critica o fato de os médicos aconselharem ou procurarem apoiar seus pacientes, mas aponta o fato que isso, quando feito sem bases sólidas, sem um diagnóstico, nem um planejamento, leva a

droga médico a ser usada empiricamente, podendo trazer efeitos colaterais difíceis de serem manejadas "a posteriori".

Citando uma experiência num Hospital Militar quando servia na primeira guerra, Balint ilustra com clareza seu ponto de vista. Nesta instituição militar, Balint conviveu com um médico oficial responsável por uma enfermaria, e que tinha a seguinte orientação:

"Se as queixas eram na cabeça, no pescoço ou nas pernas utilizava-se aspirina, se era no tórax usava-se codeína, agora se as queixas eram abdominais era indicado o carvão medicinal. Caso os pacientes não melhorassem eram removidos para outra enfermaria."

O conselho e o apoio, assim como a codeína e a aspirina têm uma eficácia comprovada quando administrados com critério diagnóstico e controle clínico. A tosse é importante defesa contra a estagnação de secreções brônquicas; cortá-la sem uma avaliação minuciosa, pode significar um agravamento da doença. O mesmo se aplica com medidas ansiolíticas, assim como com a droga médico que se está administrando.

Balint verificou nos seus seminários o quanto em muitas situações de ansiedade intensa, o esclarecimento da situação subjacente fora necessário e suficiente para debelar a ansiedade.

3.8. COMO ABORDAR A VIDA EMOCIONAL?

QUE INSTRUMENTAL É NECESSÁRIO?

Para o diagnóstico tradicional o médico tem uma atitude ativa e é bem treinado na faculdade; o paciente mantém-se "passivo" e colaborador. A anamnese é uma arma diagnóstica imprescindível para o médico. Utilizando do relato de um clínico, Balint introduz assim o problema:

"...um médico recordou a primeira anamnese que havia colhido quando ainda conhecia pouco a rotina correta. Uma vez redigida, leu-a ante toda a classe. Apenas havia começado, o professor o interrompeu: 'desculpe, mas não podemos ficar aqui toda a manhã. Quase toda a história é irrelevante para o diagnóstico'."

A anamnese é uma espécie de zona limítrofe entre a situação **unipessoal** (onde o médico examina o paciente buscando estabelecer um diagnóstico) e a **relação bipessoal** que é indispensável para o diagnóstico "mais profundo". Para o diagnóstico tradicional, o médico constitui uma "estruturação da relação bipessoal de acordo com o padrão físico". Tem na anamnese dirigida um instrumento diagnóstico que auxilia a circunscrever, a partir da queixa, as síndromes onde a patologia deverá ser identificada ou inserida.

O médico interessado em executar um exame

psicológico, nem sempre dispõe de uma sistematização e estruturação diagnóstica satisfatória, então acaba recorrendo ao senso comum. Vai buscar em suas próprias experiências, os modelos e esquemas diagnósticos-terapêuticos que julga necessários e suficientes para sanar os males de seu paciente.

Balint aponta que o grande arsenal diagnóstico no exame psicológico consiste em desenvolver a capacidade de ESCUTAR. Acrescentaríamos a disposição para OBSERVAR. Escutar é tarefa mais difícil que as técnicas de descontrair o paciente para falar. Balint situa assim o ato de escutar:

"A capacidade de escutar constitui uma nova habilidade, que exige uma modificação considerável, embora limitada da personalidade do médico."

Conseguindo escutar, o médico descobrirá que muitas perguntas são desnecessárias pois as informações que consegue colher estão mais acessíveis em sua mente reordenada pela disposição de observar. Mas para isso é necessário que o médico aceite a relação bipessoal e aprenda a lidar com seus pensamentos e dificuldades emocionais, diz Balint:

"A estruturação da relação médico-paciente sobre o padrão de um exame físico inativa os processos que o profissional pretende observar, pois estes só podem acontecer em uma relação bipessoal."(grifo nosso)

Muitos autores (Balint 1966, Bick 1987, Bowlby 1984, Freud 1909, Klein 1978, Mélega 1990-A, Perez-Sanches 1983 etc) demonstraram a importância que a função de observação desempenha no trabalho clínico. São considerações que inserimos no comentário das situações observadas por nós.

3.9. O PARAR: OS LIMITES DA OFERTA E DA RECEPTIVIDADE

Para que o médico ofereça um espaço emocional a seu paciente, não basta sua intenção e liberdade de oferecer tempo através de entrevistas longas, mas faz-se necessário um redimensionamento de sua postura médica tradicional (unipessoal).

Interromper no momento adequado uma entrevista, oferecendo uma entrevista complementar num outro momento auxilia a dupla, médico e paciente, a estruturar uma relação sadia, além disso o material distribuído em várias sessões dá tempo ao paciente e ao médico para estabelecerem um equilíbrio entre a oferta e a receptividade. Criado o espaço para refletirem o que está sendo comunicado, a solicitação emocional pode ser compreendida. Balint refere-se assim a esta interação:

"A droga médico deve ser administrada em dosagem adequada. É evidente que alguns pacientes não podem tolerar uma dose excessivamente concentrada, mas o efeito terapêutico desejado pode ser alcança-

*do sem graves riscos se a droga é administrada
i n f r a c t a d o s i."* (grifo nosso)

Nos seminários dirigidos por Balint apareceu diversas vezes a indagação: Mas quando interromper uma abordagem emocional com o paciente?

Balint demonstrou que, quando investigamos algumas destas situações, podemos estabelecer relações importantes entre a dúvida do médico e a necessidade real do seu paciente.

Sabemos que, como qualquer intervenção terapêutica, a intervenção psicológica também tem limites. Estes limites são ditados pelas condições da dupla médico/paciente.

3.10. PRÁTICA PSICOTERAPICA:

Na Clínica Geral se encontra um ambiente facilitador?

Na prática de clínica geral é que Balint observou existir um ambiente facilitador para o auxílio emocional, desde que o médico procure construir e preservar este ambiente. Balint descreveu ambulatorios de saúde mental que estavam, na década de cinquenta, sobrecarregados. Dizia que, naquela época, o motivo era o clínico não conseguir ouvir e observar as solicitações emocionais que chegavam ao seu consultório. Balint observou que os pacientes geralmente vão primeiro a um clínico geral:

"Quando um paciente chega ao psiquiatra ou a um consultório da Harley Street, há muito já começou (sua psicoterapia). A decisão de começar foi tomada por ele mesmo ou por um clínico geral; o psiquiatra não interveio no assunto."

O psiquiatra também, quando atende ao problema emocional, enfrenta as diversas formas de resistência do paciente, nem sempre podendo superá-las. Para Balint, o clínico, por outro lado, oferece algumas condições que podem facilitar o manejo de resistências. Ele diz:

"...se um paciente não quer ir ao consultório do psiquiatra, este interrompe a psicoterapia, não há outra saída...já com o clínico geral outras situações podem manter o paciente por perto...o clínico geral pode correr certos riscos, dado que o paciente mantém com ele relações que não são exclusivamente de caráter psicoterápico."

Balint assinala que quando o clínico consegue separar bem suas funções(cuidar do físico e da mente), elas podem se completar. A droga médica pode ser utilizada no consultório de clínica geral com mais frequência e indicação, desafogando inclusive o próprio consultório com problemas que podem se avolumar de acordo com a gravidade dos problemas emocionais do paciente.

3.11. A opção do clínico pela prática psicoterápica

Todo médico apresenta uma preferência por uma determinada área. Especialistas escolhem um "sub-assunto" de sua especialidade e se aprofundam, às vezes supervalorizando essa escolha, diagnosticando e divulgando mais frequentemente seu conhecimento, aplicando-o com maior intensidade e arrojo na sua prática cotidiana.

O clínico geral pode ter uma preferência pela prática cirúrgica, pelos processos diagnósticos da reumatologia ou por atender psicoterapeuticamente. Em seus seminários Balint supervisionou alguns acompanhamentos psicoterápicos, tendo demonstrado que alguns clínicos inclinados à prática psicoterápica conseguem conduzir uma psicoterapia de forma satisfatória.

Desta forma, Balint acabou levantando uma discussão calorosa. Pode o clínico geral acompanhar situações difíceis? Está ele preparado para lidar com a mente?

Os casos que citamos estão nos capítulos XIV e XV do livro de Balint "O médico, seu paciente e a doença". Remetemos o leitor ao texto original, pois não conseguiríamos reproduzir o caso, a não ser através de cópia fidedigna do conteúdo. Não é objetivo desta revisão adentrar nesta discussão.

Este delicado assunto precisa ser citado

apenas como uma preocupação de Balint, e um momento importante no desenvolvimento dos seminários, principalmente no capítulo XV, que apresentou um caso rotulado de "difícil". Gostaríamos de concluir essa observação com a opinião expressada pelo próprio Balint:

"Seja como for, e minha opinião, pelo que vale, é a de que um clínico geral deve pensar duas vezes antes de aceitar tratar de pacientes tão difíceis, e que certamente não deve fazê-lo por conta própria e sem ajuda."

3.12. ALGUMAS PROPRIEDADES DO FARMACO MEDICO

Como qualquer droga que se administra a um organismo, a droga médico também tem propriedades "farmaco ativas". O paciente procura o médico por muitas razões, mas em grande parte por "solicitações emocionais". É nestas solicitações que a droga =médico= é mais ativa. Essa atividade ocorre mesmo que o médico não a perceba; analogamente seria como se o médico estivesse utilizando um novo produto bioquímico e não conhecesse seus efeitos. Como ocorre nos experimentos que buscam desenvolver novas drogas, a principal diferença com estes estudos relaciona-se ao fato de que, no estudo, o pesquisador está constantemente monitorizando seu paciente; e, na prática da medicina geral, a droga médico é frequentemente empregada sem nenhuma monitorização. Veremos isto a seguir.

3.12.1. A Função Apostólica:

Balint verificou que a personalidade do médico fundamenta o poder farmaco ativo da droga =médico=. Quer para a obtenção de efeitos desejáveis quer para a inconveniente situação do desenvolvimento dos para-efeitos. Hoirisch (1976) aprofundou alguns destes aspectos, que abordaremos nos comentários sobre as situações observadas.

Um dos aspectos que Balint estudou da bagagem que o médico traz para sua prática foi denominado de "função apostólica":

"...uma vaga mas quase inabalável idéia sobre o modo como deve se comportar o paciente quando está doente."

É como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes deviam e não deviam esperar e suportar.

Para lidar com situações morais por exemplo, alguns médicos escolheram uma determinada postura que, independentemente de ser adequada, é uma exteriorização de aspectos de sua personalidade.

Balint ilustra a importância do estudo desta função através de um caso supervisionado. Vejamos:

Uma paciente veio à consulta pedir um

atestado que a liberasse do trabalho por quinze dias pois intencionava assim esticar suas férias. O médico que a atendeu não forneceu o atestado, e disse que aproveitou a situação para ministrar um longo discurso moral. Um membro do seminário disse que isto foi leviano e que o colega deveria se utilizar desta situação para enfatizar a responsabilidade social da paciente, enfatizando o caráter patriótico de seu discurso. Outro membro do seminário disse que antes do discurso poderia ser feito um diagnóstico mais abrangente da situação, uma diferenciação entre uma fraude neurótica e o abuso da função médica, visto que se tratava de uma pessoa decente. Cada médico, apoiado em sua estrutura de personalidade pode reagir de forma diferente com um pedido de seu paciente.

3.12.2 Propriedades farmacológicas da droga médico e o mundo emocional

Qualquer uma destas posições nos coloca frente a certas peculiaridades da prática clínica. Que paciente necessita de tal tipo de resposta? Qual a droga a ser ministrada nesse momento?

Na prática médica encontramos o profissional recebendo as ofertas do paciente (queixas, sintomas) e o médico respondendo com seu arsenal geralmente restrito aos cuidados da medicina unipessoal.

Mas como poderia ser diferente, o que significa prática médica? Pode o médico praticar uma outra

medicina?

Webster's (1979) oferece vários significados (Coneise Oxford dictionary) para este vocábulo: "Ação habitual", "exercício habitual de certa arte", "hábito", "trabalho profissional", "disposição", etc... a prática que Balint busca desenvolver com o clínico refere-se a tudo isso, desde o hábito até a disposição artística.

Equipado com o hábito de ouvir, e disposto a praticar uma medicina mais "artística" o médico pode, sem perceber, atender seu paciente através de uma escuta que proporciona uma compreensão do todo da situação e, neste caso a solução se apresenta espontaneamente.

Ao investigar alguns conflitos emocionais que o médico vivencia na sua prática, Balint formula uma observação interessante:

"A função apostólica é utilizada para auxiliar o médico a defender-se do que não suporta".

Para Balint, o médico temeroso, que evita as situações emocionais irá conviver com sérios conflitos. Estes desencadearam uma necessidade de desenvolver recursos emocionais para poder suportar esta prática clínica (conflitiva) sobrecarregando o trabalho médico.

Para Balint este conflito pode determinar a

qualidade do desempenho do médico:

"Este conflito de sentimentos existe em todos os médicos. Todo médico precisa achar uma solução que satisfaça os sentimentos mais importantes e mais aceitáveis para ele, e que ao mesmo tempo frustre ou reprima os menos importantes e menos aceitáveis. Essa reação será portanto sua rotina individual, a qual, embora não absolutamente rígida, de qualquer modo fixa limites visíveis à elasticidade do profissional."

Hoirisch (1976) estudando médicos que adoecem, amplia estas colocações, concluindo com algumas observações sobre a função psíquica da profissão médica:

"O médico só deveria ser médico na relação com seu paciente. Para nossa surpresa, encontramos-lo submerso em seu papel... a pessoa -agente terapêutico oferecido ao paciente- é muitas vezes um falso 'self' enrijecido, como resultado do amálgama identidade-papel."

Por outro lado precisamos considerar que o exame da intimidade psíquica do paciente conduz o médico a uma arena de muito risco, e conseqüentemente emerge uma desconfiança, um "pisar em ovos". O investigar problemas psicológicos implica

em capacidade técnica, sabemos que o curso médico não se ocupa disto. É na prática empírica que o médico desenvolve sua própria técnica por sua conta e risco, cabe acrescentar que também por conta e risco de seu paciente.

Outra razão que dificulta a atitude emocional do médico, repousa em suas próprias limitações psíquicas que as relação bipessoais exigem. Algumas destas dificuldades são descritas por Hoirisch (1976) que observou que muitos médicos se utilizam psiquicamente de seus pacientes:

"...uma pessoa necessita ser médico para dispor de um continente (enfermo), a fim de esvaziar projetivamente as próprias enfermidades manifestas e potenciais."

Quando um paciente procura um médico para, por exemplo, tratar sintomas dispépticos, ele está autorizando o médico a examinar sua vida sexual? Está autorizando-o a explorar sua intimidade? Para Balint esta é uma questão de bagagem e técnica do médico:

"...podemos acrescentar que o enfoque compreensivo e objetivo do médico permitirá ao paciente aceitar a intervenção desagradável, se o médico possuir indispensável técnica, assim os exames poderão ser praticados sem que o paciente -ou o médico- sinta excessivo embaraço ou dor."

Na relação entre médico e paciente também ocorrem processos identificatórios bilaterais. Balint afirma que quando estes processos atingem emocionalmente o médico, podem criar obstáculos para seu trabalho com as dificuldades emocionais do seu paciente. O médico fisicamente não está livre para diagnosticar doenças físicas. Se, por outro lado, o médico apresenta distúrbios emocionais que são tocados pelo paciente, ele, médico, pode defender-se do contato consigo próprio não abordando tais distúrbios. Em psicanálise isto é denominado reações contratransferenciais (Racker 1988).

Assim se expressa Balint:

"De certo modo, quando examinamos o nosso paciente não podemos evitar de examinar nossa própria pessoa, o que equivale a revelar nossas próprias idéias e nossos desejos sobre o que se deve fazer nesta situação particular."

Na formação acadêmica encontramos diversos fatores complicantes à estruturação da identidade do médico (Hoirisch 1970). No contato com estudantes de medicina (Casseb 1986) pudemos observar que de acordo com sua estrutura de personalidade, o estudante de medicina contesta mais ou menos o ensino que recebe. Aqueles que melhor aceitam esta "doutrina" apresentam maiores dificuldades sociais durante o período do curso de graduação, e supomos que terão também dificuldades para abordar a vida emocional na prática clínica.

Esta situação torna-se mais conflitante quando o médico tem que desenvolver uma certeza de que possui as melhores condições individuais e que estas lhe proporcionam as mais brilhantes soluções; assim sua certeza se constitui na convicção de que ele (médico) é infalível. Balint diz que quando o médico está imbuído deste 'fogo apostólico' ele passa a exercer a medicina de modo que busque converter seus 'infiéis' pacientes em doentes sintonizados com a sua 'fé', fundamentada em suas convicções e infalibilidade.

O médico afogado nesta posição não permite um auto - exame. A função apostólica pode, nestas circunstâncias, ser utilizada sem critérios. Balint esmiuça assim este problema:

"Um dos melhores métodos para desenvolver a capacidade psicoterápica do médico consiste em conseguir que tome conhecimento de sua compulsiva função apostólica, abrindo deste modo o caminho para que não a pratique automaticamente em todos os casos."

Outros médicos utilizam-se de uma outra faceta interessante da função apostólica que Balint observou. Diz respeito à necessidade do médico de construir e manter uma imagem muito idealizada =pessoa boa, sempre disponível, digno de confiança e capaz de ajudar=. A manutenção desta idealização é indispensável para o tratamento, contudo a utilização despropositada desta idealização, por exemplo, para fins narcísistas do médico, pode conduzir a relação com o paciente a

desastres.

Se por qualquer razão o médico deseja aliviar a todo custo o sofrimento do seu paciente, pode estar indo em direção a um outro tipo de desastre. Balint utiliza-se de uma analogia com a clínica cirúrgica para demonstrar este problema.

Para ele, quando o médico não suporta os sintomas iniciais de uma apendicite numa apresentação sintomatológica ainda prodrômica, e medica seu paciente com sintomáticos, para aliviar seu sofrimento, pode estar conduzindo seu paciente a complicações pós-operatória, e portanto a um desastre. Da mesma forma se, diante de uma ansiedade proveniente de situações emocionais, o médico se livra dela, com a argumentação que está procurando aliviar o paciente, pode estar introduzindo problemas na doença deste paciente, e possivelmente maiores dificuldades na sua tarefa dentro de seu consultório.

Não basta para o médico o conhecimento racional de que o diagnóstico antecede a uma intervenção terapêutica, pois suas emoções podem conduzi-lo a atropelar a primeira etapa do atendimento médico. Neste caso ele prescreve inadequadamente a droga =médico=. Muitas vezes o que está por trás disso é a função apostólica. Balint aponta uma observação, que entendemos oportuna:

"Em conjunto, há muito de verdade na paradoxal

afirmação de que o "conforto" e o placebo possuem efeitos consideravelmente maiores quando se trata de condições físicas, sobretudo se os pacientes são pessoas mais ou menos normais, não muito neuróticas, afetadas por alguma doença de caráter orgânico; mas a eficácia desses recursos diminui rapidamente em proporção com os problemas da personalidade."

Uma vez "dado" o conforto, a função apostólica age justificando que "o que se pode fazer esta feito".

Alguns pacientes procuram uma droga =médico= inativa, que possa ser um "mau médico", apenas para se sentir em tratamento, com um lugar disponível para seu mal-estar. São poucos os médicos que se permitem utilizar desta maneira.

Existem inúmeras possibilidades do uso da droga médico, mas qual a que melhor se aplica a cada caso? Como deve ser a conduta do médico? Balint nos diz que não há ainda uma resposta para isso. Não dispomos de suficiente conhecimento para estas questões. Estamos num ponto em que podemos apontar os problemas, as possibilidades e, raramente, respostas positivas.

3.13. ALGUNS DOS PARA-EFEITOS DO FARMACO *MÉDICO*

A abordagem de situações psicológicas requer

algumas condições. O clínico, quando prescreve medicamentos, dietas, regimes de trabalho e de lazer, também está se envolvendo com acontecimentos emocionais, que estão presentes na atitude psicoterápica; mesmo que não deseje, o clínico está tomando uma postura que aborda o psíquico do paciente. Um dos problemas consiste em determinar o grau de regressão ou de maturidade que o paciente possa suportar. Com que rapidez se pode chegar a isso e em que ponto.

Sabemos que o aumento da responsabilidade e das restrições pode levar ao aparecimento de sintomas emocionais. O clínico geral muitas vezes tem como arsenal terapêutico este tipo de 'orientação':

"O senhor deve tomar estes remédios na hora correta, não pode sair desta dieta, deve esquecer o cigarro e tem necessidade de trabalhar menos."

Muitas vezes o clínico apóia-se em modelos conhecidos para enfatizar sua orientação terapêutica (psicologia do senso comum). Frequentemente nestas relações o paciente não consegue comunicar efetivamente seu desapontamento com as orientações de seu médico e reage de formas variadas.

Pode, por exemplo, transferir para a figura do médico toda a responsabilidade da sua vida desconfortável pós-tratamento (restrições). Balint diz que isto é até simples de ser detectado pelo próprio médico, mas é seguramente muito

difícil de ser manejado depois de instalado.

Estes desencontros entre o médico e seu paciente podem gerar neste uma fantasia hostil contra o médico (intolerância à droga =médico=), e o paciente reage com ódio que pode tomar a forma de 'ataques', questionando por exemplo, as receitas e orientações:

"Conheço um fulano que também teve isso e não precisou parar de fumar"

Se a relação médico-paciente for predominantemente autoritária, como consequência pode aparecer um medo velado de efeitos potencializados colaterais da droga médico, ou seja o paciente pode temer retaliações por parte do médico, e quando isso ocorre ele pode definitivamente abandonar o tratamento, ou nunca vir a se beneficiar dele, mesmo que esteja absolutamente correto do ponto de vista biológico.

Nem todos os para-efeitos do farmaco-ativo =médico= são conhecidos, pois em cada situação podem-se estabelecer efeitos diferentes. Balint demonstrou que a observação atenta e dirigida do médico quando se prescreve, é um instrumento indispensável para o manejo dos para-efeitos desta droga.

Utilizando-se do modelo de observação de bebês, podemos observar a relação médico-paciente como elemento ambiental estruturante/ desestruturante, para o processo de saúde/doença.

Conforme Balint;

"A conduta das pessoas quando ficam doentes, ou quando notam que estão doentes, e as formas e ou métodos com os quais enfrentam os problemas da enfermidade crônica poderiam fornecer abundante material quanto à observação de crianças em desenvolvimento."

Aproveitando algumas das situações que emergiram nos seus seminários, Balint formulou algumas questões sobre possíveis "disposições" do paciente para desenvolver alguns dos para-efeitos do elemento médico, por exemplo:

Quais são os fatores que determinam o desenvolvimento de uma atitude de dependência infantil quanto à enfermidade?. São estas atitudes inerentes à doença e estão de acordo com a individualidade do paciente, ou estão determinadas, ou talvez reforçadas, pela interação das "ofertas" do paciente e as "respostas" do médico?

Se puder equacionar isto, o médico cria condições de administrar melhor os possíveis para-efeitos do que está oferecendo (respondendo) ao seu paciente. Para este problema Balint não encontrou uma regra que possa definir uma posição positiva, contudo destaca um impedimento que precisa ser enfatizado:

"Só sabemos com certeza que o bom senso,

*quer dizer, o credo apostólico, constitui um
guia i n d i g n o de confiança."*

3.14. EM QUE CONDIÇÕES O MÉDICO ENCONTRA O SEU PACIENTE:

3.14.1. A DOENÇA FUNDAMENTAL

Quando o paciente chega ao consultório médico na maioria das vezes, sua enfermidade já há muito começou. Consideremos que muitas enfermidades não ofereçam sintomas para uma intervenção precoce. Irão oferecer quando se apresentarem bastante bem estruturadas.

Tendo isto em mente, podemos verificar que antes de o paciente chegar ao consultório, já existe uma relação dele, doente, com sua doença. A figura do médico será introduzida nesta relação unipessoal (doente-doença), que é para o médico desconhecida. Não foi, na maioria das vezes, acompanhada e não dispõe de testemunha para que possa ser melhor diagnosticada.

Nos períodos iniciais da estruturação da doença, Balint enfoca a solidão do futuro paciente e sua necessidade de constituir uma linguagem para comunicar seu desconforto:

"Sabemos que por uma ou outra razão durante o período inicial 'não organizado' de suas doenças -etapas que podem durar minutos ou anos-, o indivíduo retrai-se gradualmente e logo desenvolve a doença em sua própria

pessoa, extraindo-a de si mesmo."

Este período é fundamental não apenas para os comemorativos que caracterizam o quadro clínico, mas também para as possíveis soluções..

Pensando no conhecimento da medicina tradicional, seu embasamento na história natural das doenças, Balint trouxe uma importante contribuição para a compreensão do processo de adoecer. Desenvolveu uma teoria que busca auxiliar o médico a ampliar o conhecimento da relação paciente-doença.

As doenças agudas são, geralmente entendidas como o resultado da agressão que o organismo íntegro sofre por um agente externo que, alterando o sistema de defesas do indivíduo, desorganiza-o, quebrando a homeostase. O tratamento consiste em eliminar o agente agressor e readquirir os sistemas defensivos. Observamos que o paciente freqüentemente, busca no médico o mago capaz de realizar esta tarefa instantaneamente e sem nenhum ônus para ele, paciente, como uma fada madrinha que restabelesse um ambiente ideal.

Nas enfermidades conhecidas como crônicas, a medicina 'explica' a cronificação como resultado de agentes internos do paciente. Fatores hereditários, constitucionais ou mesmo idiopáticos. Balint denominou 'deficiência fundamental' tal condição:

"A origem dessa deficiência fundamental pode

ser achada em uma discrepância considerável entre os seus primeiros anos de formação (ou possíveis meses) e os cuidados e atenção disponíveis nos momentos importantes. Este fenômeno cria um estado de deficiência cujas consequências apenas em parte são reversíveis. Embora o indivíduo possa adaptar-se bem, ou mesmo muito bem, subsistem vestígios de suas primeiras experiências que contribuem para que o denominamos de constituição, sua individualidade ou a conformação de seu caráter, tanto no sentido psicológico como no biológico."

Utilizando destas formulações teóricas, Balint postula que as doenças poderiam ser entendidas como exacerbações da "doença fundamental", constituída a partir de condições adversas no desenvolvimento inicial da vida.

O desequilíbrio vivido pelo indivíduo seria a forma de apresentação da doença para o médico. Deixando de lado a validade desta teoria, Balint aponta que o clínico dispõe, como ninguém, de uma oportunidade ímpar para lidar com o paciente que está 'estruturando' sua doença, e que em muitos casos ainda não a instalou devidamente.

Ao estruturar sua doença o indivíduo se depara com uma nova ordem pessoal. Este ajuste é um processo complexo e multidimensional.

Para Balint o ser humano tem uma tendência importante de se sentir inatingível (comigo nunca vai acontecer), capaz e sempre digno de amor. Porém esta tendência nem sempre se encontra sintonizada com as possibilidades da realidade externa. Nestas situações instala-se algum tipo de transtorno emocional, que pode caracterizar como denomina a psicanálise, uma ferida narcísica. Os pais, ou correspondentes emocionais, auxiliam a criança a livrar-se destas feridas, e, quando estes indivíduos adoecem, vão atrás de um médico que repita esta função que fora executada pelos pais.

Queira ou não, o médico está exposto a tais situações. Depara-se ainda com o paciente, que é um ser único e que utiliza sua doença de forma muito variada.

Balint aponta algumas peculiaridades na relação doente-doença. Uma delas é que nem sempre a doença é mal-vinda. Existem muitas formas de gratificação direta do processo de adoecer. Os que apresentam gastrite por exemplo podem receber (no sentido psicológico) muito bem a recomendação de dietas leves, à base de leite e com maior frequência ao dia, pois pode estar sendo reproduzida uma sensação de estar sendo constantemente amamentado, (um copo de leite a cada três horas). A enxaqueca provocada por estímulos insuportáveis é uma maneira cruel de solicitação de paz, e de cuidados maternos. A pessoa que apresenta esta enfermidade recolhe-se a um quarto escuro, toma tranquilizantes, analgésicos e não pode ser molestada, nem mesmo para suas atribuições rotineiras. A mulher frígida que desenvolve dismenorréia pode dispensar seus "deveres" conjugais. As

dificuldades alimentares que as crianças apresentam são excelentes formas de manipular pais aparentemente poderosos.

Balint procurou demonstrar que o clínico pode lidar melhor com o psíquico em sua prática cotidiana, mas para isto é necessário que possa se utilizar de sua própria personalidade e experiência de vida. Ele alerta aqueles médicos, que não suportam sangue, a que não operem; da mesma maneira aqueles, que não conseguem utilizar sua personalidade, a que não se aventurem com as emoções do seu paciente.

O médico que atende pacientes não tem como evitar que sua personalidade seja evocada a cada procedimento. Ele pode se beneficiar disto ou acumular transtornos em seu dia-a-dia. Balint procurou trazer para o clínico geral uma possibilidade de equipar-se para lidar com as emoções em cada atitude profissional, e para tanto apoiou-se no método de observação da relação mãe-bebê, com isto procurou auxiliar o clínico a exercer uma medicina mais completa e efetiva.

Solicitamos ao leitor que aproveite alguns destes conceitos aqui sintetizados para a leitura das situações de consulta, e possam se utilizar de um escopo mental "Balint forme" como recurso acessório da leitura de nosso trabalho de campo. Da mesma maneira ao ler os comentários que tecemos após cada situação observada com suas respectivas entrevistas, o leitor possa acompanhar melhor o que estamos pretendendo focalizar com o presente estudo.

CAPITULO V

A EXPERIENCIA DE CAMPO

O Buda indo, indo, indo
para mais além, e sempre se
tornando Buda.

Escritura de Grande
Sabedoria em Kennett,
1972, p224

1. ALGUMAS CARACTERISTICAS COMUNS DOS CONSULTORIOS

Os consultórios médicos de família são muito bem equipados. Todos dispõem de, no mínimo três salas. A sala de espera com quadro de avisos, a sala do médico com mesa e cadeiras adequadas, e uma sala de exame, geralmente com maca e mesa ginecológica. Todos têm telefone, a maioria dispõe de um tipo de depósito de remédios e geladeira. O acesso da casa do médico ao consultório é direto, geralmente este está adaptado na parte da frente da residência.

O regime de trabalho dos médicos é de oito horas por dia. Cada um deve dar assistência a cerca de 400 famílias que estão em volta de seu consultório, e que vão sendo cadastradas à medida que o médico disponha de espaço em sua agenda. A maioria dos consultórios visitados já tinham 400 famílias cadastradas ou estavam terminando seu cadastramento. Cada médico tem liberdade de montar seu próprio esquema de atendimento. Os médicos não são obrigados a atender emergências e chamados noturnos, para isso "dispõem" da rede pública.

Alguns médicos de família deixam o sábado para as atividades administrativas do consultório e às vezes incluem essas atividades durante o atendimento. Como Crowbie (1964) demonstrou, a prática da atenção primária exige muito do médico, ainda mais quando lhe falta um esquema que otimize seu tempo. Se por um lado morar no próprio local de trabalho pode significar um ganho de tempo no deslocar-se na cidade, significa também

trabalhar quase ininterruptamente.

Os consultórios foram em sua maioria, montados após diversas reuniões feitas com a comunidade para a elaboração do esquema de pronto atendimento, ou seja, daqueles pacientes que não estão agendados. Alguns deixaram uma lacuna na agenda para estes casos, outros atendem entre uma consulta e outra, mas sem exceção não deixam de atender seus pacientes nas necessidades de urgência durante o dia e, às vezes, à noite.

Os médicos de família propõem-se a oferecer uma alta resolutividade de ações médicas para a população que atendem. Atuam em clínica geral, que consta de atividade de medicina interna, pediatria, gineco-obstetrícia, indicações e acompanhamento a especialistas, atividades "tipo" sanitaria, coordenador da comunidade, tornando-se, em alguns casos, uma espécie de líder-tutor da comunidade.

Na tentativa de proteger a identificação dos médicos e seus respectivos consultórios, como já citado no presente estudo, iremos tratá-los por MD, e indistintamente como médicos do sexo masculino.

A maioria dos médicos de família relataram que têm dificuldades para lidar com os pacientes 'psi'. Observamos que, nos encontros que tivemos, os médicos tratam num mesmo patamar a Psiquiatria e a Psicologia Médica, e se ressentem de ambas nos mesmos termos que Harris (1985) apontou, inclusive enumerando suas queixas com a Psiquiatria de forma muito

semelhante àquela que Harris fez referência, ou seja; os principais motivos que foram alegados para que esses médicos criassem uma espécie de couraça aos pacientes 'psi' são:

1-Demora para obter cura ou para abordar o paciente difícil "psi".

2- Ambiguidade no diagnóstico e tratamento, baixa resolutividade instantânea das solicitações emocionais.

3- O péssimo curso de Psiquiatria que haviam tido em suas Faculdades de Medicina. Um predomínio de se sentir desaparelhado para lidar com o assunto.

4- Medo não-manifesto de ser laçado pelo paciente 'píssico', e ter que enfrentar um grande mal-estar para 'se livrar' deste tipo de paciente que é sentido como extremamente solicitante.

A transcrição das observações, assim como das entrevistas estão publicadas com algumas abreviações, pois no original estão muito longas. Pedimos ao leitor que compreenda alguns pontos onde há uma interrupção na narrativa, pois tentamos otimizar a apresentação do trabalho. O objetivo de descrever as observações e entrevistas, é poder despertar o interesse do leitor pela prática do método observacional-compreensivo aplicado à relação médico-paciente, uma vez que na leitura um pouco mais pormenorizada, podemos tentar remeter o leitor médico a observar compreensivamente sua própria prática.

2. ACERCA DOS COMENTARIOS ...

"...tudo aqui nos parece um discurso sobre o que se sabia, mas do que não se falava."

A. Hoirisch

Estudamos as situações observadas, apoiando-nos teoricamente nos conceitos sistematizados por Balint, procuramos ampliar os comentários com os trabalhos de outros autores que se dedicaram ao tema.

Para Hoirisch existem em suma três níveis de evolução fásica da relação médico-paciente, que este autor retirou dos trabalhos de Gebattel:

1-Nível do apelo humano. O paciente busca alguém para aliviar seu sofrimento.

2-Nível da objetivação. Neste momento o médico tende a coisificar o paciente, está ali para atender a um sistema doente, um segmento do corpo humano.

3-Nível da personificação. Através do arsenal compreensivo, o médico vai se transformando, e transformando o paciente em pessoa.

Como nos ensina Balint, este arsenal para abordar as situações emocionais não está disponível para todos os médicos, assim como não o está todo o conhecimento

médico para todos os médicos. Alguns clínicos gerais podem ter maior interesse pela cirurgia, outros pela ginecologia. Este trabalho pretende auxiliar aqueles com interesse em alcançar o terceiro nível de evolução da relação com seu paciente, e consigo próprio: a personificação.

Observamos que os problemas da ordem emocional são os mais frequentes nos consultórios de clínica geral, são, ao mesmo tempo, os menos estudados, os que acabam tomando mais tempo e dinheiro do sistema de saúde e os que levam a grandes problemas iatrogênicos, além de proporcionar aos médicos uma sobrecarga de angústia.

Barsky (1981), estudando as razões ocultas que levam uma pessoa a procurar um médico por questões não bio-médicas, sugere que este fique atento para as solicitações emocionais, quando:

- 1-) O paciente apresenta sua queixa de forma "exagerada", desconexa do conjunto de sintomas da patologia diagnosticada.
- 2-) Quando o próprio médico sente que não é tão importante o diagnóstico clínico.
- 3-) O paciente insiste em demonstrar sua insatisfação com os cuidados médicos que vem recebendo.
- 4-) Pacientes que vêm para a consulta, focalizando sua não-evolução no transcurso da doença.

Os comentários pretendem ilustrar algumas possibilidades de escuta a partir dos acontecimentos emocionais entre o médico e seu paciente, incluimos também, o observador. Estas pequenas ilustrações não se propõem a ser densas, nem a dar subsídios para a discussão psicodinâmica, apenas buscam dar consistência à necessidade de se repensar a relação médico-paciente através da observação no método compreensivo, buscando uma aproximação do que Taylor (1993) chamou de significação simbólica na compreensão. Este sim, um tema para discussão dos Psiquiatras de Ligação, e dos professores de Psicologia Médica, e que não deve ser objeto de preocupação do clínico, a quem nos dedicamos ao confeccionar o presente estudo.

SITUAÇÃO 1:

A OBSERVAÇÃO INICIAL, O CONTATO E ORGANIZAÇÃO DA VISITA:

Através de um contato telefônico uma hora para a observação. Cheguei cerca de trinta minutos atrasado em relação à hora combinada, parecia que ele me esperava. Esperei por alguns instantes na sala de espera do consultório, enquanto MD acabava de fazer alguma tarefa na sala de curativos. Saiu rapidamente daquele local e subiu as escadas para o consultório, pedindo-me para acompanhá-lo.

MD informou que não estivera presente à reunião que havíamos feito na Secretaria, mas que gostaria de participar do estudo; queria algumas informações. Dispus-me a informar-lhe e notei que, na verdade, não queria informações técnicas do estudo, queria me conhecer melhor para sentir minhas intenções. Permiti este contato, e logo, em seu tempo, solicitou-me para iniciarmos os trabalhos.

Na sala de espera havia uma senhora com consulta marcada, para aquela hora, para sua neta. Disse-lhe que gostaria de observar uma situação médica corriqueira. MD informou-me que aquilo era uma das coisas mais comuns do consultório. Concordamos em que eu observaria aquela situação. A paciente consentiu com minha presença na sala de consulta.

A OBSERVAÇÃO DA SITUAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA:

DURAÇÃO: 25 minutos.

PERSONAGENS: M. 60 anos, avó da menina, E. a paciente de 6 anos, o médico MD, o observador O.

LOCAL: Sala de consultório médico com mesa para o médico, duas cadeiras à sua frente, uma maca coberta com papel descartável, uma ante-sala com mesa ginecológica onde a passagem é obrigatória para o consultório e a mesa está à vista. O local é limpo e calmo, não há ruídos agudos, a consulta foi interrompida por diversas vezes pela secretária, que não se anuncia.

Entrou na sala uma senhora bem arrumada, com uma menina vestida com graciosidade, sentou-se à frente de MD e começou a relatar suas queixas sem ser-lhe nada dito. Enfatizou de uma forma crítica a ausência de MD:

M - "Doutor, quando o senhor saiu de férias a E. passou muito mal e eu tive que vir no Sr. R. (farmacêutico radicado como "médico" na região há mais de 20 anos, possui um laboratório de exames e raio X dentro de sua farmácia), ele pediu para eu fazer raios X e deu uma injeção nela, depois fui para o Hospital porque ela não melhorou, eles me

disseram que era o começo de uma pneumonia."

MD interrompeu-a dizendo que queria saber como tudo começara, quais os sintomas, etc. M relatou então que a menina queixava-se muito da barriga, mas ela achava que seu problema era a garganta. MD interrompeu, perguntando se sua casa era muito úmida. M. disse que não, que era normal (quando fui entrevistá-la observei que a casa é muito úmida, chovia bastante naquele momento e a casa é bastante vulnerável ao clima). MD. disse:

"Dona M. a barriga é longe da garganta, não é?"

M- *"É mas ela ficava reclamando da barriga, e eu acho que é da garganta".* MD dirigindo-se para a menina:

"E. onde é que dói?"

Falou modificando seu tom de voz, afinando-a, como alguém que se dirige ao outro que tem dificuldade para entender o que se está falando. A menina nada respondeu, assumindo uma atitude ainda mais tímida e desconfiada, elementos que não me pareceram valorizados por MD, que se voltou para a informante dizendo que iria verificar a garganta.

M- *"Não adianta ela é assim mesmo, fica com medo de tudo, é difícil até dar os remédios para ela, aquele remédio para pingar no nariz,*

ela nem deixa chegar perto, eu disse pra ela que acabaria tendo que dar uma injeção no nariz dela".

MD-*"Mas logo no NARIZ!?"*

M-*"É assim resolve logo o problema."*

O episódio não foi esmiuçado. Seguiu-se uma investigação propedêutica sobre a síndrome infecciosa respiratória. Destacamos um diálogo:

MD-*"E ela vomita sempre que tosse?"*

M-*"Quase sempre, põe tudo pra fora e depois não quer comer nada."*

MD-*"A senhora olha se no vômito tem catarro?"*

M. Mostrando-se enojada, o que provocou reação na menina de retraimento, afundou a cabeça entre os braços apoiados na cadeira:

"Ah doutor, e precisa? Não gosto nem de limpar o vômito. ai, que nojo!?"

Com esta colocação MD retorna à investigação dos sintomas.

MD investiga então a execução de sua proposta terapêutica e vai, desta forma, desvendando as limitações daquela família no que se refere aos cuidados com a criança. MD não pronuncia o nome dos remédios e se refere a eles pela sua forma e característica externa. A medida que M. relatava o "insucesso" das medidas terapêuticas, MD mostrava-se mais crítico e com mais objetividade, atirando nos remédios (posologia) a razão do insucesso. M. procurava assim "acentuar" com repetição suas "provocações":

M: " Mas não adiantou nada, doutor, os remédios do hospital é que salvaram ela," (ao relatar a observação lembro-me das palavras de M na entrevista mantida em sua casa: "Depois que o médico veio pra cá a coisa melhorou muito, mas é que tem muita gente pra ele ver, e eu tive que esperar 3 meses para a consulta da E."

MD procurou conduzir a consulta, não se atendo (suportando?) aos ataques desferidos por M., e prosseguiu com o exame físico da menina. Iniciou a proposta terapêutica com uma orientação sobre o farmacêutico, procurou orientá-la sobre a "prática médica" do farmacêutico:

MD- "Dona M., Só o médico pode passar remédio, o Seu R. não sabe o que faz, os raios X podem fazer mal, não é assim, quer ver?... Qual a injeção que ela tomou? M.-"Não

sei....MD interrompendo-a:-"Então...tá vendo, a menina pode passar mais mal ainda por causa da injeção (a menina se mexia na cadeira com maior intensidade nesse momento).Eu sei como é, ele pega a menina olha rapidamente e manda fazer os exames, não explica nada, dá uma injeção e dá a conta, não é assim? (pareceu que esta observação era mais para eu me familiarizar com os acontecimentos do que realmente para falar com a paciente.)

M.-"É, e não fica barato não, ficou quatro-cen..."

MD -"Quando eu saio de férias a senhora pode levá-la para o Hospital, é longe, tudo bem, mas fica mais barato e mais seguro".

Com isso voltou às orientações medicamentosas. M. dirigiu-se à menina de uma forma afetuosa quando prescreveu nebulizações, "É, a fumacinha você gosta né?", a menina sorriu timidamente, MD escrevia neste momento e não percebeu os olhares entre a avó e a menina. A avó em seguida perguntou, em tom de descontração:

M.-"Ah! doutor, então não vai ter injeção desta vez?." MD respondeu que não. M. então dirigiu a palavra para E.: "Olha filhinha desta vez não

vai doer", E. suspirou aliviada quando da negativa de MD.

MD levantou-se e disse que, com tudo entendido, precisaria vê-la depois da última nebulização; gostaria que a avó lhe desse todos os remédios recomendados, e encerrou a consulta dizendo que eu gostaria de falar-lhe. Perguntei-lhe se morava perto, respondeu-me que ali ao lado, sugeri entrevistá-la em sua casa, ali não havia lugar privado, ela concordou com alegria e saíram da sala. Perguntei a MD se poderia entrevistá-lo agora, disse-me que sem problema poderíamos conversar. Ao mostrar-lhe o gravador perguntou-me se iria demorar, disse-lhe que esperava que durasse uns vinte a trinta minutos, ele concordou. A secretária subiu para dar alguns recados e foi orientada para não nos interromper.

A ENTREVISTA COM MD:

MD inicia a entrevista com uma trajetória resumida de sua carreira médica. Investigo esta trajetória, conversando sobre sua Faculdade e procurando me ater, neste início, ao seu vocabulário e aos assuntos que ele escolheu. Desta forma procuro mostrar-lhe minha disposição em auxiliá-lo no seu relato, a diminuir sua ansiedade, pois não estamos diante de um interrogatório.

O- *"Mas dentro da faculdade você já sentia esse seu interesse pela medicina comunitária?"*

MD- "Quando começou a chegar no finalzinho, e eu tinha que fazer uma opção, fiquei com muita dificuldade, porque eu achava que minha opção era fazer clínica, então como eu não conseguia definir uma especialidade... mas não era aquilo que se convencionava, no pronto socorro ou nos ambulatórios você podia sentir que não era necessário ser nenhum especialista, qualquer médico com o básico podia resolver, se ele tivesse uma formação para aquilo. Nesse caso o ambulatório de especialidade não estaria tão cheio de leucorréia, porque leucorréia não é do âmbito do especialista, mas como qualquer infecção respiratória pode ser tratada por um médico com formação básica. Mas apesar disso eu não tinha uma idéia do que eu iria fazer, as coisas foram acontecendo, eu acabei indo para outro Estado fazer medicina comunitária, não sabia o que era fui ver. Cheguei lá e também me decepcionei, a proposta não casava com minha intenção, o que eu queria era ser o médico da região. NO programa você tinha que ser responsável por aquelas pessoas, por aquelas famílias, e desta forma resolver as coisas; eu resolvi tentar isso, sem achar que eu vou resolver tudo, mas aquilo que eu não sabia da especialidade eu ia estudar e pronto. "

A partir disso falou sobre sua posição frente aos modelos de formação médica, dizendo que não se via enquadrado na Residência tradicional, nem numa especialidade formal:

MD- "... eu comecei a fazer uma Residência Médica em Clínica, e comecei a achar aquilo ridículo, é uma palhaçada, uma farsa, um bando de residentes que se escondiam atrás de um monte de coisas pelo fato de ser residente, que não quer dizer nada que não resolvia nada, que valor você tem para ter este papel? Tem um valor institucional; depois de um ano eu larguei a residência, não era aquilo, eu não queria aquele tipo de formação."

O- "O que o levou a fazer Medicina?"

MD- "Fiz cinco anos de psicologia e no terceiro ano eu tive contato com neurofisiologia e comecei a questionar o curso e decidi fazer o vestibular para Medicina. Acabei passando, e antes de cursar terminei o bacharelado de Psicologia. Nunca exerci psicologia. Estranhei ter passado para Medicina, não me preparei. Com relação à Psicologia eu escolhi porque gostava de ler, mas não sabia o que era. Minha opção foi

acontecendo, nada foi muito claro. Gosto de ler bastante, gosto de ler Freud, Jung mas agora não estou lendo nada, não dá tempo".

Passamos a falar de sua situação pessoal, moradia, procedência, lazer, amigos:

MD-"Moro aqui em cima, junto ao consultório, é chato morar sozinho. Minha família é toda de outro Estado, moram em cidade grande. Não costumo ir muito, não dá, no início eu podia ir mais vezes, mas com as coisas acontecendo não dava mais, as saudades foram diminuindo, já faz um ano e meio que estou aqui. Minha vida aqui em São Paulo é cheia de trabalho, tem o atendimento, o estágio. Tem toda a parte burocrática que eu faço no sábado. Tem também outros colegas do meu Estado de origem, a gente sai nos fins de semana, vai a um cinema, tomar chope. No início era muito difícil sair daqui, tudo era muito novo e a gente não sabia como fazer. Aqui não tem opção cultural alguma, a gente tem que sair".

Procurei investigar sua situação atual, vejamos um resumo de suas colocações:

MD-"Olha, eu considero assim A..(senti seu

tratamento comigo mais cordial, amistoso e de aproximação, parece que com o desenvolvimento da entrevista ele foi se soltando), esse trabalho que estou fazendo eu não sei se vou fazer para a vida toda, no momento `tá bom, `tou aprendendo muito, aprendi muito com a organização do consultório, todo o funcionamento do consultório é feito por cada um, não tem nada pré-moldado dizendo olha é assim que você tem que fazer. Não sei se isso é bom ou ruim mas você acaba tendo que fazer as coisas, né?

Conduzi então a entrevista para procurar elementos de sua relação com os pacientes:

O- "Falamos sobre muitas coisas, sua vida, suas passagens profissionais, você poderia falar das pessoas que você atende aqui?"

MD- "Da população você quer dizer, cada consultório tem uma população cadastrada e limitada. As dificuldades com esta população está sempre relacionada com a compreensão; no início a gente chegou aqui pensando que iria fazer um monte de coisa. Não adianta querer discutir. Só conseguirei alguma coisa se primeiro for ao encontro do que elas querem, e querem atendimento, depois é que se

pode pensar em alguma coisa."

Quando questionado sobre quais eram as maiores necessidades das pessoas respondeu:

MD- *"Quando tem acidente, pronto atendimento e também vem com consulta marcada."*

Perguntei então o que eles vinham procurar, por exemplo remédios? continuou:

MD- *"Ah isso é uma coisa interessante, no início eles queriam consulta, era a novidade, eles não sabiam o que iriam ver, muitos marcavam consulta e não tinham nada, vinham na minha frente só pra ver o novo, foi muito interessante, ver o consultório. Depois por doenças leves, resfriados. Depois apareceram as doenças mesmo, agora eles vêm mais para conversar. Com o atendimento da família a gente pode montar o quebra-cabeça. No início era difícil alguém falar qualquer coisa, agora as coisas podem aparecer mais facilmente; por exemplo, as mulheres estão acusando frigidez com mais frequência. Muita gente vem para conversar, não tem com quem conversar ou quer um espaço para falar alguma coisa, ou vem pra..., a coisa do remédio é muito complica-*

da. Como você viu na consulta, o farmacêutico é um problema, na verdade era o único contato que eles tinham mais à mão. Ele prescreve, induz as pessoas a fazerem exames, a gente tem que tomar muito cuidado com ele, não posso bater muito de frente com ele porque, na verdade ele é muito antigo e eu não vou conseguir mudar nada com o confronto. Mas as pessoas continuam indo lá, ele prescreve hormônios para as crianças. Ele faz algumas barbaridades. Isso é uma coisa errada, mas temos que ir mudando isso aos pouquinhos. No início, com o pronto atendimento, porque tem as consultas marcadas, a gente vai intercalando dentro do possível e as pessoas têm um lugar para serem atendidas. Se o limite é muito grande, elas acabavam indo para a farmácia. Senti que um dos jeitos de tentar mudar isso, é através de atender as pessoas antes dele, mandar embora é triste. Muitas vezes a mãe traz para cá situações simples, a criança espirrando, começou ontem, mas tem que ter alguém para dizer que não precisa tomar remédio, que as coisas não são assim, ela acaba indo lá, e sai com quinhentas mil coisas, acaba que eu fico um pouco sufocado com o negócio, mas acaba sendo bom. Eu não tenho como quantificar isso, mas muitas pessoas vêm aqui depois de passar na farmácia, sei lá o que foi feito."

Pergunto:

" E os cuidados que você acha que tem que ter com este farmacêutico como é que devem ser?".

MD: *" Olha, primeiro de orientar as pessoas que vêm aqui, impedindo este tipo de coisa. Procurando chamar a atenção para esta coisa de não saber o nome do remédio (lembrei-me da observação onde ele não pronunciava o nome dos remédios, tratando-os como: O vermelhinho, o pequenininho etc...), o que foi feito, mas elas têm que saber o que acontece eu sei que isso não vai resolver o problema, mas pelo menos isso, né! Orientar sobre o antibiótico, geralmente o mais caro que ele tem lá. Uma coisa interessante é que ele tem aprendido algumas condutas (lembrei-me de que seu trabalho inicial em outro Estado estava relacionado à formação de agentes de saúde). Ele tem prescrito menos antibióticos, às vezes tenho vontade de levantar daqui e ir lá, e falar: e aí?. Mas isso não pode acontecer. Ele está meio assim com o consultório, principalmente quando eu comecei a colher exames aqui e ele colhe lá, então isto deve ter atrapalhado um pouquinho as coisas dele, mas tem situações que dá vontade de ir lá e brigar com ele. Só que isso não vai adiantar absolutamente nada, ele vai*

continuar fazendo, as pessoas não entendem nada, aquela senhora que você viu agora não vai se modificar rapidamente. Se pelo menos essa atitude pudesse resolver alguma coisa, mas, eu acho que só vai prejudicar o andamento das coisas. Não posso rachar com ele."

Questiono suas preocupações, através do que vem relatando, enfoco que suas colocações estão mais relacionadas às questões políticas e sociais, e ao funcionamento do consultório. Solicito então que fale o que pensa.

MD: *"O problema que a gente vê é assim, o consultório pressupõe que exista uma rede de saúde funcionando; e o que a gente vê, na prática, não é nada disso, pressupõe que exista um pronto socorro eficiente, um laboratório que seja de boa qualidade, isso não é bem o que acontece, por exemplo o posto de saúde ali em cima, que seria minha referência primeira, é um posto de saúde que não funciona, o centro de saúde aqui perto, é outra referência mais adiante também e é muito ruim; o pronto socorro mais longe ainda daqui também não dá conta do que tem pela frente, acabo usando o hospital geral, um pouco mais longe, mas o que realmente pode ajudar um pouco. Coitado, esse então faz milagres porque tudo da região vai pra lá,*

eu acabo aqui um pouco isolado, sem essa ponte, na verdade eu não tinha que mandar para o hospital, tinha que ter alguma coisa mais aparelhado aqui perto. Só que isso acaba não acontecendo."

Pergunto sobre a regionalização do seu atendimento.

MD:" A gente tem o consultório aqui e eu fiz um cadastro periférico. Emitimos uma cartinha de convocação que foi sendo remetida ao redor do consultório, e assim aumentando a área, até chegar às minhas quatrocentas famílias, então temos um mapa que localiza o consultório e que faz fronteira com o outro consultório. Tem uma área ao redor sem consultório sem nada e, pelo fato de esta região não ter nada, a pressão era muito grande, ninguém sabia o que era isso; aliás, ainda não temos uma boa definição, algumas pessoas ainda chamam isso aqui de posto. Tem uma grande área que não tem atendimento porque cada consultório atende duas mil pessoas."

Peço então para que me relate sobre suas impressões pessoais em relação ao seu trabalho.

MD: " Eu acho muito bom, todo o caminho que eu fiz até hoje está muito bom, desde o trajeto da Escola de Psicologia, e tudo que eu te relatei tem me ajudado muito. Pude ver que é possível fazer alguma coisa. Quando a gente vê que pode ensinar alguma coisa, e que eu possa ser referência para eles, algumas pessoas dessa comunidade que possam aprender alguma coisa, não vão ser médicos..."

Interrompo e pergunto o que seria mais importante ensinar:

MD-" Eu acho que...primeiro essas pessoas tinham que compreender o que era o consultório, qual é a diferença entre consultório, PAM e as outras coisas, porque as pessoas têm que ir para o consultório, para o pronto socorro. Entender o que existe à disposição do atendimento das pessoas, o que pode ser utilizado. Por exemplo aqui tem um posto de saúde do município que foi inaugurado e nunca foi colocado à disposição das pessoas, um posto feito para funcionar as vinte e quatro horas., a três quadras daqui, absolutamente fechado. Os políticos chegam aqui falando em abrir outro posto. Na semana passada aconteceu um negócio interessante, a gente tem

uma geladeira para vacina. As pessoas achavam que a vacinação tinha que ser feita no posto de saúde aqui perto, só que isso não está sendo suficiente. Então eu gostaria de vacinar pelo menos as minhas crianças. Só que, quando eu tiver vacina aqui, vou liberar pra todo mundo. A princípio, a cobertura para minhas crianças do consultório. Na semana passada uma mãe me perguntou como ia ficar a coisa da vacina, eu disse: eu também quero que tenha vacina, a gente tem um livrinho de sugestões lá em baixo e eu tiro cópia todo mês e mando para a secretaria regional. Nem sei se as pessoas lêem. Então a pessoa que estou te falando tinha algumas sugestões para melhorar o consultório, se um abaixo assinado pode ajudar. Eu disse que pode ajudar mas esse é mais um instrumento. É que as coisas são muito complicadas, precisamos de mais algumas coisas. Aí essa pessoa passou a falar em criar comissões, foi a primeira pessoa que procurou efetivamente se engajar nas dificuldades de política de saúde..."

Interrompo, perguntando se ele está se sentindo enraizado neste local. Responde-me:

MD-"...é, como se estivesse crescendo alguma coisa...tenho uma opinião muito clara com esta

questão, com relação a abaixo assinado e lidar com a população com estas questões. se eu chegar e falar assim: Quero formar uma comissão eu formo. O que eu quiser, o que for do meu interesse eu formo como me convier. Só que, pra mim, não tem valor nenhum, que coisa é essa, vão fazer o que eu quero, e quando eu for embora, como é que fica? Eu queria que a coisa surgisse deles mesmos, de repente essa moça falando isso eu disse pra ela: Eu faço tudo o que for necessário, a gente faz reunião, a gente conversa o que quiser e dá um encaminhamento, a questão da água, se se vai fazer alguma coisa, a SABESP, a gente ajuda.- Mas eu coloquei pra ela que eu não ia ficar à frente disso, não é a comissão do médico, é a comissão deles são eles que iriam definir as coisas, qual é a função. Ela me pediu que a ajudasse a fazer um cabeçalho para esse abaixo assinado, disse que a ajudaria mas não ia fazer pra ela, porque eu acho que as pessoas têm que se engajar nisso. Se você chegar e quiser formar alguma coisa, você acaba formando mas não tem valor. Igual às associações que tem aqui, pintaram várias associações aqui em volta, que só fazem política. Em outubro tem eleição, então tem um abaixo-assinado para ter um posto de saúde aqui. Quer dizer todo ano é esta história, e

as pessoas não participam dessa associação, ela não é representativa da população. As pessoas estão acostumadas a obedecer às orientações. Eu conversei com ela e falei disso, expliquei com calma, que eu não podia induzir, não podia fazer elas puxarem qualquer coisa, porque as pessoas só obedecem. Ela então falou que ia conversar com as pessoas, é lógico que ela pode ir à comunidade resolver seus problemas, não vou ser eu que vou induzir aquilo."

Quando encerra o assunto eu digo: "Você está falando de uma série de coisas, mas fala pouco de você." Ele sorri timidamente e diz: "Falar o que?". Digo: "Você me diz que está adaptado em São Paulo, apesar de não gostar da cidade....interrompendo-me: É dentro do possível né, se eu pudesse não estaria aqui, eu não gosto de São Paulo...."

Pergunto sobre a entrevista, qual sua opinião deste nosso encontro: MD faz uma série de observações de como se sentiu desconfortável no início da consulta: "é de certa forma estranha a sensação de se estar sendo observado no trabalho, mas espero um retorno seu o quanto antes". Encerramos a entrevista, e eu agradei-lhe pela colaboração.

ENTREVISTA COM A PACIENTE:

Fui até a casa da paciente, que fica a uma

quadra do consultório. Como naquele momento chovia intensamente, entrei no quintal sem avisar, gritando para ser recebido, M. havia me dado permissão para ir a sua casa para a entrevista. Foi difícil encontrá-la, os números da rua não seguem uma ordem.

Pergunto sobre a doença da menina:

M: "Ela vira e mexe está resfriada, tossindo, até uns dias atrás eu fiz exame nela, tirei chapa, mas graças a Deus não era nada não, não pode facilitar com ela, descuidar um pouquinho que ela já passa a tossir, ataca a bronquite mas o doutor disse que não tem nada de bronquite, graças a Deus."

Pergunto qual era a necessidade de consultar-se hoje:

M: "Tinha que entregar os exames, era em abril mas como tinha muita gente na frente, acabou marcando para hoje, dois meses depois."

Investigo suas condições sociais:

M: " Moro aqui há muito tempo, faz vinte e dois anos, a casa é própria, moro com o esposo com os filhos. Tenho aqui dois filhos, a

menina com vinte e dois anos, e o outro filho que também mora aqui no fundo. A menina E. é desta minha filha, mas é eu que crio. Sabe, doutor, ela teve a menina solteira, agora ela casou já vai para três anos, As vezes ela leva a filha no médico, mas eu é que quase sempre levo. Eu é que cuido mais, ela até dorme aqui comigo. Ela tem a caminha dela no mesmo quarto, ela foi criada comigo mesmo, ela é mais grudada em mim, obedece mais a mim que a mãe"....dirige-se à menina: "Não é fia?" A menina não responde, M. então começa a falar da roupa de E. e a justificar algumas de suas atitudes, sem que eu não tenha perguntado nada.

M: "Ela está com esta calça, mas não pode sujar, é a calça da escola... Meu marido trabalha em transportadora, é ajudante, vai cedo trabalhar e volta por volta das oito horas. Tenho ainda outros filhos que aparecem aqui de vez em quando e fica todo mundo junto...Tenho sessenta anos, e cuido de tudo isso, cuido da casa da menina. Pago a escola dela é quatrocentos e oitenta cruzeiros (cerca de US\$6) não sei o que ela vai ser, ela é muito pequena. Ela fala pouco. Ela brinca, ri, é alegre, mas com as pessoas

estranhas ela é calada...Não dá muito trabalho, quando era novinha deu muito trabalho, o senhor sabe, doutor a gente vai ficando velha e perde o jeito. Não foi brincadeira... Não tenho dificuldade de pedir as coisas pra ela porque ela é atenciosa, não é fia?

(a menina não responde).

Pergunto o que ela acha que é o problema da menina, o que entende por bronquite?

M.: "Eu pensava que era bronquite por causa deste problema, parecia que ela estava cansada. O médico passou esse remédio aqui, no pronto socorro que resolveu o problema dela.

Pergunto sua opinião sobre o consultório de médico de família:

M: "Acho bom, foi bom mesmo quando ele veio para cá (o médico é identificado no lugar do consultório). As coisas "melhorou", agora a gente só vai com ele". Pergunto sobre o

tratamento que a neta-filha recebe:

M.: "Olha o tratamento com ele é bom (ficou agora evidente minha suspeita, ela me identificava como uma espécie de auditor do consultório, não importasse minhas explicações). Faço tratamento com ele, meu marido também, qualquer coisa eu corro lá, não segui muito o tratamento da minha pressão alta, mas quando a coisa fica difícil ele me dá os remédios, é ótimo. Meu marido também tem pressão alta... Meu marido é aposentado, trabalhou muito tempo nessa firma, o problema de dinheiro aqui é complicado, ele é aposentado mas não dá, né? Com o Collor deu uma melhorada, mas depois não teve mais aumento, parou naquilo, uns sete mil (cerca de US\$85) não dá pra nada, sorte que ela trabalha ainda né. ele está cansado. A minha filha nunca trabalhou, pegou o costume de não trabalhar, não tem jeito, faz nada, sabe como é, né. filha única teve muito mimo."

Encerramos a entrevista e M. insistia para eu ficar e tomar um café, que ela iria passar naquela hora, agradeci e sai.

COMENTARIO A SITUAÇÃO 1:

A situação observada no contato com este médico de família é muito comum. Balint relata duas situações semelhantes em sua obra *O Médico seu paciente e a doença* vejamos:

Da pagina 12 o caso 2:

"Sra. A e seu filho recém-nascido. Desde que nasceu, a criança tem estado constantemente doente. As condições de moradia são péssimas, os integrantes da família vivem angustiados e sofrem em razão de terceiros. A criança não pode chorar, seu lugar de criança incomoda aos outros."

Da pagina 43 o caso 11:

"Sra C., com Susan sua filha de 7 anos de idade. Ela está se mudando de nosso distrito e veio dizer adeus. Ela queria uma solução otológica para sua filha e eu lhe dei uma receita. Está se mudando para o bem estar das crianças. Acha que os constantes resfriados que têm são devidos à umidade desta região."

Utilizando-se apenas do diagnóstico

tradicional encontramos nesta situação um "feijão com arroz" do pediatra que trabalha sob regime ambulatorial. Uma criança com infecções de repetição que não segue adequadamente as orientações do médico, ou que não tem condições de buscar minimizar os episódios agudos recorrentes.

Vejamos agora uma tentativa de fazer um diagnóstico geral centrado no doente, que possa se utilizar de elementos da observação associados a um outro tipo escuta:

Observamos uma criança sem um lugar psíquico definido, apesar de viver com a mãe, é a avó que se apresenta com a incumbência dos cuidados maternos. Mesmo assim observamos que o comportamento da menina, tanto no consultório como em sua casa é claramente retraído, mesmo para a situação que envolve um estranho.

O retraimento da menina, a atitude indiferente da mãe, e a forma como a avó se refere à sua neta, são pistas para supormos que esta menina não dispõe de um ambiente muito favorável para seu desenvolvimento emocional. Do contato com esta família, ficou uma nítida sensação de que existe um desencontro entre as necessidades de maternagem da criança e a disponibilidade de maternação da mãe-avó. Observamos também que não há uma figura paterna definida, não há uma relação entre a criança e o marido da mãe, seu pai original não a conhece, a família parece funcionar matriarcalmente onde a mãe-avó parece centralizar a vida psíquica de E.. Uma hipótese que formulamos é que a menina se utiliza das infecções de repetição para comunicar e obter alguma "maternagem".

Soma-se a isto o tratamento ambivalente que esta menina acaba recebendo. Esta ambivalência resulta da oscilação entre o "xodó" da avó até o "transtorno" da casa. Ela não tem um lugar definido. Sofre de problemas alimentares desde quando nasceu. A menina tem que crescer logo e "dar" um descanso para a avó. Como fala pouco, não chora, os síbilos poderiam ser entendidos como uma forma de choro.

Tentando fazer um diagnóstico centrado na relação médico-paciente, poderíamos pensar:

O último encontro entre MD e a paciente foi antes das férias de MD, nesse período a criança teve uma recorrência. A mãe-avó socorreu-a como de costume, através de uma medicina popular. Tal atitude desagradou a MD.

Talvez em função da presença do observador, o diagnóstico da relação médico-paciente fica algo prejudicado. Contudo pudemos observar que tanto médico como paciente limitam as ações médicas ao episódio agudo. Com isto MD nos fornece indícios de verificar que existe uma certa aceitação da doença da menina, que supomos ser uma forma de comunicar descompassos em seu desenvolvimento emocional.

Através das entrevistas, pudemos observar que apesar de MD relatar que teve algum contato intelectual com aspectos do desenvolvimento mental, este arsenal teórico não faz parte de sua prática clínica, pelo menos neste encontro. Em nossa

experiência é infrequente encontrar um pediatra que esteja aparelhado para auxiliar a família a constituir um ambiente facilitador para o desenvolvimento emocional (Winnicott 1988-A).

Em nossa concepção, a experiência observacional, onde o objeto de observação é o fenômeno psíquico que pode ser gradativamente melhor definido na mente do observador, que obviamente necessita de auxílio para tal tarefa, pode aparelhar mais adequadamente os profissionais de saúde que lidam com crianças de qualquer idade, desde a idade mais tenra até a senilidade.

Esta situação é centralmente, a nosso ver, relacionada a uma inadequação do que Winnicott (1988-B) denominou de *'A mãe dedicada comum'*. Na relação com o médico há indícios importantes de dificuldades de compreensão. Da paciente (avó-mãe) para o médico e vice-versa, como também da menina para sua mãe-avó. Por exemplo quando a avó-mãe fala que o problema é a garganta, e a menina se queixa da barriga, MD diz que a barriga é muito longe da garganta. E desta forma o mal-estar da menina continua não localizado.

Ansiedades ambivalentes, necessidades de controle sobre o objeto assim como atirar (projetar) conteúdos indesejáveis sobre o outro, tornando-o depositário, são algumas das vicissitudes, que observamos nesta dupla de pacientes. Desafortunadamente estes mecanismos são revividos na relação com o médico e não são utilizados para fins terapêuticos. MD oferece a seus pacientes parte do que dispõe, contudo prende-se à

solicitação médica tradicional. Responde cuidando da doença aguda, dando "orientações" sobre o intruso (farmacêutico), e o ambiente ruim (sistema de saúde). Encerra o encontro sem conseguir uma investigação mais útil das situações emocionais presentes.

Parece ter-se estabelecido uma relação de aceitação e de não-interferência no processo de doença. Com a experiência relatada por Balint podemos pensar que esta situação tende a solicitar de MD um tempo muito grande de sua agenda, além de uma sensação de frustração nas suas investidas "terapêuticas" pela recorrência das queixas, e possível agravamento das relações familiares. Como vimos, a consulta fica entremeada por questionamentos da paciente sobre o médico, e o clima não é de cooperação, mas de algo incompleto que é sistematicamente cobrado.

Gostaríamos de enfatizar algumas características descritas por Winnicott acerca da *Mãe dedicada comum*, que pode ser vivenciada quando da observação de bebês na família, como no método proposto por Bick (1964), mas diz Winnicott (1988-B):

"É fácil perceber que as crianças necessitam de um meio - ambiente firme, onde possam resolver seus conflitos de amor e ódio e suas duas tendências principais, isto é, uma que os direciona para o genitor do mesmo sexo, e a outra, que os direciona para o genitor do sexo oposto..."

Para Winnicott, não se trata de questionar moralmente se a mãe é culpada de não ser uma mãe dedicada comum, trata-se fundamentalmente de verificar o quanto ela consegue propiciar um ambiente emocional facilitador para o desenvolvimento infantil.

Temos convicção de que se o médico estiver equipado com a experiência de observador, quer de bebês, quer da sua prática cotidiana, ele poderá auxiliar seus pacientes, além do nível tradicional do diagnóstico. O médico poderá não responsabilizar a mãe, ou a sociedade, ou o sistema, mas poderá dispor de um equipamento de ajuda no sentido de construir um ambiente mais facilitador para o desenvolvimento do seu paciente.

SITUAÇÃO 2:

OBSERVAÇÃO DA CONSULTA:

LOCAL: Na frente de um sobrado geminado o consultório foi adaptado com divisórias móveis. Ao fundo há um pequeno lance de escadas que dá acesso à sala de atendimento médico e também à casa de MD.

TEMPO: 75 minutos ininterruptos de consulta.

PERSONAGENS: Paciente (DH) Senhora de 72 anos, aparentando uns 55 anos, lúcida, mancando da perna direita, trajando-se adequadamente, e de forma simples, muito falante, participando de toda a situação com muito desembaraço. MD e observador O.

A SITUAÇÃO: Uma senhora solitária vem para sua primeira consulta, por indicação de vizinhos. Sofre de problemas articulares. Perdeu recentemente a filha.

O OBSERVAÇÃO DA CONSULTA:

DH entrou, falando desde antes do lance de escadas, queixando-se de dores nas pernas, sentou-se, MD interrompeu-a dizendo que queria acertar alguns dados. DH não se deu conta do que MD lhe dissera e continuou suas queixas; a perna, depois as pernas, as dores, o locomover-se, como tudo tem piorado, como suas coisas estão difíceis. Seu relato era tão exaustivo que aparentemente, sem motivo, trouxe para o

observador um sono intenso. Este estado "torporoso" exigiu do observador um grande esforço para acompanhá-la na sua narrativa. MD prestava atenção e anotava sem olhar para o papel, não escrevia muito, olhava fixamente para DH e não demonstrava qualquer reação de mímica fácil. MD não fez qualquer interrupção e quando DH concluía algo [dificilmente isso acontecia] MD a estimulava a falar mais, DH tornava-se ainda mais detalhista.

Relatou que suas dores devem-se aos nervos das pernas, e mostrava os nervos como sendo pele, músculos e articulação. DH falava das pessoas com quem convivia, com desprezo e excessiva crítica, por exemplo: *Sua nora a domina e manipula seu pobre filho.*

DH: *"Ele é tão bom, não entendo por que precisa ficar com aquela mulherzinha..."*

Queixa-se do que considera ser caprichos da nora, conta que ela tem 7 cães e que todos os dias seu filho precisa lavar o quintal e retirar um balde de dejetos dos cães.

DH: *"Ela é que tem carro, ele tem que levá-la ao trabalho todos os dias, e às vezes ela não deixa ele usar o carro."*

Descreve que ela possui um bom emprego, ganha mais que ele e acaba deixando-o em maus lençóis. Por

outro lado descreve com afeição a figura da filha, e quando relatou que ela faleceu, chegou a ter um momento de silêncio e quase de choro. Recobrou-se elogiando de forma exuberante esta filha...

DH: *"Minha filha era maravilhosa tudo que eu tenho de bom herdei dela, a geladeira nova, o telefone, a máquina de lavar, ela chegou até mesmo a vender o carro zero do consórcio só para reformar nossa casa..."*

Com o mesmo rancor que descreve a nora, dirige-se ao marido...

"um velho rabujento de 76 anos, que vive reclamando, está esclerosado, e só enxerga o que quer, para ir pescar, consegue colocar o anzol na linha, agora em casa derrama todos os dias o açúcar do açucareiro..."

Questionada sobre as patologias do marido, relata que ele foi operado há alguns anos e que ela não consegue atender suas necessidades, pois tem incontinência fecal e necessita de fralda e que isto se prolonga por 27 anos.

MD solicita que DH fale de si mesma. DH con-

tou que ainda vende Avon (perfumes), justificando que é apenas para passar o tempo; em seguida volta a falar do marido, da rotina de sua vida, de suas lamentações e das suas queixas (dores no corpo), principalmente articulações.

No momento do exame físico alguns detalhes interessantes aconteceram. Um deles, quase cômico, foi a cena em que apesar de MD dizer várias vezes para DH sentar-se, ela insistia em se deitar.

MD examinou demoradamente o tórax, o abdôme, as pernas, a cabeça e algumas lesões de pele citadas durante a anamnese. MD examinava a pele de DH, e esta contorcia os músculos faciais como se estivesse sentindo dores. Quando solicitada a inspirar fundo, fazia uma vez apenas, solicitando o tempo todo a participação de MD em cada movimento do exame.

MD prescreveu um remédio, disse para DH que ela tinha que tomar duas pela manhã em jejum, e depois permanecer por 1 hora sem se alimentar, DH não esboçou qualquer reação a isso inicialmente, depois encontrou uma série de obstáculos, disse que temia morrer de fome por esperar uma hora, e disse também que poderia esquecer-se de tomar os remédios.

Perguntou se a farmácia onde poderia adquirir o remédio (fornecido pelo programa gratuitamente) abria aos sábados, recebeu uma negativa, disse então que não poderia tão

cedo ir comprá-los. MD disse lhe para pedir ajuda aos vizinhos que ela já havia consultado e que talvez algum deles poderia buscar os remédios para ela. Ela agradeceu e insistiu que mesmo assim seria difícil suportar a dor até que o remédio fizessem efeito. MD perguntou de que ela dispunha em casa; DH citou os remédios de praxe, novalgina etc..., MD recomendou o uso provisório de novalgina e, orientou-a para voltar dois meses após o início do uso do remédio. DH não entendeu e pediu várias explicações; parecia tentar alongar a consulta.

MD encerrou a consulta e DH permaneceu para a entrevista comigo, pois a assistente de MD informou que o próximo paciente havia telefonado para desmarcar a consulta.

A ENTREVISTA COM A PACIENTE:

Procurei deixá-la falar livremente, iniciando a entrevista com perguntas gerais sobre sua vida, como chegou ao consultório, etc.

Focalizando sua chegada ao consultório, informou-me que este está funcionando há pouco tempo e que deseja tratar-se neste consultório pois é de graça e é perto de sua casa. Não precisara esperar muito tempo para a consulta, que fora aguardada com muita expectativa. A boa experiência dos vizinhos com o consultório auxiliou-a a montar uma grande expectativa sobre a possibilidade de resolver 'desta vez' seus problemas. Não entendia o porquê do nome "consultório de família", aquilo era um posto de saúde, em seu entender.

Referiu que conhecia o caráter da regionalidade do atendimento do consultório, e que, precisava trazer uma conta de luz e a identidade para ser atendida.

DH: *"Com isso marquei do jeito que eu queria".*

Quando perguntei qual sua principal motivação para a consulta, hesitou em dizer qual era sua queixa, depois concluiu que era sua perna:

DH: *"Eu tava precisando...por causa das dores...{O: Onde doía?}...tava se agravando cada vez mais...{O: Na perna?}...É na*

perna, este frio tava me matando devagar. este frio deste ano mais do que o limite, parece que teve 2 graus abaixo de zero..."

O: "É sobre a consulta o que a senhora achou?"

DH: "Ah eu gostei [sem demonstrar afeto, com um certo desprezo], Já fui também em outro médico, se lembra das receitas que eu mostrei na consulta, foi quase igual, as perguntas tudo quase igual...".

Procurei investigar sua doença:

DH: " O Sr. sabe eu falo francamente eu...não gosto de médico, sabe, porque fico nervosa, e eu penso que eles vão me dar uma má notícia e fico com o pensamento mau, e eu evito de vir, mesmo para tirar a pressão fico nervosa, tenho medo da notícia ruim. Agora vi que não estava aguentando o frio muito forte, minha casa é toda de lajota, tem muita friagem , né? Mesmo fechando todas as portas não adianta, a minha perna (apontou para a esquerda) sofre muito [no exame durante a consulta afirmou claramente que seu problema era a perna direita].

Fico procurando estar sempre muito agasalhada, mas o frio tá muito forte, por

isso é que eu vim".

O: "A Sra. disse que o tratamento com o outro médico não deu certo..."

DH: "Não eu também não fui direito, só fui umas três vezes".

O: "Agora a Sra. acha que vai dar certo?"

DH: "Tenho que ficar firme, [não senti convicção em sua resposta]..."

O: "Era fácil ser atendida pelo médico?..."

DH: "Também ele deixou de atender a gente".

O: "Era particular?..."

DH: "Era particular e ele trabalhava em outro hospital, também tava ficando muito caro."

O: "A Sra. recebeu uma receita, e pode retirar os remédios de graça, como a Sra. vai fazer para ir pegar os remédios?"

DH: "Vou perguntar pro meu vizinho que veio aqui, se ele já foi lá buscar, se ele

pode comprar pra mim, comprar não, buscar,
é gratuito né?"

Insisto sobre a doente:

O: "A Sra. se sente esclarecida sobre seu
problema?"

DH: "Sinto sim, ele examinou direitinho
né, o coração o pulmão, apertou a barriga,
fez diversas perguntas de doença né!..

Peço que me fale do atendimento médico de hoje.

DH: "Sinto que estou perdendo o medo de
médico, quando não é pra uma coisa perigosa,
cirurgia assim né!, a gente fica com medo
das pessoas em casa, tomar anestesia não
voltar mais, haver algum engano, agora
últimamente tá saindo estes negócios de tanta
doença de AIDS, infecção, uma coisa e
outra, fico com mais medo ainda, tirar
sangue, urina na hora assim ... na hora,
fico com medo, tem gente que fala tanta
coisa, põe medo na gente, sala não está
esterilizada... Não é descartável, porque
minha irmã mais velha pegou infecção
hospitalar, fizeram um buraco fundo no
pulmão, bem fundo e saía sempre uma

secreção. Primeiro tiravam o líquido do pulmão dela com uma sonda de um furinho pequenininho, mas sempre ajuntava, ajuntava, mandava dum hospital no outro, e depois acharam que ela tinha que operar, e aí fizeram um furo bem grande do lado, perto das costas na direção do braço, precisava de uma enfermeira para fazer curativo nela todo o dia, ela tava magra que nem um esqueleto, era mais gorda que eu, tem que ver, e aquela dor, aquela dor, uma dor que só vendo, precisava fazer curativo todo dia, e aquele buraco aberto e em pouco tempo ela morreu. Morreu aos 74 anos (dois a mais que a idade atual de DH). Quando eu ia visita-la, nesse hospitalzinho daqui, eu achei até agulha de injeção entre as cobertas, fui eu que vi. Chamei a enfermeira, disse OLHA TEM AGULHAS AQUI NO MEIO DAS COBERTAS! [sua colocação carregava um tom agressivo], como é que pode alguém esquecer agulhas!. Eu achei que aquilo foi um descuido."

O: Se a Sra. passar mal aqui como é que faz, ou seu marido?

DH: "Vamos pro pronto socorro do outro bairro, é longe mas não tem outro. fazemos

o que dá né, uma vez um vizinho passou mal foi um Deus nos acuda, fui visitá-lo e fiquei até tarde da noite."

O: " Como a senhora se diverte? TV? amigos?"

DH: "A tv me enjoa..."

O: Parece que para a senhora a semana é toda igual, é assim?

DH: Não o fim- de- semana é pior, durante a semana a gente vê as pessoas, é dia de trabalho, a gente fica mais animado né!..Quando eu vejo que está tudo meio morto de sábado e domingo eu fico meio chateada, fico triste, e este é o modo da gente pensar, agora quando tem um assunto interessante, ah! é outra coisa."

O: "A senhora recebe visitas na sua casa?..

DH: É difícil, a minha filha é que ia. ela tava namorando levava o moço para minha casa, fazia doce era outra coisa, fazia uma comidinha melhor. eu convidava a mãe dele, a casa estava cheia, ela me ajudava, eu ficava melhor, sozinha não tenho ânimo para

nada me sinto desanimada, não tenho uma pessoa assim, casa que tem moça é alegre a gente se distrai, passa o tempo. Meu filho quase não vem fico só eu com meu marido e é assim."

Relata ainda que sempre morou neste local, desde quando nasceu em 1918, e que isso mudou muito. De vez em quando vai até o centro:

DH: "Agora não tenho tempo, desde que minha filha morreu eu tenho medo de deixar meu marido sozinho, [mudando o tom de voz, como quem faz confidências proibidas], ele está um pouco esclerosado, deixa a torneira aberta, as luzes acesas, e eu preciso tomar conta da casa, às vezes ele deixa a chave no portão do lado de fora e eu fico preocupada, pode uma pessoa invadir minha casa não posso deixá-lo sozinho, se não fosse isso assim mesmo eu sairia, apesar da doença, da idade eu iria. Se tivesse que comprar um calçado eu ia na cidade, passeava comprava, distraía."

O: "A senhora gostou da consulta ?"

DH: "Ah! Não dá pra dizer, foi a primeira vez, não dá pra saber, depois de eu tomar

os remédios e melhorar é que dá pra dizer."

O: *"Se a Sra. fosse fazer alguma sugestão o que sugeriria?"*

DH: *"Não tou achando defeito nenhum, este lugar precisava de alguma coisa desse tipo né..., facilita todos os moradores aqui pertinho, durante o dia, mas a noite não tem um recurso, uma injeção assim, aí fica difícil né!. Precisaria outra coisa pra atender durante a noite, pronto socorro né!"*

Tentei encerrar a entrevista, mas ela retornou a assuntos relacionados ao que vinha falando. Eu permiti por alguns instantes. Falou do filho, da vida dele e como ele não tem tempo para atendê-la como ela queria. *Não dá pra depender de condução né? É tudo tão difícil.* A entrevista não acabava, só consegui interrompê-la quando disse que iria algum dia a sua casa para um café.

A ENTREVISTA COM MD:

Comecei investigando sua vida, sua procedência e sua trajetória profissional, procurando não ser inquisidor. Informou-me que vem de outro Estado e está em São Paulo há muito pouco tempo. Perguntei-lhe em que ano formou-se:

MD: "Em 79, não 88, 86. É 86! fiz dois anos de especialização. Depois mudei para outro Estado e lá me casei. Entrei neste projeto por concurso. Tenho um conhecido que estava no projeto, eu queria mudar algumas coisas na minha vida. Tive boas informações do projeto, fiz o concurso sem muita expectativa, e acabei passando e vim. Dentro dos parâmetros dos meus interesses, esta questão do médico de família tem tudo a ver. Porque justamente entende que é necessário tentar entender o global, a coisa do... conhecer a dona Maria o Seu João dá pra entender mais a dinâmica. e, é uma experiência super- nova, ninguém tem... eu queria ver. É um desafio pra mim eu queria ver se iria funcionar. Eu só tinha experiência de consultório, estas coisas. Estamos sozinhos aqui, sem família... Esta experiência tem hora que dá angústia, eu sou de fora, não tenho amigos, sobra o trabalho, que, em si, eu acho que tá bom, eu

sinto um retorno legal. Os pacientes me mandam o vizinho da frente, do lado de trás. Eu estou me sentindo reconhecido, o atendimento é de graça, que é diferente. O atendimento é de uma hora, eles não têm isso em lugar nenhum, eu atendo igualzinho como no consultório particular, na mesma estrutura. O trabalho está sendo legal, as pessoas estão se colocando, podendo se expressar, falar delas, a maioria das doenças. sei lá 70% 80% são isso, um espaço para falar, para se expressar. Eu acho que nesse espaço eu tô entrando; sinto que as pessoas estão saindo satisfeitas. Agora tenho críticas, que ficam no meio do caminho, a questão do laboratório, de se encaixar no sistema de saúde; como é o médico de família nessa massa toda? Ninguém sabe como é. O laboratório não funciona, você vai lá para pegar o receituário, não tem; as coisas empacam na picuinha, agora o que tem a ver comigo, com meu trabalho individual, está super legal."

O: "De onde vem esta forma de ser, preocupação com o global?"

MD: "É minha proposta de trabalho, o homem é uma unidade, eu não consigo vê-lo

separado, entendeu? Não consigo ver o homem enquanto um coração, um fígado, entendeu?!"

O: "Estas idéias você adquiriu antes da Escola?"

MD: "Isso veio muito junto, né? Tinha uma idéia disso. Meu pai é farmacêutico, a consciência do que eram e do que não eram as drogas... ele vivia falando este remédio tem efeito ruim, ele causa isso, quer dizer, ele ajuda isso mas causa aquilo, e falava muito de remédios de manipulação, meu pai adora botânica, coisas naturais; é por aí né?!; Ele trabalhava como um farmacêutico comum, ainda tem uma farmácia. Nunca trabalhou com botânica, mas sempre falou disso, a transa afetiva passava pra gente, então eu acho que peguei por aí o bonde, né?!... Além disso, eu fiz até o 5º período de psicologia, tenho uma formação toda por aí, depois eu tive de largar, tive que mudar. Agora tou querendo retomar algumas coisas. Até hoje eu liguei para um curso de introdução à psicanálise, aspectos da transferência da clínica, vai dar alguns conceitos interessantes para mim, tou pensando ir por aí, estudar algumas coisas por fora sem ter que fazer uma faculdade. Pra que ser

psicólogo, eu já sei mais ou menos por onde eu quero ir né?! Vou tateando por aí, já tenho uma visão mais individualizada do paciente. Um todo um pouco maior."

Pergunto sobre seu trabalho e como vem colocando em prática sua forma de pensar.

Relata uma situação onde se sentiu indignado com a falta de informação sobre a alimentação de uma criança:

MD: "Sabe é necessário introduzir umas folhas verde - escuras na alimentação dessa criança, pegar uma cascas de ovos amassar e misturar na bebida, acrescentando um pouco de calcio na comida deles, umas coisa assim a nível de saúde pública é muito importante. As pessoas pobres terem um acesso a informações, acho que isso é ideal."

Investigo a seguir a consulta, e sua interpretação da situação médica que acabamos de dividir:

MD: "Eu acho que é mais daqueles casos que...ela é muito sozinha, e precisando falar de si, quer dizer, a questão da dor como um escudo de chegar mesmo, você vê, né? como ela chegou e como ela saiu, bem

diferente, né?!; ela chegou - AI, NÃO tou AGUENTANDO, TA DOENDO MUITO NÃO tou NEM CONSEGUINDO ANDAR, e de repente aquilo já não tava tanto assim, né?! Quer dizer falar mesmo, necessidade de falar, eu acho..."

O: "Quer dizer ela veio te procurar por solidão?".. MD: " É.."

O: "Você acha?" (perguntei provocando-o com um ar de desaprovação de sua resposta).

MD: "...é, não é só isso, não existe uma coisa tão separada assim, né...(sua reticência parecia buscar em mim minha opinião frente à situação, procurei não fornecer pistas)..não é só uma solidão, a situação envolve outras coisas.."

O: "Por exemplo."

MD: "Ah! sei lá, que se apresenta em forma de dor, eu acho"; [neste momento percebi que MD estava se sentindo desconfortável, não insisti, passamos para outro assunto].

O: "E o que voce achou do seu contato com ela?"

MD: "Eu achei que não foi muito bom, achei que ficou meio prejudicado, eu não consegui entrosar muito, entendeu?..."

O: "Minha presença atrapalhou?..."

MD: "É atrapalhou, sem duvida, não teve uma liga...."

O: "Ela estava à vontade, você achou?"

MD: "Eu achei que ela estava mais do que eu, talvez".

O: "Você se sentiu policiado?"

MD: " É, uma pressão. é impossível não tê-la ... mas de qualquer maneira pra ela foi bom, ela saiu aliviada."

O: "Você ficou com que impressão dela?"

MD: "Uma pessoa que precisa de estar com outras pessoas, uma senhora sozinha e precisando muito de ajuda das pessoas em sentido da solidão. E questão da velhice, o corpo está começando a não ser mais como era; das coisas estarem indo para o outro lado, quando ela fala assim: 'Eu era muito agitada

eu sempre fiz muita coisa. agora já não dá mais meu corpo não aguenta mais, tou sentindo as dores, meu corpo está mais devagar: é uma forma de ela não estar aceitando mais a questão da velhice, muita mágoa, carregando muita mágoa, da vida estar dando pra ela muita mágoa, isso precisa ser mexido, isso é que eu acho que posso ajudar em algum sentido."

O: "Você disse que a dor é central e aparece como uma forma de escudo, de que forma você utiliza esta teoria na sua prática diagnóstica?"

MD: "Eu tô interpretando, é claro que ela tem aí uma dor né? Que é forte, tem anos, a gente tem que investigar, uma forma da gente expressar, como uma criança que é recém-nascido e chora, se expressa chorando, berrando está falando, né? pra ir ao médico o paciente tem que ter uma dor, tem que ter um sintoma".

O: "O que você acha que DH está querendo expressar através da dor?"

MD: "Olha a questão da homeopatia, a questão da "psora", do que a gente acredita que seja, o sofrimento interno da pessoa, o

desequilíbrio, algo que não está bem equilibrado, essa coisa que está aí anterior ao sintoma físico, aquela dor é apenas uma consequência. Vou procurar esse reequilíbrio interno, é isso que a homeopatia se propõe a fazer."

O: "Qual é seu diagnóstico de DH?"

MD: "Tem uma dor nevralgica. Do ponto de vista homeopático ela tem um processo que a gente chama de PSORA, é um processo de sofrimento à flor da pele, em que ela está se defendendo de uma forma, o que a gente chama em homeopatia CICLOSE, uma hiper produção, onde ela está hipertrofiada, aquelas verrugas que estão saindo pelo corpo, ela tem caroço saindo nas costas, como algo que estivesse saindo de um processo de hipertrofia, ela fala muito, colocando muito, ela quase não deixava eu colocar as coisas, ela falava em cima, ela falou que é agitada, um sofrimento cicótico, este seria um diagnóstico. Uma forma de ver uma pessoa."

O: "Como é sua intervenção dentro desse diagnóstico?"

MD: "É dentro dessa PSORA-CICLOSE, a

medicação tenta fazer com que algo se mexa, pra tentar fazer com que ela não se defenda tanto. Na próxima consulta ela poder chegar mais mexida com alguma coisa, eu sinto ela se justificando muito através dos outros, ou seja, ela falando muito através dos outros e pouco através de si mesma, ela não diz EU SINTO, EU SOU, meu filho faz, minha filha fez, meu marido faz, como é que ela faz? Isso eu não consegui ver, por isso eu saí meio insatisfeita. Isso ficou um pouco confuso, ela vai voltar aqui um pouco mexida com alguma coisa, o remédio vai propiciar vai ajudar a mexer, e provavelmente poderei vê-la melhor, e assim poder entendê-la um pouco mais, não tem mistério. Eu sei que não dei o medicamento perfeito pra ela, eu sei que é muito limitado, mas faltam subsidios, mas eu dei o medicamento que vai propiciar a ela se expressar melhor, e no retorno eu vou poder ajudá-la melhor."

O: "E você pretende ficar por aqui. quais seus planos?"

MD: "Pretendo, apesar do pouco tempo, estou vivendo uma maturidade muito grande na minha vida, tanto na vida afetiva como na profissional, e na social, sabe, isso tá

sando bom, não sei se São Paulo esta trazendo
isso, ou se eu no meu processo de vida, tudo
que eu estou apitando está dando certo,
estou feliz, tá uma coisa boa."

Encerramos a visita num clima cordial, nos
propondo a rever os resultados desta pesquisa.

COMENTARIO A SITUAÇÃO 2:

"A FUNÇÃO APOSTOLICA": o médico demiurgo.

Quando estudamos o referencial teórico, verificamos que Balint observou alguns aspectos da postura médica que nem sempre são úteis para o desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente. Denominou de "Função Apostólica" um tipo particular de postura. A partir da experiência observacional, podemos inferir inclusive referenciais teóricos-sociais que podem também nos auxiliar a compreender a formação de tensões adicionais na relação médico-paciente.

May (1974), estudando o poder da ação e o poder exercido, do ponto de vista existencialista, descreveu cinco modalidades de postura e utilização do poder:

1-0 *poder explorador*: que caracteriza as relações tipo VOO-DOO. O médico-sacerdote sujeita seus pacientes pela violência ostensiva ou disfarçada. Utiliza meios ameaçadores de controle onipotente.

2-0 *poder manipulador*: Para exercer esta modalidade de poder, o médico precisa submeter seu paciente a uma certa perda de espontaneidade. O paciente, deixando-se manipular, consegue, em seu mundo imaginário, uma sensação de estar protegido, de ter alguém que reja sua vida.

3- O *poder competitivo*: Não se alcança um

objetivo por méritos, nesta modalidade, mas pela queda do adversário. Paciente e médico competem pelo poder.

4- *O poder nutridor:* É o exercício do poder para o outro. É o ideal médico.

5- *O poder integrador:* É o poder com o outro. Médico e paciente se ajudam num objetivo comum. É o ideal de Balint. May ilustra assim este tipo de exercício do poder:

"...quando meu analista apontava algum aspecto de meu caráter que me era penoso ouvir, minha primeira reação era negá-lo."

Uma mesma pessoa exerce todas estas modalidades, com predomínio de uma ou outra quando em relação com o outro. Pensamos que o médico que predomina, utilizando as três primeiras modalidades (poder explorador, manipulador ou competitivo), está envolto pela "função apostólica", que pode trazer uma sobrecarga emocional para o campo médico.

O predomínio desta postura nem sempre é uma atitude intencional do médico. A função apostólica vai se formando através das sucessivas experiências que o médico acumula através de sua vida. Observando pelo plano ideológico, é como se existisse um saber médico pré-estabelecido que dirigirá suas atitudes e posicionamentos, de forma quase automática.

Este saber inclui um ideal a ser defendido: Os

alopatas convictos defendem a alopatia. Os "psiquiatras psicoterapeutas" atacam os organicistas. Os cirurgiões competem com os clínicos. Assim o paciente "tem" que se enquadrar na doutrina do médico, que, quando funciona mentalmente nestas condições, utiliza-se predominantemente das modalidades do poder apostólico (explorador, manipulador ou competitivo) que dificultam seus objetivos terapêuticos.

Nesta situação podemos procurar pistas para que através da observação, possamos tentar formular hipóteses de como isto se pode dar num consultório de médico de família.

Uma hipótese que formulamos é que o próprio médico constrói suas tendências, desde antes da faculdade, para afinar-se com um modelo, que por vezes é doutrinário.

De posse dos poucos elementos da observação, iremos nos aventurar a fazer o papel de MD, caso MD estivesse refletindo sobre sua prática pessoal. Cabe destacar que estas não são inferências absolutistas, é um exercício ilustrativo. MD nos forneceu subsídios para pensarmos que ele vem construindo esta função apostólica há algum tempo. Relendo a entrevista com MD, verificamos que seu pai vem desde cedo apresentando uma postura muito crítica em relação à prática alopática.

Exercendo um certo poder manipulador sobre o paciente, o que Perestrello (1989) chamou de *relação de influência*, MD procura trazer para si os cuidados de sua paciente, sua confiança e também sua expectativa de cura. Contudo

observamos que a paciente passa também a depositar em MD a responsabilidade de pensar por ela, de ser a responsável pela sua saúde. MD repassa parcialmente esta deposição para os glóbulos, criando dificuldades na relação com a paciente, pois dificilmente poderá sustentar as necessidades que a paciente lhe dirige. Eksterman (1968) estudando fatores iatrogênicos na relação médico-paciente, escreveu:

"Assediado por um complexo tão variado de lamentos, o médico costuma escolher aqueles acessíveis a um esquema diagnóstico, controláveis por uma terapêutica química."

O diagnóstico "homeopático" de MD apesar de longo, não se aproxima do diagnóstico geral proposto por Balint, pois está pobremente apoiado na observação da relação que se processa naquele momento, a diferença básica está na imposição doutrinária, sem subsídios na observação emocional-compreensiva, mas da observação teórica doutrinária. No segundo caso, os subsídios são voltados para a utilização de uma droga exógena, enquanto que no primeiro caso os esforços são para a utilização da droga =médico=.

MD narrou que sua expectativa de sucesso terapêutico está apoiado na ação farmacológica da droga que prescreve. Em seu relato, MD deixa uma impressão de que a droga age por si só, apesar de dizer que a "conversa" é fundamental, sua atitude volta-se primordialmente à ação dos glóbulos.

MD: " *Vamos aguardar que os glóbulos facam uma mexida em DH e daqui a três meses voltamos a vê-la.* "

Apesar da presença do observador ter "atrapalhado" imensamente a consulta, pudemos constatar que o médico investigou alguns aspectos importantes da vida da paciente, mas não pôde utilizar estes elementos num plano epistemológico que viesse a auxiliar questões emocionais.

Para MD as necessidades emocionais da paciente resumiam-se em falar; a postura do médico era oferecer um espaço para o paciente falar, sem necessariamente ouvir o que estava sendo dito, novamente um comportamento teórico, desconectado da experiência observacional.

MD relatou na entrevista que diagnosticou uma "imensa solidão" em DH. Contudo sua atitude no consultório parece ter sido pouco operante neste sentido. Tentando deixar DH falar "livremente" MD, nos parece, deixou DH falar solitariamente.

Na entrevista com DH pudemos, utilizando a experiência observacional, formular um diagnóstico geral nos moldes de Balint, para procurarmos ilustrar como a prática médica poderia enriquecer-se deste arsenal:

DH sofre muito com sua impotência. Nem seu marido, nem sua nora e filho conseguem aliviar seu mal estar. Relata tentativas médicas fracassadas. Suas queixas parecem

estar localizadas em seu aparelho locomotor. Solicita intensamente um contato afetivo para que possa voltar a receber tratamento maternal, que alguém cuide de trocar suas fraldas. Sente-se muito só e sugada pelas relações que a circundam, não tendo mais onde mamar. Procura insistentemente, na figura do médico, um depositário para sua insatisfação, para seus medos e confusões. Não aceita sua vida com suas limitações, desta forma encontrou na doença um meio de "justificar" sua insatisfação, que nos parecer ser consigo mesma.

Partindo deste diagnóstico, podemos formular algumas hipóteses de dificuldades na relação médico-paciente que ficaram registradas nos sentimentos despertados no observador. Nestre trecho do presente comentário, ilustraremos a riqueza da experiência observacional para o observador-pesquisador.

A proposta terapêutica parecia ser rejeitada de pronto por DH. Ela parecia estar solicitando algo mais que os glóbulos (remédio). A dificuldade para ir até a farmácia conseguir (gratuitamente) o remédio parecia comunicar não apenas dificuldade de locomoção mas, a nosso ver, dificuldade na relação. MD não conseguiu ouvir isto e aceitou a "facilidade" que DH solicitou quando disse que utilizaria novalgina (qualquer coisa que tivesse em casa) no lugar do remédio (droga-médico) que, para MD, é a "solução" que ele, MD, pode oferecer para DH.

Observamos durante a consulta uma deposição de conteúdos mentais de DH no "depositário" MD, nos moldes em que

Klein (1946) descreve o mecanismo de identificação projetiva. MD procurou lidar com estes elementos como podia. Em alguns momentos assumiu uma postura "flexível", procurando se aliar à parte perturbada da paciente e, desta forma, tentou apaziguar a intolerância despertada em MD pela paciente, e que, na nossa hipótese, foi o desencadeante destes mecanismos contrasferenciais.

Para o observador é possível, registrar como a paciente povoa o mundo mental do médico, que muitas vezes se defende colocando uma barreira (desligando-se, ou estimulando o paciente a falar mais) no que está sendo comunicado, numa tentativa de minimizar a intolerância despertada no médico. Quando esses elementos não são tratados, não importa por que razões, o médico sentirá maiores dificuldades para lidar com este tipo de paciente, e irá procurar *'se livrar'*o quanto antes dele, quer através do referencial tempo, abreviando a consulta, quer através do desligamento psíquico, -atenção-, na consulta.

Pensamos que, quando isto ocorre, o médico dificilmente poderá utilizar estes dados contrasferenciais como elementos presentes para uma melhor ação terapêutica na relação médico-paciente.

Não sabemos o que ocorreu com certeza neste encontro, nossas hipóteses provenientes de nosso vértice de observação apontam para certos desencontros emocionais entre o médico e seu paciente. Entretanto DH na entrevista

procurou proteger MD, e mesmo sem demonstrar estar convicta de sua iniciativa de proteção, DH vai procurar providenciar o remédio e disse que irá voltar à consulta como combinado. Ficou plantada uma possibilidade de desenvolvimento dessa relação.

MD talvez não tenha podido escutar DH com o ouvido que Balint propõe, mas deixou um campo aberto e uma possibilidade inegável para que a relação possa ser desenvolvida. O elemento essencial que levantamos para compreender esta semente plantada, está no fato de MD ter aceitado as ofertas de DH, e não ter tido a iniciativa imediata de combater a doença. MD tem sem dúvida o mérito de não ter se apresentado para DH de forma a ser utilizado como um depositário apenas de sua doença, nem um crítico de suas impossibilidades e insatisfação pessoal, mas apresentou-se como alguém interessado e disponível e por isso, a nosso ver, recebeu os cuidados de DH em forma de proteção.

SITUAÇÃO 3 :

DURAÇÃO: 12 minutos

LOCAL: Num sobrado de um bairro muito carente, foi adaptado, na porção inferior do imóvel, um consultório de família. A entrada foi subdividida em três salas. Uma sala de espera ampla, com 6 cadeiras de espera, revistas, mesa com telefone e cadeira para a secretária; quadros de aviso com cartazes educativos, xerox de editais tais da Secretaria de Saúde, vacinas e um folheto de propaganda da oficina de cultura local. Uma sala de curativos também ampla com 2 macas, armários de vidro com chave e medicações, duas balas grandes de oxigênio, um nebulizador, pia, geladeira, estoque de material como frascos para coleta de material para exames complementares, papel higiênico em grande quantidade etc. O consultório médico, no fundo, com espaço bastante amplo, contendo mesa, 2 cadeiras para pacientes, uma mesa ginecológica totalmente circundada por um biombo, janela ampla, que proporciona ótima ventilação na sala e armários de vidro com chave repletos de impressos.

A SITUAÇÃO: Uma paciente (DA) de 53 anos vem para retorno fora do horário programado, tinha consulta remarcada para esta manhã, havia faltado também ontem, e vem num horário em que o consultório oferece pronto-atendimento. Está sentada calma na sala de espera com seu filho mais novo. Com ela estavam na sala outras duas pessoas que vieram para o pronto-atendimento. MD atendia um jovem e sua mãe, também no P.A..

OBSERVAÇÃO DA CONSULTA:

Após uma conversa informal com MD, achamos melhor que o próprio médico solicitasse a autorização da paciente para que o observador assistisse à consulta. MD mostrou-se muito cooperativo, assim como a paciente.

MD perguntou o que havia hoje, e num tom de "bronca-carinhosa" perguntou por que havia faltado às outras consultas. DA disse, cabisbaixa, e sem pronunciar claramente o que dizia, ter sido por causa da filha, que ela (MD) sabia do que se tratava [percebi que se utilizavam de um código secreto, onde algumas coisas são sigilosas entre as duas e elas não desejam que naquele momento eu divisasse tais situações, DA pediu desta forma e MD a respeitou]. A seguir, passaram aos sintomas.

DA relatou que sentia fortes dores na coluna. MD perguntou se AQUILO tinha melhorado, DA baixou a cabeça e acenou que não, timidamente esboçou um choro contido. MD passou rapidamente para outro assunto, perguntou sobre o tratamento ministrado. DA recompõe-se e fala do sucesso que obtivera com o remédio de MD, o óleo que tomara e que melhorara seu intestino; perguntou se havia problema em ter dado um pouco daquele óleo para a criança. MD sorriu, "aceitou" sua colocação e diz que só um pouquinho, desta vez não tinha problema, mas que era melhor que a criança passasse por uma consulta da próxima vez. Acrescentou na sua explanação que o óleo é igual ao Agarol e que este seria melhor para a criança, entretanto, melhor que o remédio é a alimentação. DA ficou satisfeita com a resposta de

MD, dizendo que o remédio lhe fizera muito bem e que sua prisão de ventre havia melhorado.

MD começou a examinar DA na cadeira onde ela estava sentada. Apalpando sua coluna perguntava se doía. DA respondia que não, não houve qualquer ponto álgico identificado. MD pegou o aparelho de pressão que estava sobre sua mesa, o estetoscópio e, enquanto isso, DA arregaçava as mangas de sua camisa. Verificou a pressão e nada disse. Voltou a se sentar passando a escrever uma receita, após ter tomado algumas notas no prontuário de DA. Deu-lhe a receita, orientando para a necessidade de tomar os remédios por 7 dias consecutivos. Lamentou que não dispusesse do remédio no consultório e pediu para que marcasse uma nova consulta em dois ou três meses e que, antes disso, marcasse a repetição dos exames de fezes. Levantou-se e encerrou a consulta. [Para mim, ficou claro que DA gostaria de continuar, e talvez tratar de alguma coisa mais, talvez as coisas que a afligiam. Na entrevista seguinte esta suposição foi confirmada.]

A ENTREVISTA COM A PACIENTE:

DA identifica-se, tem 53 anos, 9 filhos, e outros 6 que morreram, casada há 35 anos, apesar de dizer que se casou com 13 anos (talvez tenha morado com o marido por 5 anos sem se casar), é nordestina assim como sua família original. Está em São Paulo há cerca de 20 anos sempre no mesmo lugar. Desde quando se iniciou o cadastramento do consultório ela e sua família se tratam com MD.

DA: "Graças a Deus todos se "trata" com ele, ele é uma ótima pessoa."

O: "A Sra. veio aqui para quê?, O que veio tratar?"

DA: "Nervoso né, muito nervoso, passo muito nervoso assim."

O: "Como é?"

DA: "Dá muita vontade de chorar, muitas vezes em casa, sabe meu esposo...assim...meu marido é aposentado ele era pedreiro..."

O: "Ele bebe?"

DA: "Não. Meu filho é que bebe, ele vive lá em casa, ele casou e não deu certo e mora comigo..."

O: "Quem mais mora com a Sra?"

DA: "Os filhos e os netos, menos uma que mora no interior. O mais novo tem 12 anos, o mais velho tem 32. A casa tem 3 quartos, um quarto é meu e do meu marido, o outro uma filha e dois netos, no outro 4 filhos, na sala dorme o filho mais velho. Estas coisas me deixam

nervosa,..."

O: *"É o Dr. a ajuda com estes problemas?"*

DA: *"Ajuda, porque ele dá os remédios, conversa..."*

O: *"Dá conselhos?"*

DA: *"Dá!"*

O: *"Que conselhos? a Sra. se lembra de algum que a ajudou?"*

DA: *"Não, não me lembro. Eu ficava presa a aquilo tudo, ele falou que eu desabafasse e eu soltei tudo e fiquei melhor. Sou crente, e a igreja ajuda bastante. Deus pôs este médico aqui pra nos ajudar".*

O: *"O que houve hoje que a Sra. não pôde vir aqui na consulta das 11h?"*

DA: *"Tive que ir com minha filha no Foro, pra ver se o marido dela deixa alguma coisa pra ela. Ela tinha 10 anos de casada. Ela morava na casa dela, ela veio para minha casa, e os outros filhos foram morar na casa dela. ela*

está querendo trabalhar e alguém tem que ficar com os filhos dela. se não, não vai dar".

O: "A Sra. trabalha fora?"

DA: "Trabalhei no banco, faxineira. depois de balconista numa loja de sapatos, e agora não faço nada..."

O: "O que a senhora gosta de fazer?"

DA: "Gosto mesmo é do interior, de trabalhar na roça, lá onde minha filha mora V. é muito bom. Lá o campo é lindo, ela teve que fazer operação e eu fui lá cuidar dela, fiquei 2 meses. Lá eu não tenho dor de cabeça, não tenho nada tudo fica muito tranquilo. Não tem preocupação, a gente levanta cedinho, é aquele ar quente gostoso. lá é cheio de pé de laranja de manga, aquele cheiro de flores gostoso. Isso faz bem pra gente. Faz 2 meses que eu cheguei de lá, e olha só estou com dor de coluna de um monte de coisas. Ela tem 4 filhos eu trouxe 2, ela ficou com 2."

O: "Então a Sra. está com uma criancada em casa?"

DA: "É, nem diga."

O: "Como é a sua vida com seu marido?"

DA: "Ah é difícil... silêncio...vivo com ele há 30 anos (40 na verdade), eu tinha só 13.... não sabia o que era um esposo e uma esposa... assim né, o meu menino está com 12 anos, pra eu parir esta criança só vendo né, a médica teve que fazer milagre... até parece que eu era viúva né, mas desde então nunca mais tive marido, até hoje 12 anos né?, ..."

O: "Como foi o casamento, o encontro de vocês?"

DA: "Meus pais estavam longe, eu saí de lá com 12 anos, só voltei lá 20 anos depois, elas não falaram nada, agora eles estão longe, ele (seu pai) está doente foi hospitalizado, e está muito ruim , eu gostaria de ir visitá-lo, recebi uma carta faz 4 meses, que ele estava na UTI e depois ela escreveu que ele saiu e tá tudo bem, temos dificuldades, não dá pra ir lá visitá-lo."

O: "Vamos voltar aqui pra São Paulo, A primeira vez que a Sra. veio aqui como é que foi?"

DA: "Faz uns quatro meses que eu vim aqui, foi por causa do intestino, eu vim hoje pra ver o resultado dos exames, e aproveitei pra falar da coluna (e o nervosismo onde está?). Eu faltei por causa da vacina da criança, depois por causa da filha, agora eu consegui."

O: "A Sra. teria alguma sugestão pra este consultório?"

DA: "Aumentar mais, pôr pronto-socorro."

O: "O que a senhora achou de nossa conversa?"

DA: "Gostei, me fez muito bem, é difícil eu ter tanto assunto com alguém assim, gostei bastante."

A ENTREVISTA COM MD:

O clima que pairava na entrevista era diferente das outras. MD parecia nesta situação muito seguro, seguro demais, fiquei algo desconfiado, minha suspeita transitava entre uma hipótese de negação de MD com o caráter de investigação de seu trabalho, e uma outra ordem de hipóteses que permeiam a realidade de que ele é realmente tranquilo.

Pedi-me que antes de gravar a entrevista pudesse esclarecer alguns pontos do estudo. Perguntou-me se estudo a relação médico-paciente, disse-lhe que também estou interessado nisso. Depois de falarmos bastante, demonstrou-se satisfeito com minhas colocações, contudo pareceu desgostar das respostas imprecisas, pareceu que desejara um posicionamento matemático do meu trabalho, o que é perfeitamente aceitável e compreensivo.

Investiguei sua bagagem pessoal e desenvolvimento profissional, sua trajetória de vida até esta opção atual de morar na periferia de São Paulo. Disse-me que é procedente de outro Estado, que passou por questionamentos durante a graduação, quando foi para o internato rotatório ficou ainda mais indefinido quanto ao rumo da sua carreira médica, pois gostava de todas as disciplinas. Depois de formar-se, foi para o interior trabalhar como médico rural. Sentiu-se utilizado para fins políticos desligou-se do projeto, diz a respeito disso:

MD: *"Eles nos levavam para uma cidade pequena, as condições eram satisfatórias, eu ficava uns 3 meses e depois ia embora, não tinha qualquer sentido, e depois como é que ficava, quem dava acompanhamento para aquelas pessoas?"*

Voltou para sua cidade e foi fazer residência em medicina comunitária que cursou por um ano, tendo que abandoná-la em decorrência de ter entrado neste projeto.

Veio para o projeto com uma expectativa que, com o tempo, foi reformulada. Inicialmente pensava que iria trabalhar com as pessoas na comunidade. A realidade da demanda fez com que ele revisse esta expectativa, e teve que inicialmente atender mesmo em assistência médica tipo pronto-atendimento, como destaca.

Durante a residência conta que tivera uma experiência em uma favela, a qual foi muito parecida com o que encontrou no atual trabalho.

Contou ter vivido muitas angústias no interior, pois não havia outros médicos e ele tinha que resolver tudo sozinho, e ainda inexperiente, mas essa experiência o motivou a procurar a Residência em Saúde Comunitária, e depois tentar o Projeto de Médico de Família em São Paulo. Passei a investigar sua interação com a comunidade:

O: "Vocês têm liberdade para montar o consultório como bem entendem, e percebi, através de um dos cartazes lá fora, que você deixou um espaço para Pronto-Atendimento, por quê?"

MD: "Primeiro não tem equipamento de saúde próximo, o Pronto-Socorro é longe, e os Postos de Saúde funcionam precariamente. O que acontece é que a demanda de P.A. é muito grande. No início, às 5 horas da manhã tinha

gente na porta esperando consulta. Então resolvi acabar com isso e marcar hora, mas as pessoas concordaram desde que eu mantivesse um horário para P.A., além disso a demanda é mais para Pronto-Socorro mesmo. As "ITES" mesmo, amigdalITES faringITES, os crônicos mesmo são muito poucos, o acompanhamento é bem menor, a outra demanda é mais emergente. A demanda forçada que tem que atender direciona um pouco as coisas, é aquilo tenho que atender né?!, minha vontade é estar na rua, agir mais próximo deles mesmo..."

O: "Quer dizer dentro da casa deles?"

MD: "Não, mostrar aqui o lugar mesmo, tá faltando um monte de coisas que eles têm que mexer."

O: "Reinvidicações?"

MD: "Até isso, mas coisas que eles têm que conseguir, por exemplo aqui: Todo fim de semana atropelam uma criança, até hoje ninguém se mexeu para procurar colocar um quebra molas. Existem determinadas ações que podem ter um efeito muito bom. A demanda médica é muito grande, acabo ficando aqui dentro atendendo, é muito fácil."

O: "Com essas colocações eu penso que voce tem uma crítica do funcionamento e da estrutura médica, qual seria?"

MD: "É, [sorri bastante, deixa escapar uma gargalhada], é por exemplo: a formação dos médicos está muito especialista, até isso me angustiava na Faculdade, não conseguia me enquadrar nisso. Não dá para esconder que o nível está muito baixo mesmo, mesmo dentro das escolas médicas as coisas não estão bem. Tenho minhas aspirações, e eu acho que todos os médicos deveriam passar por esta experiência..."

O: "Qual seria a sua aspiração?"

MD: "Sei lá, implantar outros serviços desse tipo..."

O: "Ser uma implantadora deste projeto em outros lugares, seria isso?"

MD: "Não, não é bem isso, algumas pessoas têm que ver isso. Por exemplo: Aqui mesmo algumas pessoas não entendem esse consultório, pensam que é um postinho de saúde. Tem diferença, não é só uma consulta. Eles chegam aqui e conseguem mais informações.

*Eles sabem que vão conseguir alguma resposta .
Se outras pessoas passassem por isso poderiam
estar mais críticas com o trabalho."*

O: *"E sobre DA ?"*

MD: *"É... esta é uma das vantagens disso daqui,
poder conhecer nossos pacientes, o que num
hospital geral não é possível. Aqui dá pra
conhecer mais profundamente as pessoas, DA,
por exemplo, no início não conseguia nada, as
primeiras consultas foram péssimas. Não
conseguia que ela falasse [estas observações
coincidem com minhas impressões da paciente,
com relação à sua rigidez e
"inacessibilidade"], e eu comecei a ser duro
com ela, sabe médico mesmo..."*

O: *"Como assim, o que você fazia?"*

MD: *"Dava umas duras nela, dizia;mas como é
que é DA, assim não dá, tem que usar os
remédios como eu lhe disse, se não, não vai
dar. E ela chegou numa determinada hora que me
ouviu e se abriu, seus 8 filhos e toda sua
situação. Conseguiu ir além da queixa, a
queixa de lombalgia eu sei que não tem nada, é
que ela acorda de madrugada para lavar um
montão de roupas de toda essa gente."*

O: "Você acha então que a queixa dela é relacionada à sua ocupação?"

MD: "Como?"

O: "Qual é o diagnóstico de DA?"

MD: "Uma mulher que tem uma vida de cão, com filhos pra burro, com sessenta e poucos anos (tem 53), tem que se queixar mesmo, se não for aqui tem que ter alguma coisa."

O: "Como você acha que pode interferir nesse diagnóstico?"

MD: "Olha, infelizmente eu não estou fazendo nada."

O: "Mas você disse que a ajuda, que ela se alivia"

MD: "Sim, mas muito pequena, você vê só, nesse nosso sistema de marcação, eles vêm e se queixam [nesse momento não sei se falávamos de DA ou de todos os pacientes], em termos de atuação mesmo não faço muito."

O: "Não há nada que voce gostaria de fazer?"

MD: "Talvez até de mostrar mesmo o que se pode fazer, sei lá, mas hoje nem eu nem ela estávamos afins [como sabe que ela não estava afim?]. Na entrevista ficou claro que DA queria uma abordagem maior], a lombalgia dá vontade de mostrar. Lava a roupa de 15 pessoas de madrugada enquanto tem água correndo."

O: "Pra você qual seria o problema dela?"

MD: "A sobrecarga, sei lá...a solução seria..., não sei, ir contra o marido, não mudar sua atitude com o marido, mas isso é difícil de mexer. Cada vez mais tudo isso não tem jeito, não vejo solução, o problema é político-social, e independe da minha interferência, minha atuação é muito pequena, talvez alguma atuação. Mas começo a entender que esta doente, que é ou não é doença."

O: "Você sente que está formando algum tipo de vínculo com estas pessoas?"

MD: "....silêncio... é, pode... No início não entendia muito bem, eles não me vêem exatamente como um médico, as roupas, sei lá acabam proporcionando uma outra forma de relação. No início era muito pior, eles

achavam que em qualquer hora podiam vir, e aí com o tempo passaram a ver que existe um profissional aqui. Houve um pouco de entendimento. O respeito melhorou muito, alguém que é que nem eles agora, existe um certo relacionamento, do "tipo vai lá em casa tomar um café".

Antes de encerrarmos a entrevista, MD pôde externar algum mal-estar de se sentir muito isolado do mundo a que estava habituado. Morar na periferia não é algo tão simples como se imagina? Disse:

MD: "Fim de semana é sair daqui não importa pra onde, qualquer lugar. Não dá pra ficar."

COMENTARIO A SITUAÇÃO 3:

Esta situação ilustra, em nossa ótica, alguns conceitos interessantes que Balint observou em seus grupos, como, por exemplo, "O problema da abordagem terapêutica pelo clínico geral" e o "O uso da psicologia do senso comum". Conceitos retirados de uma experiência de observação-compreensiva. Neste episódio podemos, chegar às mesmas conclusões a que Balint chegou, basta utilizarmos a mesma postura metodológica.

O problema da abordagem terapêutica

Apesar do encontro ser rápido e em condições insatisfatórias, principalmente pela presença do observador, podemos formular hipóteses sobre o que foi observado, não como uma crítica ou forma de ajuda ao médico, mas como material de estudo.

MD dispunha de um bom tempo para atender esta paciente, e que mesmo que sua consulta fora agendada, naquele momento o consultório não estava repleto, e DA compareceu para o atendimento no horário que foi estabelecido para estas situações de pronto - atendimento. Existe uma familiaridade constatada entre médico e paciente, que possibilita ao médico teoricamente, ter "conhecimento" de alguma intimidade de DA como elemento diagnóstico.

Dentro desta perspectiva qual é então a queixa

da paciente no entender de MD? Que uso faz MD deste diagnóstico? Revendo as anotações da observação da consulta e "relendo" as entrevistas que foram gravadas, podemos observar que a presença do observador atrapalhou aquele encontro, mas não modificou um posicionamento que, em nossa hipótese, está estabelecido em MD, sem que MD se dê conta, e principalmente sem que haja um espaço em sua vida para que MD possa verificar e refletir esta prática.

Vejamos então o que nos diz Balint sobre a oferta do paciente. O problema da abordagem global do paciente passa inicialmente pela questão do diagnóstico. Quando estão envolvidos aspectos emocionais do paciente haverá, como Balint salienta, a necessidade de uma disponibilidade afetiva no médico, entendemos que esta possibilidade possa ser melhor sistematizada a partir da experiência observacional.

Hoirisch (1970), observando os significados das queixas dos pacientes, destacou um pedido submerso de ajuda:

"...nas raízes de seus sintomas, está constantemente a necessidade de fortalecer seu sentimento de identidade."

Eksterman (1968) assinala que a evolução do ser doente está em íntima dependência da sua estrutura de personalidade, e que esta recebe pouca atenção médica. Mesmo assim, para Eksterman, a vida emocional do doente será sempre, e de algum modo, objeto de cuidados médicos, ainda que de forma inconsciente e não sistematizada. A hipótese que formulamos está

baseada nesta possibilidade:

Inicialmente, pareceu que MD protegia a relação com sua paciente, tomemos um trecho da observação:

"Utilizavam-se de um código secreto, onde algumas coisas são sigilosas entre ambos, e pareciam não desejar que naquele momento que o observador (estranho à relação) compartilhasse de sua intimidade. Falavam por exemplo:

"E aquilo, como está?... Na mesma, as coisas não mudam fácil..."

A primeira impressão levantou suspeitas de que aquela relação tratava de aspectos emocionais e que a presença do observador não permitia que pudessem ser tratados. Contudo uma desconfiança ficou pendente no observador: Por que DA faltou sucessivamente às consultas? Isto teria uma significação para a relação de ambos? Se algo é tão sigiloso por que foi mencionado?

Não podemos responder a estas questões com a fundamentação que desejaríamos; entretanto alguns indícios apontam para o seguinte questionamento: DA poderia estar comunicando sua insatisfação através das faltas. Não apenas uma possível insatisfação com o tratamento, não há elementos para esta afirmação, mas poderia estar se referindo àquela insatisfação relacionada à sua vida psíquica.

O uso da *"Psicologia do Senso comum"*

Apesar de falar do peso que as filhas continuam trazendo para DA (faltou primeiro por problemas de uma filha, depois por problemas de uma outra filha), MD como a maioria dos médicos, procurou a etiologia da 'lombalgia' de que DA sofre, em questões ocupacionais que dificilmente, mesmo que apontadas, ajudariam DA.

MD utiliza-se deste dado com o arsenal de que dispõe, ou seja interpreta isto apenas como um dado social, isto parece criar condições para que DA tenha confiança em MD e tenha sua "oferta" de doença parcialmente aceita. Parece que o fato ficou demonstrado quando MD oferece um espaço para DA, mesmo que seja um espaço apertado, e mostra um certo agradecimento a MD:

"DA recompõe-se e fala do sucesso que obteve com o remédio de MD...pergunta se tem algum problema ter dado um pouco daquele óleo para a criança..."

Perguntaríamos: Qual remédio? O laxativo? O aliviante? O cuidado com a paciente? Não sabemos, pensamos porém que todos estes componentes do remédio vieram condensados no óleo que tanto bem fez à paciente e a um de seus "filhos" pequenos, pois pode ter ajudado a DA a 'evacuar' um pouco de seus conteúdos que lhe causavam mal-estar.

Se a esta disponibilidade empática de MD pudéssemos acrescentar um arsenal psicológico, por exemplo a função de "Holding" descrita por Winnicott (1965), que a

experiência com o método de observação de bebês proporciona, o processo cronificante de doença, poderia ser alterado, como ensina Eksterman:

enfermidade - ansiedade - regressão

ansiedade - hostilidade e privação do "holding"

SITUAÇÃO 4:

Observando a relação médico-paciente num encaminhamento ao especialista

Duração da consulta: 20 minutos

Local: Casa de excelente nível, adaptada, "um imóvel muito mais que preciso", afirmou MD. Toda sua parte inferior foi redistribuída para o consultório. Um enorme "hall" de espera com muitas cadeiras, mesa de secretária telefone, uma sala de curativos com estufa para esterilização de material cirúrgico, duas salas de consulta.

Situação: Uma senhora, SH, de 63 anos vem para seu retorno depois de 45 dias, é paciente do consultório há cerca de um ano; na última consulta recebeu várias orientações: consultar-se com um endocrinologista e um reumatologista, além de providenciar exames complementares.

A OBSERVAÇÃO DA CONSULTA:

SH chegou cerca de meia hora antes de sua consulta, enquanto aguardava permaneceu o tempo todo conversando com a secretária que, demonstrando pouco interesse, suspirava a todo instante. SH falava predominantemente das experiências 'odiosas' que tivera nos outros serviços médicos por onde fora obrigada a passar.

MD a chama, ela termina rapidamente o que di-

zia para a secretária e só depois dirige a palavra a MD. Estavam na hora para a consulta. SH entra falando muito, relata que trouxe todos os exames, e que esteve nos dois especialistas sugeridos, disse também que eu estava desconfortável onde me posicionava, sorri.

De um saco plástico retira vários envelopes e papéis e coloca-os na mesa de MD. Vai entregando um a um, MD apanha os resultados anota em seu arquivo e, sem olhar para SH faz-lhe perguntas. Ao procurar saber quais as queixa, de SH, esta começa a falar de suas dores, mas passa imediatamente ao mesmo assunto de que tratava com a secretária, ou seja, a experiência frustrante que tivera com os outros médicos. Por exemplo, falava inicialmente da coluna, passando a criticar o reumatologista que MD indicara. Dizia como eram os remédios que foram prescritos.

Permeia seu relato com queixas de cansaço, pois perdeu toda a manhã com esta consulta. Sua forma de se expressar é acelerada, discorre sobre muitos assuntos quase ao mesmo tempo, confundindo os ouvintes, exigindo grande atenção para compreendê-la. MD não a interrompe, parece não ouvi-la e passa a dirigir mais sua atenção aos papéis e anotações dos resultados dos exames. Passado algum tempo, MD a interrompe e procura esclarecer um dado do RX. Ela então passa a discursar sobre o RX. MD faz anotações e não a interrompe mais, pois ela se queixa da máquina, do operador, do tempo que gastou etc...

SH então pergunta para MD se ele viu o que deu

no RX da bacia. MD responde que aquilo não é nada, pergunta então se ele viu o que deu nos joelhos. MD diz que é aquele mesmo problema que diagnosticou, e que não tem muito jeito mesmo. SH diz então que o reumatologista disse que ela fala muito, dando bastante ênfase nesta colocação. MD responde então, pela primeira vez na consulta, que ele concorda com o reumatologista. SH diz que é verdade, que ela fala muito, mas que se não disser tudo o que acontece, como é que o médico vai saber o que se passa com ela? E com MD ela fala mesmo, porque ele anota tudo, [MD pára de anotar e a olha].

MD pergunta então quais as orientações do reumatologista, SH responde de forma muito queixosa, que este lhe receitou uns remédios, muito caros, frisa, e a mandou para a fisioterapia. SH passa-lhe a receita, MD diz que não consegue ler o último remédio, mostra-me a receita, consigo ler facilmente, diz então que não conhece aquele farmaco, pega o DEF (Dicionário Especialidades Farmacêuticas) e procura com uma letra trocada (apesar de eu perceber isso não interfiro), não acha o nome do remédio. SH então sugere que talvez seja escrito com outra letra. [ela estava correta], ele volta a procurar, pára em uma página, lê, fecha o DEF e passa a outros dados na consulta.

Pergunta sobre a fisioterapia, dando ênfase à necessidade de SH cumpri-la. SH irrompe numa explosão de fúria e ataca violentamente o serviço público de fisioterapia; MD estranha sua reação, pára o que esta fazendo e agora dirige toda sua atenção para SH. Ela discorre sobre o episódio de uma forma extremamente crítica e severa:

SH: "Aquilo é uma M...., sabe, né? não precisa dizer, primeiro a mocinha disse que eu ia deitar, que iria fazer exercícios na maca, mas como estava cheio de gente e outra deitou antes que eu, ela me mandou andar no corredor, é um desaforo, ou é deitado que precisa ou é andando, aí me mandou rodar uma roda na parede, não me falou de posição de nada, daí me mandou subir com dedos uma escadinha, e só...aí fui para a massagem, por Deus... se durou um segundo foi muito, ela jogou talco na pele passou a mão e disse: - "pronto, a próxima!" É um desaforo, o Sr. não acha?"

MD disse que ela precisa fazer exercícios, que é fundamental para que ela se recupere da coluna. SH rechaçou sua colocação com veemência, dizendo que se aquilo lá é fisioterapia então é melhor não fazer nada, porque aquilo não adianta mesmo. Diz também que não aguenta andar, e é muito fácil dizer que ela tem que andar, mas não tem jeito, ela não consegue.

MD então diz: "...a Sra. deve procurar acertar lá na fisioterapia e precisa resolver seus problemas, como é a vida com seu marido?".

SH responde que é daquele jeito, que não consegue nada mesmo, ele chega em casa e só quer saber da TV,

ainda por cima só assiste a filmes de bang-bang, que ela odeia, eles não conversam. MD diz que assim não pode continuar. SH diz que são 47 anos assim e que não vai mudar mesmo. MD insiste em que vai chamar seu marido para que eles três conversem, e assim possam resolver tal situação. SH irrita-se dizendo que não tem jeito, e que sua vida é aquilo mesmo.

MD retorna então ao assunto do fisioterapeuta e insiste na sua atuação. SH nada responde. MD verifica então o endocrinologista e deixa escapar uma crítica contundente à conduta do especialista. SH apega-se a este fato e atira um contra o outro. SH diz: *"Então, doutor, aqui eu acho que é melhor para ser atendida, tenho tanto medo dos outros médicos"*.

Depois dessas observações conta uma experiência que sofreu na mão de um médico. MD, que não prestava atenção à narrativa de SH, diz que ela deve repetir os exames da tireóide, e revendo a crítica ao colega diz: *"Eu acho que ele mesmo vai pedir isso, não se preocupe."*

MD encerra a consulta dizendo que ela está bem controlada da hipertensão, e que não iria pedir nenhum exame, mas que esperava revê-la em dois meses. SH não queria encerrar a entrevista e dispara um questionário sobre MD, que responde monossilabicamente, sem dar chances para outras perguntas, levanta-se, abre a porta e encerra a consulta.

A ENTREVISTA COM SH:

Solicitei a sala de curativos para a entrevista com a paciente. Como havia uma extensão do telefone, fomos interrompidos várias vezes durante a entrevista.

Peço para que ela se identifique, diz que tem 63 anos, mora ao lado do consultório, numa casa própria. Tem dois filhos casados. Fez duas casas no fundo, os dois casados moravam com ela. Seu marido é aposentado por ter sido operado no estômago. Foi operário por muitos anos. Conta como sentia seu marido com valor, mas seus sucessivos "fracassos" fizeram-na desgostosa na vida conjugal.

SH trata-se com MD desde a abertura do consultório. Ela veio até o consultório pedir para ser cadastrada, pois sabe que precisa de atendimento médico e é perto. Enumera os problemas do marido, sua cirurgia cardíaca, seus problemas gastrointestinais etc..., como necessidade para o atendimento médico. Ela mesma vem por muitos motivos, que se diluem em diversos chavões médicos que vão do ácido úrico, passando pelos joelhos, varizes, tireóide, hipertensão até o diabetes. Dá ênfase à coluna, destacando:

SH: "O MD foi muito bom pra mim, só que esse problema aqui do reumatismo ele mandou eu ir até o reumatologista no INPS. ele me mandou fazer este cobalto, até muitos acham que ele não deveria ter me mandado fazer isso, e eu

continuei na mesma. O doutor (MD) me disse que não conseguia resolver este problema e mandou para um especialista mesmo."

O: *"E melhorou?" (Referia-me ao tratamento com o especialista, mas ela entendeu como sendo o tratamento que MD lhe oferece).*

SH: *"Ah, sim, por exemplo o acido úrico tava até com gota já, melhorou porque ele me deu os remédios, essa parte sanou, eu tinha uma dor no braço assim e essa veia (cubital) tinha que me levantar à noite. Ele mandou eu tomar o propanolol e melhorou. Mesmo quando ele marca para dois meses, não adianta; eu venho aqui mesmo, eu digo pra ele não adianta eu tenho que me tratar, e ele me atende. Tem um outro médico que eu fui quando ele entrou de férias. Tem que pagar, ele tem convênio, mas eu fui lá. Ele disse que eu falasse com o médico do SUDS e conseguisse os exames com ele. Também lá saíram de férias e não dava. Aí eu fui tratar com o endócrino porque eu não consigo emagrecer, pedi pra ele para ir no posto de saúde, e eles tiraram as chapas pra mim. Quer dizer, esse dinheiro a gente economiza. O Sr. sabe, meu filho passou muito mal um tempo, ele não tinha dinheiro, agora não, ele comprou minha casa, agora melhorou."*

O: "O seu marido também se trata aqui, seus filhos?..."

SH: "Também, traz as crianças, todo mundo aqui. O doutor ajuda muito, o Sr. vê, hoje de manhã eu fui no outro médico, e me deu remédios, eu ia pedir pra ele me dar os remédios, achei que era um pouco de abuso, o Sr. viu, né, gastei lá na farmácia 602,00; era 502,00, mas como eu comprei duas latinhas de talco que "estava" em oferta aproveitei né, e foi assim que eu gastei. O Sr. vê pra gente que é aposentado as coisas não estão "fácil", o sogro do meu filho trabalha na feira, eles vendem coco, eles são descendentes de espanhol, italiano, não são baianos. É um meio que ele tem pra ganhar a vida. Antigamente tudo que ele economizava ele gastou tudo, o médico uma vez deu antibióticos pra ele porque não sabia o que ele tinha, e agora ele aqui com MD consegue resolver seus problemas e não gasta nada."

O: "E a senhora como começou sua doença?"

SH: "Tenho chapas de 1970. Sentia muita dor nas pernas, trabalhava."

O: "Aí a senhora parou de trabalhar?"

SH: "Não! Nunca! Eu tinha que carregar muito peso, recolocar fios uma "imenda" dos fios é trabalho, às vezes 5 mil fios". O médico a informou que tudo que ela tem é de ter carregado muito peso e ter ficado em má posição.

O: "A Sra. cuidava também da casa enquanto trabalhava?"

SH: "Tinha minha mãe ainda, que era doente, sou filha única, meu pai que morava conosco. os dois filhos e ele, que dava trabalho, eu ainda fazia cabelo e unha nas horas vagas porque senão o que a gente ganhava não dava, o diploma de cabeleireira me ajudava. Nunca tive empregada, tinha uma menina para ajudar minha mãe, só..."

O: "E hoje a Sra. faz tudo isso sozinha?"

SH: "Faço tudo, meu marido ajuda um pouco na limpeza. Fazia unha até uns meses atrás, por necessidade mesmo, antes da atualização da aposentadoria. Meu marido pagava o convênio "X". Eu nunca tive, ele é que sempre foi o doente e precisava. Não dava pra pagar dois. Ele operou o coração, o remédio era preparado, ele me mandava comprar, e tudo que

eu ganhava era só para pagar o remédio. Então eu falava quando eu descobri que tinha problema de coluna. Eu trabalhava de pé, e doía muito as pernas, acabei operando. Antes tratei para emagrecer. Operei pela primeira vez, a dor continuou. Fui no professor B., tive ótimas refências dele, aí acabei operando. Não resolveu e só piorou, fiquei barbarizada. Continuavam aquelas dores na perna. O clínico geral da firma me examinou e disse pra eu tirar a chapa da coluna. Tirei e levei pra ele. Ele me disse que toda minha dor é da coluna e que eu nunca deveria ter operado das varizes, e que meu problema não tem mais jeito. Eu fui tão ignorante naquela época, que nem pedi indenização pro INPS, veja só. Eu não sabia, não tinha tempo pra saber estas coisas, fui no ortopedista, ele confirmou isso tudo."

O: "O que a Sra. considera ser seu principal problema?"

SH: "Minha coluna, eu também não tinha esse problema do joelho, do ácido úri..."

O: "A Sra. acha que esse tratamento da fisioterapia vai ajudar?"

SH: "Olha que andar, não. Eu não consigo andar mesmo, eu até acho que quando eu descanso melhora. Agora os exercícios pode ser, eu até entrei na natação, mas eu não consigo movimentar direito. Com o frio agora, tive que parar, por causa de um casal que não quis reajustar as prestações, a coisa piorou, não é muito. O dono faleceu, a mulher dele não sabe tocar aquilo. O homem que acordava cedo para ligar a piscina não ia e a água ficava fria." (discorre longamente, até que a interrompo).

A ENTREVISTA COM MD:

O esquema de funcionamento do consultório deixa um espaço em cada hora útil para o atendimento de "emergência", MD está neste local há pouco mais de 1 ano. Peço para MD falar de SH:

MD: "Ela tem atendimento especializado, e basicamente o motivo de seu acompanhamento deve-se ao controle da hipertensão. Ela é uma paciente poliqueixosa, deu pra você ver, é difícil. Ela realmente tem uma osteoartrose e outras coisas."

O: "Como você chegou aqui?"

MD: "Esta é uma história de toda a minha formação. Eu, já quando entrei na Faculdade, pretendia fazer algum serviço mais amplo, não ficar restrito a uma coisinha só. Trabalhei em diversos serviços, como por exemplo com hipertensos, diabetes, e outros da parte clínica, fiz três anos de maternidade-escola, e fiz Residência depois em Cirurgia geral. Quando terminei a Residência, eu tinha dois colegas que foram pro interior. Pela Prefeitura de uma cidadezinha pequena, para estruturar um serviço médico tipo referência para a região. Durante um certo tempo

funcionou muito bem. Precisavam de mais alguém com formação cirúrgica. Fomos pra lá e procuramos implantar as ações integradas de saúde. O colega que dera início ao trabalho foi pra Secretaria de Saúde, e as coisas ficaram um pouco duvidosas. Começamos a buscar um outro tipo de serviço. Soube deste projeto da Secretaria de São Paulo, eu prestei concurso, passei e aqui estamos. Também um projeto mais ou menos abrangente de medicina, que eu queria."

O: "Você pretende ficar instalado aqui?"

MD: "A prosseguir o projeto, sim. A única coisa que eu ainda "tô" conversando com o pessoal lá, é que eu sou cirurgião, e eu gostaria de estar operando essa gente daqui, se houvesse uma abertura para isso. O salário da gente foi bombardeado pela demolição que houve na Secretaria de Saúde. Agora conseguimos um nível salarial que pra mim está adequado."

O: "Como ficou seu engajamento nesse trabalho?"

MD: "Esta dentro das minhas expectativas, eu gostaria de poder operar, talvez no hospital da região, aqui do lado, não faria

grandes cirurgias mas manteria atendendo minhas indicações daqui mesmo. Poderia acompanhar o pós-operatório em casa. Não vejo por que o médico de família não pode fazer isso, como no interior. Fiz cirurgia para dar mais mão, uma bagagem maior."

O: "Vamos falar da SH. Você disse que ela é uma das pacientes mais queixosas...mais difíceis ..."

MD: "Hoje já surgiu aquilo que eu te disse [É interessante destacar que na hora não me lembrei do que tinha dito. Depois, porém, ele me disse que esta sendo muito comum no seu consultório, os pacientes virem com queixas apenas, depois citam de leve o marido. Além disso falam do marido para, na presença do marido junto ao médico, poderem tratar de aspectos que vivem com muita dificuldade na vida conjugal. MD estava apontando para o fato de que isto era o que se repetia na situação de SH],daqui a pouco começam as queixas do marido, não sei se você percebeu!!"

O: "Ela tem algum tipo de problema emocional?"

MD: "Vamos dizer que sim. Existe algum

problema no seu relacionamento familiar. Duas ou três vezes que ela veio aí em crise..."

O: "O que seria este problema?"

MD: "Parece que é o marido que prefere a TV a ela. Ela tem uma família que está começando a desmontar o esquema que ela tinha. Ela vai ter que mudar de casa e ficar longe dos netos. Ela tem osteoartrite, ela tem a hipertensão, mas entra em crise quando o problema aparece. O problema aparece para desencadear a descompensação..."

O: "O problema emocional relaciona-se então ao filho, ao marido aos esquemas com a casa?"

MD: "Aparentemente é o que ela relaciona aqui. Ela começou a contar que pretendia mudar da casa, mas que agora vai ficar longe dos netos e que isso é difícil. O marido que presta atenção mais na TV do que nela, ela deixou passar esta mensagem, não sei a impressão estaria por aí..."

O: "Então o que ela estaria solicitando de você?"

MD: "Não sei. Coloco-me à disposição para ela

falar, o marido..."tô" colocando que o marido precisa ajudar no tratamento dela, pra ver se aqui sai alguma discussão entre eles..."

O: "Então poderíamos dizer que ela lhe esta solicitando como um pedido de socorro?"

MD: "Justamente, procuro conversar, uma das áreas que eu..., diria, tenho... grande deficiência é na área... área..."

O: "Emocional?"

MD: "É na area emocional...."

O: "Você teve vontade de medicá-la?"

MD: "Não, não pensei, acho que tenho que conversar um pouquinho mais."

O: "Ela está tomando remédios em várias especialidades, inclusive está sendo vista por outros especialistas, você acha que o "problema emocional" também requer um especialista?"

MD: "Por enquanto eu nem sei qual é o problema, estou começando a ver isto agora; nestes dias, não dá pra pensar nisso. Nas

primeiras consultas era só a hipertensão e a osteoartrite que eram os problemas da vida dela, isso é mais ou menos... não sei se é o tipo de população que eu tenho aqui, eles são super-fechados, super-desconfiados, têm uma certa má receptividade, a não ser, como já, te falei, quando eu me apresentei aqui, é o médico, "tá" definido. Quando a gente entrou aqui, a coisa era bem diferente. Eles eram trancados. Nos primeiros dias tínhamos 8 marcadas, eram as 8 que apareciam quando apareciam; agora tenho que reprimir porque a demanda cresceu muito. Existe uma certa pressão da população para atender. Não é cadastrado, vai ao sistema de saúde, que aqui não é tão inacessível."

COMENTARIO A SITUAÇÃO 4:

Nesta situação podemos observar quão ricos são os conceitos propostos por Balint, como são universalmente aplicáveis, principalmente quando o médico se depara com pacientes emocionalmente solicitantes, e que são considerados, por isso mesmo, como *pacientes difíceis* (píssicos, pitiáticos, DNVs etc...).

A atitude médica pode assemelhar-se a um padrão observado em algumas mães que foram observadas através do método de observação da relação mãe-bebê. Este padrão revela uma intolerância inicial com determinados comportamentos próprios de seus bebês.

A observação desta situação nos proporciona formular uma hipótese onde a atitude intolerante do médico para com as solicitações psíquicas de sua paciente podem ter determinado o encaminhamento para o especialista.

Da mesma forma alguns conceitos observados por Balint quando estudou os níveis diagnósticos, parecem estar ilustrados propositadamente nesta situação. O *Encaminhar para o especialista* quando o médico "esgotou" todos seus recursos para abordar um paciente emocionalmente difícil, fazendo uma tentativa quase desesperada para encontrar respostas às próprias dúvidas em relação à sua prática, e, sem perceber, mantendo com o especialista uma relação que Balint denominou *relação tipo professor-aluno*, que teria como função psíquica "aliviar" o

médico do assédio emocional da paciente (difícil).

Observando através desta ótica, esta situação auxilia-nos a ilustrar também o uso que o clínico geral faz de alguns aspectos da "Psicologia do Senso Comum", ajudando-nos a estudar o possível uso deste expediente a serviço de encobrir a falta de aparelhamento para **Abordar Questões Emocionais**. Procuramos também neste comentário discutir alguns aspectos da relação médico-paciente que está associado a um receio do médico de ouvir sua própria intuição.

O nível diagnóstico: o que realmente a paciente tem?

SH oferece a seu médico uma infinidade de doenças. São queixas diversas de vários sistemas. MD, muito competente faz o diagnóstico médico-biológico (como denominamos =tradicional=):

MD: " *Ela tem atendimento especializado, e basicamente o motivo do acompanhamento é controlar sua hipertensão. Ela é uma paciente poliqueixosa... mas realmente tem uma artrose e outras coisas.*"

Não podemos precisar o que MD quis dizer ao mencionar : "*mas realmente tem uma artrose e outras coisas.*" Mencionando o realmente e o poliqueixosa podemos supor que MD nos fornece indícios de sua dificuldade para o diagnóstico geral, como se as queixas emocionais de SH não fossem para MD alguma

coisa real. Apenas o são sua artrose e hipertensão. Essas outras coisas que menciona são apenas esmiuçadas na entrevista com MD, onde procuramos investigar sua compreensão diagnóstica num nível geral sobre a paciente. Foi neste momento que pudemos observar o uso da **Psicologia do Senso Comum** como um instrumento que acomoda teorias e posturas médico-assistenciais, encobrando a ausência de um embasamento psicológico da formação médica.

O: *"Mas qual seria seu problema?"*

MD: *"Começando a colocar agora, parece que é o marido que prefere a tv a ela. Ela tem uma família que está começando a desmontar o esquema que ela tinha, ela vai ter que mudar de casa e ficar longe dos netos. Ela tem osteoartrose, tem hipertensão, mas entra em crise quando o problema aparece. O problema aparece para desencadear a descompensação."*

A Psicologia do Senso Comum apresenta-se muitas vezes inserida nos compêndios de medicina interna, por exemplo:

- *Dentre os fatores etiopatogênicos existem os emocionais. Não se diz quais, nem como isto ocorre. Num editorial do conceituado periódico The Lancet, podemos ver uma citação onde o editor procura demonstrar a inegável relação entre a psique e o soma, porém advoga a necessidade de se desenvolverem pesquisas para se quantificar tal relação (Anonymous-Lancet, 1981). Como ensina Cassorla (1981), faltam provas científicas para que os*

médicos possam, dentro de sua competência, se permitir trabalhar com o psíquico de seus pacientes.

-Fatores emocionais estão associados à descompensação de sistemas fragilmente compensados. Este é um fenômeno que podemos observar na clínica médica com muita frequência, contudo o médico nem sempre consegue identificar o que se quer dizer com o chavão fatores emocionais.

Ouvimos freqüentemente de diversos médicos que, mesmo que desconfiem intuitivamente de algo no plano psíquico, sua atitude inicial de se afastar de sua intuição, não apenas como medida de proteção de seu espaço, ou como uma atitude relacionada a um temor de ter um paciente difícil "grudado em seu pé", mas principalmente por lhe faltar um conhecimento vivo da vida mental, que a observação da relação médico-paciente pode proporcionar.

Isto colocado nesta situação, que ocorreu em um consultório de família, onde o médico dispunha de tempo, de disponibilidade de acompanhamento e de estar familiarizado com a situação de sua paciente, parece nos remeter aos seminários de Balint em 1950, onde estas dificuldades eram presentes, quase identicamente, e que estavam sendo investigadas pela primeira vez. É uma constatação triste que nestes quarenta anos muito pouco se tenha feito para auxiliar o médico a se aparelhar para lidar com tais situações.

Perestrello (1989) descreve uma situação muito

interessante. Conta que seu colega, dr. Eksterman, aventurou-se numa investigação sobre a anamnese realizada por clínicos. Notou que tanto a anamnese médica dirigida como a entrevista não dirigida com preocupações psicológicas durava o mesmo tempo. Perestrello não relata em que condições ocorreu esta investigação, mas ilustra consoantemente a nossa experiência, como o médico se utiliza da anamnese dirigida para "se livrar" da solicitação emocional do paciente e, mantendo-se fiel à técnica semiológica, não se envolve emocionalmente com aspectos do funcionamento mental do seu cliente. Para melhor visualização do que estamos focalizando, sugerimos o original de Peretrello, páginas 99 e segs.

O Encaminhar para o especialista

Cummins (1981), estudando os encaminhamentos feitos a especialistas em cinco áreas de Londres, isolou algumas variáveis (idade, sexo, escolaridade dos médicos e dos pacientes), e concluiu que os encaminhamentos são feitos por critérios próprios de cada médico, são referenciais únicos que estão associados à pessoa do médico.

Ludke (1982), estudou o mesmo assunto com médicos da atenção primária de uma região dos Estados Unidos. Verificou que muitos fatores precisam ser considerados quando o médico encaminha seu paciente a um especialista: O sistema de saúde da área, o conhecimento do seu referencial especializado, ou seja a relação que mantém com o colega especialista, e principalmente a disponibilidade para romper com a relação tipo professor-aluno.

Figliuolo (1976) observou que um dos principais motivos que levam os clínicos a encaminhar seus pacientes ao especialista, está relacionado às ansiedades que estes pacientes despertam no médico.

Estudando o material da situação 4, podemos observar que Balint, apesar de se utilizar de uma outra metodologia, chegou à mesma conclusão que Cummins -*os critérios são próprios e únicos de cada médico*-, também como Ludke, observou que não se pode negligenciar as *condições ambientais* da prática clínica do médico e, da mesma forma que Figliuolo observou, muitos médicos *não suportam determinadas situações emocionais que os pacientes despertam*.

Todo o relato de SH relativo à experiência com o serviço especializado a que fora encaminhada, é carregado de rancor e esse mal-estar é atirado no médico, mesmo que MD não seja diretamente responsável pelo serviço precário que SH sentiu ter recebido. Contudo gostaríamos de evidenciar o fato de ter sido MD que encaminhou SH, não como uma medida saneadora das queixas de SH mas como uma 'saída' estratégica de MD. Outros médicos, quando realizam tal encaminhamento, fazem questão de acompanhá-lo. MD não recebeu informe algum escrito do colega especialista, não foram evidenciados elementos que conduzam a pensar que SH estava orientada nesse sentido, ou seja, de solicitar ao colega especialista um relatório para seu médico. Assim podemos pensar em papéis simétricos exercidos por MD e pelo especialista, como nos diz Hoirisch (1976).

Para este autor, o médico pode, em seu exercício profissional, assumir uma postura complementar ou simétrica em relação aos seus colegas que participam de uma mesma situação médica. Hoirisch, apoiando-se nos trabalhos de Laing 1972 e Harley, distingue complementaridade da simetria de papéis exercidos. A complementaridade seria uma superposição de papéis que auxiliam o papel essencial. Implica em uma pessoa que dá e outra que recebe, aceitando-se a desigualdade de "status" e, portanto, de papéis. Na simetria, as pessoas competem, nivelam-se, não há confiança suficiente e a relação caminha frequentemente para impasses.

Como nos pareceu, MD chegou a um certo "esgotamento" de seus recursos médicos com sua paciente. MD demonstra que consegue lidar com a hipertensão arterial, mas não com a insatisfação, desconfiança e agressividade de SH, que, sem dúvida alguma, é uma tarefa bastante complexa. A insatisfação que deve, hipoteticamente, agravar os problemas de coluna, foi encaminhado ao reumatologista. Da mesma forma, a agressividade e desconfiança que geram grande ansiedade em SH poderiam, numa concepção subjetiva de doença, estar associados à patologia tireoidiana, como forças ocultas e incomuns, são também encaminhadas ao endocrinologista, que teoricamente poderia desvendar tais mistérios.

MD tem um conhecimento muito mais amplo de SH que qualquer outro especialista que venha a atendê-la por uma ou duas vezes, e dificilmente mais que isso. Isto gera uma situação confusa e tensa. SH não vai sentir o especialista disponível

emocionalmente, como encontra MD. Além disso, o especialista, com algumas exceções, irá dirigir sua atenção à solicitação diagnóstica que se limita à sua especialidade. Em nosso meio, e nos serviços públicos, geralmente o especialista procura manter sob seus cuidados a patologia e não o doente.

Esta situação ficou ainda mais tensa, porque SH sentiu que sua agressividade, por exemplo, foi rechaçada pelo seu médico (MD), que a transferiu para o especialista, que repassou para o fisioterapeuta, que nada fez na concepção e no relato de SH. Com isto, SH sentiu que sua agressividade não encontra um lugar com seus médicos, pois também não encontra em sua família. A necessidade de conseguir alguma *continência* (capacidade mental de perceber e acolher emoções, criando condições para a elaboração e melhor manejo da vida psíquica) para sua guerra interna, continuou a ser uma tarefa solitária para esta senhora. Observamos que todos estes procedimentos médicos foram ineficientes no sentido de oferecer alguma ajuda emocional para SH. Nesta nossa hipótese, não foi o encaminhamento o vilão das tensões na relação médico-paciente, nem a qualidade sentida pela paciente no atendimento especializado. Na nossa hipótese, a pouca disposição do médico em ser continente, conduziu a paciente a sentir todo este congestionamento de procedimentos médicos como algo hostil, ineficiente e estreitamente ligado ao seu médico.

Balint descreveu três eixos centrais onde se instalam tensões adicionais na relação médico-paciente-especialista: 1-Uma tendência a diagnosticar apenas o biológico

mensurável, desvinculando o paciente do todo do seu ser. 2-Quando a situação requer a opinião de vários especialistas, instala-se um *Conluio do Anonimato*, onde nenhum médico aceita receber a responsabilidade dos procedimentos. 3- A relação com o especialista se torna confusa para muitos clínicos quando estes apresentam uma tendência de manter uma *relação tipo professor-aluno* com o colega especialista.

Krakoviski (1971) descreve os mesmos problemas quando estuda a relação médico-médico (doctor-doctor), contudo nem Balint nem Krakowski aprofundam as dificuldades que o médico vive, estes autores limitam-se a descrevê-las apenas.

A experiência observacional que é próxima da observação psicanalítica como Mélega (1991) descreve, pode auxiliar muito a investigar em maior profundidade estas dificuldades com que o clínico se depara em sua prática cotidiana. Esta autora descreve uma experiência importante conseguida através da utilização do método de OP no atendimento pediátrico como um instrumento metodológico na investigação de desnutrição infantil.

Nesta situação, a postura reflexiva na observação forneceu-nos pistas para formularmos uma hipótese onde as dificuldades do médico para abordar solicitações emocionais, estão centralmente associadas ao papel que o médico desempenha em seu consultório, à sua disposição em ouvir ativamente, em poder oferecer "continência".

SITUAÇÃO 5:

OBSERVAÇÃO DE UMA SITUAÇÃO MÉDICA EM CONSULTÓRIO DE FAMÍLIA

CONSULTA EXTRA DE UMA MENINA INAPETENTE

DURAÇÃO: 20 minutos de consulta

LOCAL: Num sobrado de bairro muito pobre da periferia de São Paulo foi adaptado um consultório de família composto por uma sala de espera ampla com duas mesas, telefone e cadeiras para os pacientes; bebedouro, arquivos e acesso para as outras salas; um banheiro, e um local de atendimento médico tendo uma sala principal com mesa ginecológica, biombo, arquivo e um carrinho com materiais de exame.

SITUAÇÃO: Uma jovem mãe (DR) vem, sem marcar hora, consultar o médico sobre sua filha (I) que está há 4 dias sem se alimentar; parecem calmas e confiantes. Sorridente, a mãe autoriza minha presença na consulta.

OBSERVAÇÃO DA SITUAÇÃO:

DR e I entram na sala, sentam-se enquanto MD fecha a porta e dirige-se para seu lugar. I senta-se no colo da mãe e brinca com seu vestido, elas se entreolham e sorriem mutuamente, o clima parece ameno. Apesar de I ter

apenas 6 anos, há indícios de que conhece MD e não o teme.

MD investiga o motivo da visita. DR relata que desde sexta-feira I não vem se alimentando. Diz que ela não é uma menina muito fácil pra comer, que normalmente só come uma ou duas colheres, mas é só, e que agora nem isso; inclusive pão, de que ela gosta tanto, não está comendo. MD pergunta qual é o peso que I estava quando da última consulta, pois não dispunha do prontuário ali, DR diz que não tem certeza, mas que deve ser 16 ou 17 kg, MD a chama para pesar, I levanta-se normalmente e se dirige para a balança. A qual acusou 18,6 Kg. Diz-lhe, então, MD: então se o peso aumentou mesmo não há com que se preocupar.

Pergunta ainda se ela está tomando o sulfato ferroso como prescrito, a mãe diz que sim, mas com muito custo. MD olha a menina e diz que ela tem razão, aquele remédio deixa um gosto ruim na boca, e que a mãe poderia dar o comprimido que é a mesma coisa. DR assinala que o comprimido não tem problema, ela toma direitinho.

MD pergunta para a menina por que ela não anda comendo, a menina responde que não tem fome. A mãe diz então que na escola ela come o macarrão que é dado na merenda. A mãe ainda diz que I à noite consegue comer, desde que o pai lhe dê na boca, completa ainda que ela come o lanche da escola, I emenda. Desde que tenha salsicha. E houve um dia em que a professora não levou macarrão pra ela. DR esclarece que foi só um dia, quando a professora titular faltou e a substituta não tem o costume de levar o macarrão para a sala, como a outra.

MD diz que ela não deve forçar comida. DR diz que não força e imediatamente coloca outro problema. Diz que I está tossindo muito. Investigado o dado, verifica-se que a tosse é noturna apenas, (durante toda a consulta I não tossiu). MD passa ao exame físico, pede para I tirar a camisa, ela o faz rindo e olhando para a mãe, que aprova sua atitude, MD está examinando as mucosas da menina quando a porta do consultório se abre e entra um cão correndo. I se assusta e encolhe as pernas, MD pára de examinar e corre atrás do cão pega-o no colo e o leva para fora do consultório, I e DR ficam observando a cena sem nada dizer. MD volta ao exame também sem comentários. Retornam à mesa. MD diz que está tudo bem que ela continue tomando o remédio e que, se houver qualquer problema, que venham de novo ao consultório. DR e I se levantam e se preparam para sair, quando digo que gostaria de entrevistá-las.

A ENTREVISTA COM AS PACIENTES:

Na entrevista ficou esclarecido que DR tem 24 anos e I 6 anos. É a filha do meio, os outros irmãos têm 7 e 4 anos respectivamente (meninos). Trata-se no consultório há 2 anos desde que inaugurou, I participando diz : "*Tinha 2!*".

DR: "*Sempre morei aqui, estou casada há 8 anos.*"

Conta que trabalha sozinha na feira de fim-de-semana. Toda vez que tem um problema, ela traz I ao consultório. Desta vez ficou apreensiva pois imaginou que a falta de apetite poderia estar associada à anemia, uma doença que acredita ser

muito grave: "Até se morre de anemia!".

Digo que parece que elas são muito "grudadas", a mãe corrige-me dizendo que I é mais grudada com o pai.

"Como é com o pai?"

DR: "Ele é uma pessoa legal, é super carinhoso, é atencioso com ela, e fica muito pouco em casa, o horário dele é bastante puxado. O pai é brincalhão é muito bom para as crianças."

Procuro investigar a percepção de DR sobre a consulta:

DR: "É, hoje ele examinou a menina. Como a pasta não está aqui hoje, ele está com a pasta na casa dele porque está estudando o caso do meu marido.."

O: "O que ele tem?"

DR: "Ele está com um problema de sono, anda dormindo demais, exageradamente demais, ele senta no ônibus e dorme... (I interrompe e diz: "Até agora" -bem baixinho quase inaudível-), então o doutor quis estudar o caso dele para dar remédios de ervas para não dar muitas drogas. Ele agora é porteiro, mas

trabalhou muito tempo como maquinista durante a noite toda, ele cuidava de uma máquina. Dormia durante o dia, trabalhou também como soldador que é a profissão dele mesmo..."

O: "E à noite, ele dorme a noite toda?"

DR: "Não, o sono dele é picado: dorme, acorda, ele é assim se a criança geme, ele acorda, qualquer coisinha, barulhinho, ele acorda, vai toda hora ver se elas estão cobertas, já faz uns 6 meses que está assim, ele odeia médico, não vem de forma alguma."

O: "Então o problema dela é só a comida?"

DR: "É..."

O: "Mas ela come fora"

DR: "Não é bem assim, ela come só o macarrão, (I completa: "e o cachorro quente")...e o cachorro quente (DR confirma e I retruca: "desde que tenha salsicha"), o problema é que é só isso que ela se interessa em comer..."

O: "Esse problema de falta de apetite sempre foi assim?"

DR: " Sempre, desde de pequenininha ela foi ruim, mamou no peito até a idade de 3 anos, depois fiquei grávida quando ela tinha 6 meses, fiquei com perigo de perder o nenê aí tive que tirá-la do peito, porque mamava ela e o irmão mais velho, ela foi pra casa da madrinha dela e ela comia excelentemente bem..."

O: "Como foi tudo isso?"

DR: "Tive meu primeiro filho e dava de mamar pra ele, dei toda a gravidez da I, depois ela nasceu e com 2 anos fiquei grávida e dava de mamar para os dois, até que o médico disse que eu estava muito fraca e não podia continuar assim. Ela nessa época não comia, e foi na casa da tia dela que ela podia acostumar com mamadeira e comida. Em casa só mamava no peito, por isso em casa foi difícil para ela pegar mamadeira, nunca pegou, agora na casa da tia não teve problema. Passou uns 20 dias lá, eu quase não ia ver ela, mas o pai dela ia todo dia. O menino ficou comigo em casa, para ele eu dava o peito, e preferi deixar ela na casa da tia, afinal era a madrinha dela. O menino reclamava rasgava minha roupa de noite, porque ele queria o peito de tudo que era jeito, ele tinha 4 anos. Acabei tendo o

outro menino."

Investigo o episódio do esquecimento do macarrão na escola:

DR: *"Nesse dia eu faço curso à noite, eu não fui pro curso; eu fui buscar ela e a primeira coisa que ela me disse foi que não tinha comido o macarrão, porque a professora não levou (I espontaneamente esclarece: 'a professora faltou no feriado de 7 de setembro, e a outra não tem o costume de levar a comida)..."*

O: *"V. contou como faz com dente que vai cair, como é?"*

DR: *"Que geralmente criança tem medo de arrancar dente, e eu falei pra ela que tem a fada, tem no desenho da tevê, então quando eles arrancam o dente, sem ser no dentista, eles colocam os dentes embaixo do travesseiro e no outro dia aparece dinheiro no lugar. Na minha casa é assim que acontece, o de 4 anos vive dizendo que está com dente mole, e o mais velho quando tem 2 moles ele dá um pro pequeninho, ou pra ela, às vezes eles trocam. Ganham o dinheirinho..."*

O: *"Como é em sua casa? Tem outras*

historinhas desse tipo?"

DR: *"Olha, lá em casa todo mundo tem o direito de falar e ser liberal, todos têm seu direito, quer comer uma coisa, come, não quer, não come. Geralmente a gente bola uma historinha no meio, se fizer uma coisa bem feita eu dou um dinheiro, pode assistir o canal que quiser na tevê, cada hora um quer um canal diferente, é uma briga às vezes. Se parar de fazer xixi na cama..."*

O: *"Como é na sua casa, dorme todo mundo junto?"*

DR: *"Tem um quarto só, dorme todo mundo no mesmo lugar, sempre foi assim. Cada um tem a sua cama, só os dois meninos que não dormem separado. É o sistema, se os dois fazem xixi na cama, enquanto eles não param, cada um vai pra sua cama separado. Ela não, nunca fez xixi na cama, desde pequena, apesar de ser pequenininha ela é a mais esperta da casa. Vira e mexe eles fazem xixi na cama, um tem 8 e o outro 4, eles fazem ou não, dependendo do que eu prometer, às vezes é uma surra. Quando tem páscoa, ou um passeio aí eles não fazem, eles sabem que o coelhinho deixa ovinho, aí ninguém faz xixi. O papai-noel*

também não passa se eles não se comportarem. Ela vai bem na escola, ano que vem estará na 1ª série."

O: "E o Doutor como é, v. consulta ele pra quê?"

DR: "Pra tudo, ele é ... podia dizer um membro da família, ele vai na casa da gente se precisa fazer um curativo, é ótimo. eu tinha convênio, agora não tenho mais. Aqui as coisas não "tem" que pagar, é rápido, tudo certinho é ótimo, deveria ter mais médicos de família. Na minha rua tem só metade que ele pode atender, o outra "tá" brigando para ter outro consultório. Eu sou representante de rua, e devemos dizer pra ele todas as queixas da rua, a maior queixa da rua é que os moradores são velhos, e nem todos participam, eles queriam atendimento de urgência, mas não dá, né! Quando abre vagas pra cadastramento é uma guerra, todo mundo quer."

A entrevista foi muito interessante, DR é uma pessoa extrovertida e muito comunicativa, colaborou muito com o trabalho, demonstrando se sentir valorizada com a entrevista. Senti-me muito à vontade para a coleta de dados, e percebi que DR foi sempre espontânea. Fiquei com a sensação de não querer acabar com a entrevista.

A ENTREVISTA COM MD:

Investigo sua formação profissional:

MD: "Queria fazer medicina geral comunitária, não concluí a Residência. Depois foi trabalhar em PS. Fiz o concurso e era bem o que eu estava esperando. Tudo combinado, ambulatório, combinado com outras áreas da medicina, o pessoal mais necessitado. Eu queria atender a comunidade, estar acompanhando, para melhor efeito do tratamento, queria fazer alguma coisa de concreto, porque no pronto-socorro você acaba não fazendo nada, acaba fazendo a coisa pra se proteger na verdade, você não sabe o que vai acontecer depois. Por exemplo, uma criança você faz um antitético, manda voltar amanhã e vê como vai evoluindo, é uma coisa mais correta. O pessoal vai tendo mais confiança, se sente melhor."

O: "Parece que você gosta daqui?"

MD: "Ah! eu gosto, e como viu, não quero sair da casa nem do lugar, de nada, estou bem adaptado aqui."

O: "Quais seriam seus planos para sua vida

profissional?"

MD: *"Eu quero ficar aqui, não penso em mudar, sem muita ambição, talvez, quem sabe, estar coordenando depois a implantação desse trabalho, passando a relação disso daqui."*

O: *"Com é o esquema do consultório?"*

MD: *"Tem as reuniões, nem todo mundo vem, então eles mesmo elegeram os representantes e assim é melhor, tem hora marcada, mas nós achamos que é melhor deixar um espaço para os eventuais, tem sempre o imprevisto, né!?"*

O: *"Como tem sido sua experiência neste trabalho?"*

MD: *"São dois anos aqui, em termos de hipertensão tem melhorado bem."*

O: *"A que você atribui isto?"*

MD: *"A confiança no medicamento, no médico. Eles perceberem que o médico se interessa por eles, são valorizados..."*

O: *"E o que você tem atendido mais?"*

MD: "As crianças são as Ites, em adulto hipertensão, este consultório é mais de mulheres e de crianças, os homens não vêm, dou só declaração, não dou atestado."

O: "A que mais você atribui o sucesso do consultório?"

MD: "A resolubilidade, quer dizer muitas pessoas acabam sendo arrastadas no hospital, e vão empurrando aos paciente e não resolvem. Aqui é diferente a gente manda para o especialista, eles têm que enviar um relatório de volta, tem um espaço para o colega dizer o que fez, quer dizer, acabo sendo um tipo de fiscal do atendimento da minha paciente. A gente sente muito, que o cliente daqui começa a comparar, e não quer voltar a outro local. As vezes fica até difícil mandar voltar para uma unidade fora daqui."

O: "E sobre essa consulta, esse tipo de atendimento é muito comum?"

MD: "É muito, vejo como uma certa preocupação da mãe, o problema dessa situação é a ansiedade da mãe, ela fica pensando que a menina está magrinha, e a gente precisa mostrar o ganho de peso..."

O: "Esta ansiedade, você acha que se deve a quê?"

MD: "Não sei, não sei, não saberia dizer..."

O: "Será que era um espaço para se queixar?"

MD: "Este espaço eles têm, falam mesmo, colocam dividem, isso acontece muito..."

O: "E como você se sente, sente que é sua resolubilidade nessa área...?"

MD: "Eu discuto bastante, faço algum comentário, eu não tenho experiência, não sei às vezes como fazer...."

O: "E a DR você acha que tem alguma coisa a mais que ela não conseguiu falar?"

MD: "Existe uma coisa difícil naquela família, um mau relacionamento entre ela e o marido, o marido bate nela, é difícil. A situação financeira é complicada, ele bebe um pouco.. é difícil lidar com isso, estou tentando aos poucos, quando ela deixa transparecer o problema a gente procura fazer alguma coisa, mas é difícil ..."

O: "Qual o diagnóstico de I?"

MD: "Tenho um caso de uma senhora que eu levei para o Hospital de nossa referência, disse-lhe:- vamos ouvir um especialista; ele disse: - É um autismo. "A mãe me pergunta o que eu acho, digo: - Olha, mãe, eu não acho que é isso, não posso dizer 100%, mas vamos ver. Ela diz: - "Se o senhor acompanhar, tudo bem vamos ver. O apoio é importante, em outra situação eu acompanhei outra paciente neste mesmo hospital-escola e depois, quando voltamos, ela me disse na casa dela: - "Olha, doutor se o senhor não estivesse comigo, eu teria desmontado. A tranqüilidade com que ela ficou aparentemente foi muito interessante, isso acaba sendo um estímulo pra nós. A distribuição de medicamentos ficaria para um segundo plano."

O: "Qual seria a área onde você acha que apresenta alguma deficiência em medicina?"

MD: "Oftalmologia, dermatologia, otorrino, se fosse um interiorzão mesmo, aí, tudo bem, até me atreveria a fazer outras coisas; usando os especialistas é melhor."

Antes de encerrarmos a entrevista conversamos sobre a vida social de MD, que se mostrou pouco, mas pôde comunicar que se sente muito bem adaptado à sua vida como um todo.

COMENTARIO A SITUAÇÃO 5:

Nesta situação podemos, utilizando-se a experiência observacional, discutir alguns aspectos interessantes da prática clínica onde elementos emocionais estão muito presentes, submersos nas ações, mas que nem sempre o médico, e o paciente se aproximam discriminadamente de alguns dos fenômenos psíquicos que ocorrem em uma solicitação aparentemente simples de inapetência numa criança de 6 anos, parecendo-nos encobrir uma situação emocional bastante intensa.

MD deu muitos indícios, durante todo o contato da visita, de estar muito retraído e 'defendido' do observador. Talvez fique, por isso mesmo, bastante prejudicada qualquer construção hipotética sobre a conduta de MD.

É muito comum verificarmos que as pessoas constroem uma teoria sobre as doenças. Observando o relato de MD, assim como sua atitude nesta situação, podemos também verificar que MD constrói, como a grande maioria dos médicos, uma teoria "psicossomática" que carrega muitos conceitos quase universais e pouco úteis em termos de intervenção psicológica. Quando solicitado a se posicionar, o médico geralmente se apóia no seu conhecimento enraizado e aprendido da escola médica; ilustramos isto com um trecho da entrevista de MD:

MD: *""É muito comum (referindo-se a situações onde o paciente solicita psiquicamente o médico), vejo com uma certa preocupação da*

mãe, o problema dessa situação é a ansiedade da mãe, ela fica pensando que a menina está magrinha e a gente precisa mostrar o ganho de peso (argumento médico)."

Quando investigado sobre qual seria a origem dessa ansiedade, MD defende-se inicialmente, mas, como vimos em outras situações já descritas no presente trabalho, utiliza os elementos conhecidos da dinâmica familiar para embasar sua teoria, e nos diz:

MD: *"Existe uma coisa difícil naquela família, um mau relacionamento entre ela e o marido, o marido bate nela, é difícil. a situação financeira é complicada, ele bebe um pouco..."*

Sabemos que não faltam estudos para demonstrar a relação entre mente e corpo na produção de doenças. Cohen e outros (1961) concluíram que as ações do sistema nervoso central sofrem importante influência da vida psicodinâmica do indivíduo. Com uma metodologia diferente, Winnicott(1968-A) discute esta questão com muita clareza. Baseando-se em sua larga experiência, exercendo a pediatria e a psicanálise, pôde esmiuçar um pouco mais o que MD apontou como uma teoria intuitiva:

"...em pediatria os desenvolvimentos do lado físico têm sido (1962) tão grandes que sabemos por onde andamos... as doenças físicas são em

sua grande maioria de fácil controle nas crianças. Prover para a criança é por isso uma questão do prover o ambiente que facilite a saúde mental individual e o desenvolvimento emocional... um princípio é que saúde é maturidade, maturidade de acordo com a idade do indivíduo... O desenvolvimento emocional ocorre na criança se se provêem condições suficientemente boas, vindo o impulso para o desenvolvimento de dentro da própria criança...quando as condições não são suficientemente boas, essas forças ficam contidas dentro da criança e de uma forma ou de outra tendem a destruí-la."

Neste contexto MD poderia auxiliar mais efusivamente na reconstrução do ambiente, como Winnicott descreve, buscando um ambiente facilitador para o desenvolvimento emocional. O clínico geral com atribuições pediátricas pode, se quiser, tomar estas medidas terapêuticas. Contudo, como Evans e Edin (1968) demonstraram, é necessário que o médico se permita "envolver emocionalmente" com a situação em que se encontra pois, de outra maneira, não terá como compreender e portanto planejar uma intervenção adequada. É necessário ao nosso entender, a experiência da observação-compreensiva, que auxilia a contrapor teorias que estão obstruindo o livre pensar do médico.

O que observamos com freqüência - e o que ocorreu, a nosso ver, nesta situação - o médico coloca à

disposição, para o manejo nesta situação, apenas seu equipamento técnico-intelectual; sua intuição assim como aspectos de sua personalidade não se transformam num instrumental diagnóstico-terapêutico, poderiam ser assim apreendidos através do método de observação-compreensiva.

Há um certo movimento defensivo do médico para que ele não se envolva emocionalmente com a situação. O médico acaba dispondo apenas de parte da sua mente para auxiliá-lo. Levantamos a hipótese de que esta parte foi construída durante toda a sua vida e continua, em muitos casos em construção, portanto passível de ser reformulada.

Se, por exemplo, focalizarmos a situação mencionada pela mãe, de que seus filhos são amamentados por muitos anos, com diversas conseqüências, remetemos o leitor ao artigo de Mélega (1991) que debate uma situação semelhante, demonstrando como a mãe passa por dificuldades emocionais com a separação do seu papel de mãe de bebê. Esta questão é, a nosso ver, central nesta situação, e é o que entendemos por um ambiente facilitador, na linguagem de Winnicott.

Não são apenas as propriedades do *farmaco* =médico= que estão envolvidas na relação com o paciente. Devemos considerar também a *disponibilidade* do paciente. Observamos que quando o paciente apresenta uma limitada capacidade de discriminar suas próprias necessidades emocionais e o médico está pouco alerta para isto, a situação tende a induzir o médico a fornecer como resposta às solicitações emocionais, as conhecidas

"orientações médicas", ou os conselhos e reasseguramentos externos, muitas vezes apoiados na psicologia do senso comum, que nem sempre é algo pensado, no médico. Em alguns momentos, quando questionamos o médico sobre tais posturas teóricas, podemos descobrir que ele nem sempre consegue comunicar em que se apóia e, nas vezes em que perguntamos, verificamos que ele (médico) formula alguma teoria naquele momento que está sendo questionado.

Na nossa hipótese, MD não discrimina claramente a queixa-solicitação de sua paciente e tenta manejar objetivamente com a queixa. Observamos que, quando a solicitação emocional, que é subjetiva, não foi atendida, nesta situação ela permanece contribuindo para aumentar tensões na relação médico-paciente, assim como na estruturação de um processo de doença em I e em DR.

É evidente que quando o encontro emocional do médico com seu paciente na queixa deste último se torna um desencontro, a solicitação emocional tende a ser repetida. O médico desavisado tenderá oferecer dedicação através de estar disponível, mas no desencontro o médico não pode conter a solicitação, não a discrimina, portanto apenas oferece um paliativo de curta duração. Nesta situação, o reasseguramento sobre a anemia (conteúdo consciente de DR), ou seja I está ganhando peso, não aborda a invasão emocional de DR. Analogamente às drogas que induzem dependência, e portanto uma "síndrome de abstinência" por terem meia vida muito curta, esta droga médico também irá conduzir a paciente a retornar muitas vezes ao consultório, resultando num círculo vicioso e pouco eficiente.

Sem que o médico desejasse, a prescrição de sua teoria não discriminada, nessa nossa hipótese, contribui para a cronificação das solicitações emocionais do paciente e, dependendo do processo de doença, na consolidação da mesma. O paciente poderá se apresentar nas próximas visitas modificando a roupagem de suas queixas, mas o reassseguramento que solicita e que recebe do médico, tende a se manter inalterado.

O antropólogo V. Gebattel (1966) afirma que o interesse da investigação no terreno das relações médicas não está hoje centrado na questão do sentido e essência das relações médicas, também não está no sentido das relações da enfermidade, mas essencialmente no sentido do homem enfermo enquanto assim estiver.

Parece óbvio que, para lidar com o humano do ser humano, é necessário voltarmos a uma medicina humana.

SITUAÇÃO 6:

OBSERVAÇÃO DE UMA SITUAÇÃO MÉDICA EM CONSULTÓRIO DE FAMÍLIA

1ª CONSULTA DE UMA MULHER JOVEM

DURAÇÃO: 75 minutos.

LOCAL: Um sobrado de um bairro pobre da periferia de São Paulo, adaptou-se o consultório na frente do imóvel. O consultório é composto de quatro salas: uma saleta de espera com 3 cadeiras para os pacientes, uma mesinha e cadeira para a funcionária de serviços gerais e acesso para as outras três salas; duas ante salas pequenas, uma para curativos e pequenas cirurgias, com uma maca e a outra ante - sala contém uma pia, terminais de ar comprimido com equipamento de inalação, um grande depósito de remédios e materiais para coleta de exames complementares. Sala de consultas com mesa e cadeira do médico, duas cadeiras para pacientes, uma mesa ginecológica com lâmpada e demais equipamentos ginecológicos. Uma série de planilhas sobre planejamento familiar afixadas no biombo.

SITUAÇÃO: Uma paciente jovem IN de 24 anos, vem para sua 1ª consulta depois de ter conhecimento do médico através de sua mãe adotiva, que foi consultada há poucas semanas. Vem com queixas de dor nas costas, estava calmamente aguardando na sala de espera.

OBSERVAÇÃO DA SITUAÇÃO:

A consulta começou com MD perguntando se IN era filha de Fulana, IN confirmou, acrescentando que era adotiva. Em seguida IN começou a falar de sua dor lombar e como aquilo a incomodava, disse que quando ainda estava grávida tinha a mesma dor. Nesse momento, MD a interrompeu, perguntando-lhe sobre gravidez. IN disse que teve o filho havia 2 meses. MD interrompeu-a e perguntou se ela já fizera o acompanhamento puerperal, IN estranhou sua colocação e disse que não, MD sem prosseguir com a investigação da dor lombar, passou então a seguir seu roteiro de anamnese, apenas anotava as respostas na mesma folha, sem prosseguir com uma investigação dos dados fornecidos, por exemplo:

MD: "*Tem alguém na família com diabetes? (a paciente é adotiva!).*"

IN: "*Tem uma tia do meu pai, mas ela mora longe.*" MD passa para outro assunto.

Num determinado momento MD descobriu que IN não amamenta. IN justificou que não tinha leite. MD investigou dizendo que o que ocorreu é que ela não se estimulava com o bebê, não o colocou para sugar o seio. IN disse que o colocou sim, mas que ele ficou 5 dias internado. MD perguntou se ele nasceu a termo. Sim, foi a resposta. Perguntou então se ele tinha nascido amarelado, não houve resposta. IN acrescentou que a suspeita era de que ele havia "cheirado a bolsa" MD disse: -

"Aspirado líquido e pensaram que ele podia estar com uma pneumonia", IN confirmou sua colocação.

Durante a anamnese IN demonstrava um enorme desejo de falar, e era interrompida pelas perguntas de MD, que não se deixava envolver pelo relato de IN. Por exemplo:

IN, depois de questionada, respondia sobre suas doenças na infância, e acrescentava que tinha muito medo de que seu filho tivesse tais problemas. MD interrompia, dizendo que IN deveria cadastrar seu filho, que desta forma ele poderia também ser atendido e passava a outro item, como alcoolismo na família.

MD, investigando a vida ginecológica da paciente conseguiu a permissão de IN para orientá-la sobre prevenção de natalidade, falar de planejamento familiar. Esse assunto parece de grande interesse para MD. Um interesse tão acentuado que o levou a falar sem perceber, ou investigar como IN se sente na condição de mãe, apesar de dar indícios de sentir um enorme peso em sua vida depois do nascimento do filho. Além disso, sua condição de ser adotada torna o tema "Planejamento Familiar" um assunto delicado. Mas tudo isto era impressão do observador.

MD disse: *"O planejamento familiar é importante para diminuir o número de menores abandonados na rua"*. Isto pareceu-me ter caído como uma bomba em IN que nada respondeu,

solicitou timidamente para continuar falando, MD, porém passou à sua aula de fisiologia e educação sexual. IN procurava acompanhar MD apesar de tantos pontos inconclusos..

MD passou à aula sobre planejamento familiar. Mostrou várias planilhas da menstruação, com ilustrações da anatomia da genitália feminina, depois do processo de nidação do óvulo fecundado, passando a seguir aos métodos anticoncepcionais. Parou longamente na figura que mostrava uma mulher saudável, sorridente amamentando um bebê que a olhava com admiração e carinho, e emendou que a amamentação não deixa que a mulher engravide nos primeiros meses, explicando o mecanismo hormonal mediado pela ocitocina. Logo a seguir MD perguntou o que ela via a mais naquela figura. E insistiu até mostrar a relação carinhosa e maravilhosa entre o bebê e sua mãe. IN quase chorou, procurando ocultar seus sentimentos. Nas planilhas seguintes MD abreviou suas explicações, uma vez que o interesse pelo assunto foi diminuindo em ambos, até que as últimas foram passadas rapidamente.

MD procurou investigar as relações familiares. Disse: MD: " *IN como é sua relação com seu marido?*"

IN: "*Tudo bem!*"

MD: "*Como está seu relacionamento em sua casa?*"

IN: "*Sem problemas.*"

MD passou para o exame físico se alongando na ausculta, palpação e percussão. Tirou a pressão, mediu o peso e altura, anotou tudo e passou para o exame ginecológico. Durante todo o exame ginecológico, O esteve atrás do biombo. MD encerrou a consulta marcando IN para um retorno que pudesse dar o resultado do preventivo, e IN saiu sem fazer qualquer solicitação ou receber orientações sobre sua lombalgia.

ENTREVISTA COM A PACIENTE:

Sentamos confortavelmente na ante sala de inalação para a entrevista, IN disse estar emocionada com a possibilidade de ser entrevistada com gravador, dizendo que aquela era a primeira vez e que havia gostado bastante da idéia. Parecia animada com a entrevista, foi bastante colaboradora.

Informou-me que mora no mesmo local há 24 anos, sua idade, viu o bairro crescer e estacionar. Apesar de o consultório estar funcionando há 1 ano ela preferia o convênio, que era mais fácil para ser atendida. Diz:

IN: "Como eu trabalho sempre e o convênio é perto do serviço, mas agora que eu "tou" em casa de licença, marquei uma consulta para ver este problema da coluna, mas eles marcaram só pro final do mês. Eu falei não vou aguentar até lá, então eu marquei aqui. pra ver como é, minha mãe me cadastrou mesmo, vai que é alguma coisa de maior urgência."

Interrompo dizendo: "V. veio aqui para ver seu problema na coluna, acabou recebendo uma aula, sendo examinada ginecologicamente..."

IN: "Eu ia fazer isso com minha médica, ela me vê há muito tempo, mas como ela está de

férias agora..."

O: *"Então você não vai mais com ela?"*

IN: *"Posso ir né, mas se estiver tudo bem eu vou...não sei."*

O que achou da consulta?

IN: *"Ah eu gostei, né? O problema da coluna era o principal, e já aproveitei para fazer tudo. "Tô" satisfeita, já fui em muitos médicos do meu convênio, "tava" com uma gripe forte só que ele não me examinou, do mesmo jeito que você está aí e eu aqui ele fez, não me examinou e me deu um monte de remédios. Acho isso errado, o médico tem que examinar a gente, tem que saber o que a gente tem, precisa ver se o pulmão está cheio de catarro. Mas esse médico não fez isso, me disse: o que você tem é uma gripe forte, ele disse então eu sei o que você tem; e ele me deu um monte de remédios, eu não tomei, cê acha?! Aí eu fui em outro médico, esse era particular, não tinha esse consultório ainda, aí ele me examinou, aí ele passou xarope e tudo e eu sarei. mas mesmo no convênio, nem sempre o médico tem boa vontade, tem interesse no paciente. Esse médico daqui*

mostrou muito interesse, perguntou das doenças e muita coisa, muitos médicos nem fazem isso."

Investigo seu casamento e decisão de ter um filho, me responde longamente:

IN: "Faz um tempo que estamos casados, e resolvemos ter um filho. Não tinha nenhuma criança em casa, nossos sobrinhos moram longe, quer dizer não tinha criança, todo dia ficava aquela monotonia...o vizinho que vai em casa, parece que a criança diverte mais a gente, tira a tensão que tem na vida, o pai trabalha o dia inteiro e precisa de alguma coisa para distrair, não só a televisão, todo mundo tem Teve. Cada dia que passa acontece alguma coisa diferente ele aprende alguma coisa diferente a gente pode dizer ah, hoje ele aprendeu a falar! (seu bebê tem 2 meses), eu gosto muito de criança."

O: "E quando seu filho teve que ficar na maternidade v. passou mal?"

IN: "Não, eu fiquei triste né, eu disse eu não vou sair daqui sem ele, né? Os médicos foram muito bons, eles fizeram um monte de exames nele e viram que ele não tinha nada,

eu também fiquei lá eles me trataram muito bem, os médicos passam de manhã, de tarde, e à noite, eles passavam para examinar o pessoal."

Investigo a amamentação:

IN:"Quando eu ia dar mamá pra ele ou ele já tinha mamado na mamadeira ou ele não queria saber, eu ficava horas e horas lá junto com ele no berçário e nada. Eles deixavam a gente entrar.Ele não queria saber do peito de jeito nenhum, ah! se você desse a mamadeira pra ele, ele rapidinho queria, que nem o médico falou, né, a distância fez com que ele não gostasse do peito, só da mamadeira. Tento até hoje o peito.Ele não quer saber de pegar o peito, só a mamadeira."

O:"Você falou que é adotiva, o que você sabe desse processo de adoção?"

IN:"Minha mãe não conheceu minha verdadeira mãe. Eu fui entregue por uma outra moça que me deu pra minha outra mãe, né!? A minha mãe quando casou não conseguia ter filhos, conseguiu ter aos 9 anos, quando ela teve minha irmã né!?Ela queria ter porque ter uma criança, e aí ela ficou sabendo que tinha

uma moça de quem tinha nascido um nenê e, parece que ela sofreu alguma coisa no parto: parece que ela morreu. Aí tinha uma parteira que conhecia minha mãe e falou pra ela que tinha um bebê, um bebê que não tem mãe e que os parentes não vieram buscar, acho que isso já fazia uns 3 dias já, aí minha mãe disse: eu vou adotar e ela me pegou. E ela me criou como se eu fosse filha verdadeira. Nunca veio ninguém da família atrás de mim. É um pouco estranho viver com alguém que não é do próprio sangue, tem muita gente que eu conheço, fico muito emocionada (chora e mal consegue pronunciar as palavras, num momento de grande emoção), e é filho verdadeiro e os pais não querem, desculpa, tá (chorando compulsivamente), a mãe não quer a filha porque acha que a filha atrapalha, triste saber, mas os meus pais eu amo tanto eles, porque eles... todo amor que eu conheço foi o amor que eles me deram, ninguém mais, nem mesmo minha própria mãe teria me dado amor e carinho como eles me deram. Tem muitas pessoas no meu trabalho que o pai e a mãe não liga pros filhos, não se interessam acha que o filho está atrapalhando, acho isso horrível. Que nem esse monte de criança jogada aí, é horrível isso, "cê" sabe. Essas pessoas não têm esse direito de colocar estas

crianças no mundo e simplesmente deixá-las aí, acaba virando bandido por aí, vira trombadinha, por causa da mãe, entende? A mãe põe no mundo e deixa eles simplesmente, isso é errado. Por isso que eu falo que eu não quero ter outro filho agora, porque eu sei que não vai dar pra eu ter outro assim nesses... anos que vêm porque eu não quero que eles passem necessidade, eu não quis ter filho logo que eu casei porque quando a gente casou a gente não tinha a nossa casa, os nossos móveis direito, não tinha nada. Então eu quero ter meu filho o dia que eu puder comprar a roupa pra ele, comida, assim. Eu não queria que meu filho passasse necessidade como eu vejo muitas crianças daqui mesmo do bairro; às vezes eu vou trabalhar e tem criancinhas pequenas que "vai" lá pro centro da cidade pedir esmola, tem cinco, seis anos, o pai e mãe dos coitados deixam eles ir, às vezes a gente está comendo alguma coisa eles ficam olhando, triste."

Pergunto como vai ficar sua vida agora com o nenê, como vai voltar a trabalhar:

IN: " Ah! mês que vem eu volto, minha mãe vai ficar com o nenê, ela adora ele. Também é o primeiro neto, ela fala: - Você não vai

levá-lo pra creche coisa nenhuma é eu que vai ficar com ele. Ela adora ele, tanto é que eu saí e é ela que está com ele, eu saí e fico despreocupada. Eu sei que ela cuida muito bem de criança. Ela queria ter um monte de crianças."

O: "Ele chora muito à noite?"

IN: "Não, ele chorou lá uns dias atrás, tava com dor de ouvido aí eu levei ele pro médico que mandou colocar assim, óleo quente no ouvidinho dele, aí passou. O que ele faz é que ele dorme de dia e à noite fica acordado, já fiz todo tipo de simpatia, e não adiantou de jeito nenhum. Virar ele de dia "pros" pé da cama, pôr a roupinha ao contrário, tudo, não tem jeito. Já vai fazer três meses, se fosse pra desvirar já tinha desvirado. De dia dorme que é uma maravilha, toma a mamadeira, adora banho, adora água é uma maravilha. A noite quem cuida dele sou eu, ou eu ou meu marido. Aí eu aproveito de dia eu durmo à tarde. Porque se não, não vai dar pra eu aguentar, né?"

O: "Onde o bebê dorme?"

IN: "No berço, do lado da minha cama, bem

encostado, não deixa ele separado não, eu tenho medo né, sabe como é, criança é perigoso né, qualquer coisinha é motivo pra "eles morrê", né!?. Então eu deixo ele bem pertinho, antes eu deixava ele no carrinho, mas ele estava ficando grande né, não dava mais. Só quer ficar no berço ou na cama, de dia ele dorme atravessado na cama, criança é assim né, eu tenho uma tia que acostumou a filha a dormir com eles na cama. Até os seis, sete anos ela queria dormir com eles, Deus me livre, já pensou 3 numa cama? É demais. Não, eu falei não vou deixar ele acostumar. Tem outro lugar na casa pra ele ficar, mas eu não deixo. Temos relações com ele ao lado, tudo bem, ele não acorda não tem problema, ele é um anjinho dorme bem."

Pergunto do nome:

IN: "É V., se fosse menina seria T., eu gosto desse nome."

O: "Você não tem grandes dificuldades de dinheiro?"

IN: "No começo era mais difícil, tínhamos que pagar os móveis, e depois ficou menos

pesado. Dá, eu ganho bem e somando com o dele dá, a gente não paga aluguel, dá."

Pergunto sobre a sua vida:

IN: "A única queixa que eu tenho aqui, é condução, aqui isso é triste. O único sonho que eu tenho é, sei lá, viver bem com minha família. Viver bem. Gosto de viajar, ir pro interior, às vezes pra praia, mas nosso amigo conhecido vendeu a casa e não dá mais pra gente ir."

ENTREVISTA COM MD:

Pergunto sobre sua formação profissional.

MD: "Formei-me há alguns anos, fiz o Internato rotatório, em seguida fiz um ano de Especialização em clínica médica, depois fiz 2 anos de Residência em Ginecologia e Obstetrícia. Vi uns cartazes que um colega colocou na Residência. Eu disse: vamos ver qual é a proposta do governo do Estado de São Paulo. Já havia prestado concurso aqui para médico do Estado em G.O., mas vi que a operacionalidade de você morar numa determinada área da cidade e viajar todo dia 40-50 km pra ir de um lado ao outro da cidade não dá, fica feito pião. Eu teria que trabalhar em três ou quatro empregos pra ser remunerado no que esse programa me paga, aqui eu tenho estabilidade em termos de vida emocional. A carga de emoção pra quem trabalha em quatro, cinco empregos diferentes é muito grande. Esse é um dos fatores. Seriam vários: 1º fator: A proposta do programa como um caráter (enquanto fala escreve no anteverso da receita o número 1- como descrito, indicando um parágrafo), de atenção primária, isso aí foi um fator preponderante, ou seja, desde a retarguarda

de dar medicação para essa população carente que não tem acesso à assistência médica; e de uma hora para outra dão acesso através do SUDS, um sistema hierárquico, universal e descentralizado de saúde, e tenta criar um sistema de referência e contra-referência! Isso reduz a sobrecarga da população assistida e reduz a sobrecarga do médico que está prestando assistência a essa população. Isso que me seduziu. O segundo ponto que me seduziu, foi a proposta da educação continuada, continuar estudando, ou seja, eu não vi ainda em nenhum Governo de Estado, pegar os médicos que dão assistência pública, um programa de estudo contínuo, de você tentar reciclar esses profissionais, você vê isso nos hospitais escola, o grosso dos nossos colegas estão o quê?... (espera que eu complete como um professor numa sala de aulas)... estão à deriva, se formaram, fizeram as Residências, lendo suas revistas, e olha lá, esse contato com o hospital escola é algo que tem que continuar, não pode deixar de existir. Terceiro ponto (anota um 42), poder se dedicar, exclusivamente, não existe o procurador que se dedica à atividade pública exclusivamente, com dignidade? Temos que procurar um certo padrão para sobreviver. Quarto a proposta do médico de família, o

colega pode intervir no processo saúde doença, dentro da família, a relação com a doença com o ambiente da família, o ambiente da escola, isso é um pouco esquecido. O programa procura resgatar isso: quando visitamos essas casas, procuramos pesquisar o ambiente salubre ou insalubre, quantas pessoas moram por metro quadrado naquela área, quais as condições de emprego. Fazer a relação de causa e efeito. Faço pequenas cirurgias aqui, no intuito de desafogar os grandes hospitais do nível terciário."

O: "Na área médica quais suas principais dificuldades?"

MD: "Saúde mental, pediatria.... é saúde mental e pediatria. Principalmente essas áreas, porque na graduação eu tive menos acesso. A saúde mental eu só vi mesmo no curso de psicologia e psiquiatria. Pediatria só a básica, no Internato tenta-se aplicar algo disso. Na educação continuada você pode suprir essas dificuldades."

O: "O que você achou na IN?"

MD: "É uma puérpera tardia, praticamente

ela veio sem queixas (parecia o interno ou residente apresentando o caso clínico), veio mais querendo fazer sua reavaliação do seu pós-parto. Tentei fazer uma avaliação geral dela, hoje por exemplo ela entrou sem queixas, foi também investigada a vida íntima dela a nível de família, talvez uma visita à casa, dela pode-se estabelecer com o companheiro dela, uma maior grau de... empatia com a paciente, pareceu-me que ela absorveu a idéia do consultório. Em termos desta avaliação do pós-parto, foi cumprida a finalidade e foi estabelecido um rapport, que ela possa trazer suas coisas..."

O: "Você detectou algum problema nela?"

MD: "O problema médico que eu detectei foi o... uma ferida no colo de útero pós-parto. Interferi nisso."

O: "E o problema da coluna?"

MD: "Sim, dei uma orientação."

O: "E o planejamento familiar?"

MD: "Sim ah!... foi, quando do pós-parto a gente tenta fechar a parte da prevenção do

câncer ginecológico, e do planejamento familiar pro casal, ela estava totalmente desinformada (não foi citado, mas a paciente tomava pílulas e parou para engravidar)...., Para que eles pudessem escolher o melhor."

O: "Você detectou também que ela não amamenta?"

MD: "É ela não amamenta, houve uma interferência médica, depois teve cinco dias que a criança teve que ficar na maternidade."

O: "Mas ela poderia entrar quando quisesse, não é?"

MD: "Dentro do berçário, ela não conseguiu amamentar, quer dizer o estímulo houve (na verdade, não sabemos), mas o que ocorreu basicamente foi que não houve a continuidade desse estímulo..."

O: "O que você acha que determinou essa interrupção?"

MD: "A internação da criança. O problema é que a internação foi um fator de inibição para a amamentação, alguma coisa fez com que ela corticalmente perdesse o estímulo para a amamentação."

O: "Como tem sido sua experiência aqui?"

MD: "Quando eu comecei a cadastrar as pessoas aqui, foi um sufoco. Me recebiam com cachorro na porta, você nem imagina o que é que foi! Quando a gente sai um pouco da área médica e ser uma pessoa normal, e não pode fazer isso, guarda mágoa; eu fui destrutado. Aí você tem que raciocinar bem e dizer: - esquece, esquece que é melhor, basta você ser um técnico um profissional e acabou". Alguns na época diziam:- "Por que é que você não vai cadastrar a favela? Eu tenho convênio". Agora eles estão vindo, e eu pergunto por que é que vocês estão vindo? Ah! mais o senhor se lembra? digo: - "me lembro", estão vindo por referência do vizinho."

O: "Qual o diagnóstico de IN?"

MD: "Fica difícil numa primeira consulta. Ela pode até estar passando por uma crise de existência...eu conversei muito com a mãe dela sobre ela, eu perguntei como é a relação dela com a irmã?"

O: "Você acha relevante o fato de ela ser adotiva para o diagnóstico?"

MD: "Eu dizia pra mãe dela qual é a sua relação para com sua filha verdadeira, ela disse: - "Eu adotei porque não podia ter filhos, e tive minha outra filha aos 9 anos, não tem diferença o trato é o mesmo."

Encerramos a entrevista e o contato com uma sensação de cordialidade e respeito mútuo.

COMENTARIO A SITUAÇÃO 6:

Gostaríamos de focalizar nesta situação alguns aspectos relativos à oferta do paciente e à receptividade do médico. O encontro emocional entre duas pessoas caracteriza-se pelo dar e receber. Tanto o médico como o paciente estão à mercê do que um dá e recebe do outro, mesmo quando não se busca objetivamente o outro. A forma e o conteúdo daquilo que é transposto de um lado para o outro irá determinar a qualidade da relação. Logicamente partimos do pressuposto que esta não pode ser uma relação sempre pareada, visto que o médico deve estar melhor aparelhado que seu paciente para conduzir a relação no sentido do que ela se propõe, ou seja, tratar o sofrimento do paciente de um lado e a 'satisfação' profissional do médico de outro.

Observamos que nem sempre a relação caminha neste sentido, alguns autores como Hoirisch (1976) puderam verificar alguns elementos que nos ajudam a estudar a complexidade da relação médico-paciente.

"...quando ambos não conscientizam a complexidade do encontro, principalmente aquele que está investido do papel de médico, desenvolve-se uma atmosfera psicótica que dificulta desde as entrevistas e exames até a avaliação do prognóstico e o parecer sobre o caso."

Nesta situação fica clara a tendência de que o

médico constrói no sentido de priorizar um campo e adiar outro. O médico conhecedor das suas responsabilidades com o seu paciente tende a dirigir sua atenção para diagnosticar aqueles aspectos que ele médico aprendeu a compor como sua responsabilidade inadiável. Como se sua atenção devesse voltar-se preferencialmente para aquilo que, para ele, é o campo urgente. Mas em alguns casos existe um campo emergente, que nem sempre está incluído como sendo **responsabilidade do campo médico**, e que frequentemente acaba por esperar para ser considerado.

Observamos que este campo está frequentemente associado às dificuldades do médico. Não só na sua formação acadêmica que se reflete na forma e estrutura de seu pensar, mas muitas vezes está presente na sua personalidade.

O médico não deixa de obter um arsenal intelectual sobre as diversas disciplinas que, na verdade, são um artifício pedagógico para se estudar o ser humano, mas nem sempre consegue obter na sua formação acadêmica algum aparelhamento emocional. Os cursos de Psicologia Médica e de Psiquiatria oferecem muito pouco neste sentido. Skolnik (1988) discute alguma coisa sobre este assunto, quando demonstra que nos anos de intenso treinamento médico existe um verdadeiro 'massacre' da sensibilidade humana no indivíduo que está se tornando médico. Quando o indivíduo se torna menos sensível, este futuro médico sofrerá dificuldades emocionais, tanto consigo mesmo, como com sua prática.

Em nosso trabalho observamos que há uma

tendência nos clínicos para priorizarem qualquer outro campo que não o emocional. Supomos que isto se deve não apenas à impossibilidade de reter a sensibilidade humana, como Skolnik aponta, mas a diversas causas, onde a resultante é uma forma de estruturação da personalidade das ações médicas voltadas ao concretismo e à responsabilidade com o biológico, objeto maior de preocupação médica.

Em nossa hipótese, podemos identificar através da observação, alguns destes elementos na situação 6:

Nesta situação encontramos um médico muito atento à sua função, que demonstra gostar de ser médico, de atender seus pacientes e do esquema de trabalho. Construiu sua concepção de medicina e da prática médica e assim, como não poderia deixar de ser, age regido por estes princípios, que na nossa hipótese não lhe estão acessíveis à sua consciência e crítica.

De outro lado, observamos uma jovem mãe, que está vivendo claramente os aspectos emocionais difíceis do puerpério, além da situação subjacente de ter sido adotiva. Esta jovem vem buscar no médico, alívio para seus conflitos que parecem sobrecarregá-la (dor nas costas). Precisa tratar com alguém sua necessidade de reposicionar-se em sua vida a partir da chegada do bebê.

Entretanto, IN não dispõe de uma linguagem clara para comunicar este sofrimento que ainda não tem uma

expressão verbal e vai em direção ao médico procurar um ouvido que espera estar disponível para atenção e cuidados.

O encontro que observamos, na nossa formulação hipotética, nos forneceu indícios para pensarmos que o médico não pode ouvir as queixas não-verbais da sua paciente. MD poderia oferecer-se com outras infinitas possibilidades, mas nesta situação observamos que o que ofereceu está relacionado a uma bagagem e a uma estruturada concepção de medicina que MD carrega consigo. Desta maneira os cuidados obstétricos, essencialmente biológicos do puerpério, sejam vez a forma mais disponível de ajuda que MD encontrou. Com os cuidados puerperais MD pôde examiná-la, orientou-a e assim sentiu-se trabalhando, atendendo-a, o que realmente fez com muita competência, naquilo que pudemos observar. Na nossa hipótese MD agiu regido pela solicitação de cuidados de IN, e pela concepção e instrumentalização da sua medicina, mas no que concerne ao suporte da maternidade, MD pouco fez, e quando ateu-se com as gravuras onde havia uma mãe amamentando, não percebeu, em nossa opinião, mas despertou sentimentos de culpa e persecutoriedade em IN.

Mas toda esta movimentação não-verbal trouxe consequências para ambos, apesar da boa intenção e dos cuidados éticos. A paciente acabou recebendo uma consulta que não solicitou, foi ginecologicamente examinada quando não havia se preparado para tal, recebeu uma aula que não solicitou sobre planejamento familiar, e conseqüentemente saiu do consultório sem ter sido ouvida efetivamente no que dizia respeito à sua queixa.

Por outro lado, o médico procurou responder como podia à solicitação emocional da paciente, e, utilizando-se da linguagem não-verbal (a sua atitude médica), perdeu uma boa oportunidade para laçar emocionalmente IN, criando condições para um acompanhamento puerperal da paciente, de puericultura com seu filho, e de planejamento familiar com seu marido. Não faltavam recursos externos para isso. Mas a droga médico foi prescrita em dose excessiva e, em nossa hipótese, 'intoxicou' a paciente.

Mélega (1991) refere-se assim ao estado prolongado de depressão pós-parto:

"A dificuldade de elaborar esse estado emocional está em função da personalidade da mãe, da ausência do suporte paterno e das condições sociais vigentes."

MD se tivesse a oportunidade de refletir suas ações, assim como utilizar melhor sua intuição acerca das dificuldades puerperais de IN, talvez pudesse oferecer à sua paciente uma medicina com uma diferença. Ser "contínente" das dificuldades relatadas por IN possivelmente poderia proporcionar uma reestruturação para a paciente, e tornaria sua atividade profissional mais consistente. Mélega descreve uma experiência de ter observado uma situação pediátrica, onde a função do observador que manifesta interesse, auxilia a reorganizar a "organização" da doença, nos diz Mélega (1991):

"...avaliamos que as manifestações de interesse que a mãe recebeu pelo estudo e pelas visitas (2) do observador puderam ser usadas por ela para reorganizar-se com sua nova identidade (mãe de bebê)..."

SITUAÇÃO 7:

SITUAÇÃO DE UM RETORNO DE CONSULTA EM CONSULTÓRIO DE FAMÍLIA

DURAÇÃO DA CONSULTA: 30 minutos

LOCAL: Num grande galpão foi adaptado o consultório e a moradia do médico. A sala de espera é ampla com muitas cadeiras para os pacientes, uma mesa e telefone para a secretária, quadros de avisos repletos de cartazes de educação sanitária e avisos diversos sobre saúde. Na parte da frente localiza-se a sala de consultas. Como as paredes são erguidas até o meio da altura do pé direito não se tem muita privacidade.

Na parede lateral há uma estante com livros, e muitos papéis arrumados. Sucedem-se no mesmo lado duas salas, uma com equipamentos para procedimentos gerais, como esterilização de materiais, curativos e depósito de remédios, uma outra sala com geladeira e pia que serve para vacinação e copa. Do outro lado existe uma sala para procedimentos ginecológicos e vasectomia, como foi dito pelo colega médico. Ao lado há uma outra sala com depósito de papéis, leite em pó e outros materiais como latinhas para exame complementar etc. Quando cheguei ao local, o médico estava ocupado com uma urgência e aguardava pela ambulância para remover uma paciente grave.

SITUAÇÃO: Senhora (DA) de meia idade vem para a consulta (fora marcada no dia anterior), após ter ocorrido a última, por volta de 8 meses, com a mesma queixa de dores no braço direito, nas pernas na altura dos joelhos, na bacia e na coluna. Estava acompanhada da filha, menor de 9 anos.

OBSERVAÇÃO DA SITUAÇÃO DE CONSULTA:

DA entrou na consultório após ter sido chamada pelo próprio médico. Na porta, MD solicitou sua autorização para que O pudesse assistir à consulta, DA disse que não haveria qualquer problema.

Sentou-se e foi justificando que veio para a consulta porque não tem mais convênio, que ela deixou de vir em função de pensar que é melhor deixar aquele atendimento para as pessoas que realmente precisam e não dispõem de convênio. MD a acalmou pedindo que se explicasse com mais detalhes. Ela então se acalmou e disse que seu marido fora mandado embora do trabalho que a privilegiava com o convênio e que agora não tinha mais, por isso voltara ao médico para ser atendida.

DA começou a relatar longamente suas queixas, disse que seu braço doía muito, que seus joelhos doíam muito e que não aguentava mais. MD intercalava suas colocações com perguntas, tentando encontrar uma relação causal com trabalho manual, posição, alteração vascular ou outras causas. DA negava qualquer relação. e dizia que o braço doía mais à noite, que havia melhorado com Voltarém que o médico do

convênio receitara; e que desde o início do ano sua dor mantém-se constante. Disse que piora muito quando pega um ônibus e fica segurando no cano alto, de pé; que depois não consegue mover o braço de volta diretamente, que precisa de muito tempo para abaixar o braço.

MD investigou a relação das dores com aspectos clínicos sistêmicos, doenças do colágeno não encontrando indícios que justificassem uma maior investigação nessa área. Investigou então detalhadamente o trabalho caseiro da paciente, perguntou se ela tinha máquina de lavar, disse que não, perguntou então se era ela que torcia a roupa com as mãos demonstrando o movimento; Num primeiro momento DA disse que sim, MD valorizou este dado clínico, então DA disse que não, que tem tanque elétrico que torce a roupa para ela.

MD passou então a investigar elementos contidos no prontuário.

Quanto a pressão arterial, a paciente disse que continuava a tomar o mesmo remédio que ele lhe dera em fevereiro, mas que não fazia um controle adequado, a não ser quando ia ao médico do convênio para outras coisas. MD então viu no prontuário que DA recebera, na última consulta, havia sete meses, dois pedidos de exame de sangue. MD fazia questão de saber o resultado, DA não. Um era o exame de dosagem de K (potássio), que estava presente no prontuário; o outro pedido era de VHS (verificação velocidade de hemossedimentação), mas este não estava e MD procurou insistente no prontuário não

entendendo porque não estava ali. DA disse que não havia problema, a secretária de MD da outra sala gritou que, se ele quisesse, ela poderia telefonar para o setor responsável e verificar (é interessante notar que não foi feita qualquer solicitação à secretária, o que demonstra que tanto a secretária como os outros pacientes podem estar atentos aos acontecimentos da sala do médico, pois não há privacidade), MD disse que não, que seria perda de tempo, que o exame já estava caducado pois fora no dia X, a secretária disse que só precisava desse dado e que iria tentar da mesma forma, DA insistiu que não seria necessário. Minutos depois a secretária entrou na sala, dizendo que não havia sido feito o VHS e que não havia chegado um pedido nesse sentido, DA olhava para baixo, MD nada disse e continuou investigando a dor da paciente.

Passamos para o exame físico. MD investigou pontos algícos, relacionados ao movimento do braço. O exame se deu na própria cadeira da paciente e MD na sua cadeira. Depois passou a fazer anotações no prontuário, num determinado momento MD pediu para DA tirar a blusa, estava frio, e DA perguntou se precisava tirar as duas, MD disse que não e que só era necessário levantar a segunda para tirar a pressão, DA insistiu: - "não é melhor tirar"? MD disse que não. Tirou a pressão e examinou o braço com a manga da blusa levantada, sem a blusa mais grossa, apenas.

Voltou-se para seu lugar e passou a informar DA de seu diagnóstico, disse que seu problema era de uma tendinite no ombro, e explicou o que era tendinite

exemplificando com a carne que ela compra no açougue. DA acenava com a cabeça, demonstrando estar entendendo o que se passava, MD disse então que iria lhe dar alguns remédios e que ela teria que tomar até acabar e depois aguardar pela vinda do próximo médico, pois ele estava de saída do consultório. DA disse que sabia, mas perguntou como faria se precisasse dele. MD respondeu que durante mais uns dez dias estaria atendendo ali e, se ela precisasse, poderia procurar o PAM ou o Hospital da região. DA disse que lamentava muito sua saída, que ele deveria ficar ali, mas se era para melhorar sua vida, que ele fosse e que tudo de bom acontecesse com ele. MD agradeceu levantou-se e despediram-se.

ENTREVISTA COM A PACIENTE:

DA identifica-se a meu pedido. Está com 47 anos, é paciente antiga do consultório, esta deve ser a sexta ou sétima vez que vem para consulta, apesar de não ter comparecido durante mais de seis meses. Vinha fazer controle de pressão, exame de sangue e de urina. Diz ter sido a primeira a ser atendida neste consultório. Conseguiu com a recepcionista um horário para encaixá-la hoje. Disse que antes frequentava o convênio, mas como seu marido perdera aquele emprego, perdeu também o convênio, por isso estava de volta ao consultório. O marido está reempregado há 20 dias, numa firma pequena.

O: *"O convênio era melhor que aqui?"*

DA: *" Não, aqui é melhor. Aqui o doutor atende melhor. Eu falei pra ele que ia no convênio, e os médicos falavam que doía este braço né?!. Eu fiz o exame aqui, mas o exame demorou muito né?!, então eu falei vou no convênio, lá o médico atendeu e logo deu Voltarén, mas ele não dá a atenção que a gente tem aqui. O doutor é um bom pediatra, atende bem."*

Procuro investigar sua opinião sobre suas dores:

DA: *"Acho que é a idade, dor no joelho, quando sento muito, dói tudo..."*

O: "Esse problema tem afetado a sua vida?"

DA: "É, afeta. Olha, fui fazer compra não conseguia andar, de tanta dor nas pernas, e à noite não consigo dormir de tanta dor é demais, difícil de aguentar. Tomava Voltaren e melhorava."

Investigo as condições sociais onde me informa DA que a casa tem 3 quartos e é bem distribuída, tem água encanada, mas não tem esgoto, ninguém tem esgoto na região, nem o consultório.

Pergunto, então, como fica agora sem o médico que está de saída?

DA: "E isso é que é, ele falou que tem o posto aqui por perto, mas eu não conheço, não sei não. Tem que tomar ônibus..."

O: "Como é a condução aqui?..."

DA: "É horrível, o ponto final é aqui, mas não adianta, não tem hora para sair nem para voltar, tanto este da CMTC como o outro contratado, ele dá tanta volta, é um desespero!"

Descreve um relacionamento intenso com os

filhos, suas diferenças, suas reivindicações, as discussões entre os irmãos. Mas nega completamente qualquer relação com suas queixas. Investigo então sua afirmação que, quando vai ao médico, sua pressão aumenta muito. Confirma, diz que fica muito nervosa. E completa:

DA: "Não quero ficar, mas eu fico, quando eu vou ao dentista é duro (suspira), ah!!, toda vez eu vou fico tão nervosa. Eu sei que vai doer, mas não adianta. A pressão sobe mais ainda. Outro dia fui no médico e minha pressão estava 17/8, o médico disse: Mas por que a senhora está tão nervosa. Eu disse que é porque eu ia passar pelo sr. Mas por quê? Ele diz; Eu digo: porque eu ia saber o resultado de uns exames..."

O: "A Sra fica com medo de que vá receber uma notícia ruim?..."

DA: "É eu sempre penso no pior, mas é assim mesmo não consigo me controlar, sempre foi assim..."

O: "A Sra, tem medo de ter algum problema sério?..."

DA: "Outro dia pus na cabeça que eu estava com câncer na barriga. Ele me fez todos os

exames e foi nesse caso, eu estava com a pressão 17/8. E ele me disse por que a sra põe isso na cabeça, ele mandou eu fazer a "sonografia" e deu útero inchado. Eu fui no médico particular. Eu fui na médica do convênio e a médica foi muito mal educada, ela me perguntou: - "O que a Sra tem?" Eu disse: - "Me dói aqui embaixo". Ela mexeu na barriga e me disse: - "Olha volta daqui a 6 meses para os exames de rotina". Eu disse: - "Olha, dona, estou com dor, aí ela examinou melhor e me mandou fazer a "sonografia". A dor piorou e meu marido me mandou para o médico particular, e a pressão foi abaixando e a pressão acabou em 13/9 ou 8 e ficou assim."

ENTREVISTA COM O MD:

Investigo sua formação profissional. Informa que é de outro Estado, formado há alguns anos. Fez Residência em clínica médica, depois se interessou por Medicina Comunitária, quis fazer o 3º ano em Medicina Comunitária. Fez um programa, mas não foi aceito, pois o conteúdo era muito diferente, resolveu ir trabalhar no interior. E prossegue:

MD: *"Dentro desta minha tendência de trabalhar com medicina de família, ou qualquer outro rótulo que se use para identificar esta forma de atuação médica, não importa, como aqui existe muita discussão disso. Eu parei pra pensar, e apesar da excelente formação de clínica médica que eu tive, o preparo que dão lá é extremamente organicista; não é um preparo que condiz com a realidade social. Você atravessa a rua e vai atender o INPS, você não tem preparo para atender. É como você viu aí. No interior eu sabia tratar um infarto, um AVC, doenças exóticas, mas tratar bem o dia-a-dia da clínica ambulatorial, eu não sabia. Resolvi procurar uma formação nessa área. Consegui uma bolsa e fui para o exterior. Fiz o "pós" em saúde pública; fiz o caminho mais longo para ver a luz, um caminho puramente organicista, para aprender um enfoque não só na doença, mas algo mais amplo."*

O: "Você disse que não importa o rótulo, mas a filosofia. como assim?"

MD: "Olha, eu acho que aqui no Brasil tem uma discussão que acaba fragmentando o movimento de formar um outro médico. Quando digo fragmentado é que existem medicina comunitária, a medicina social, acaba ocorrendo uma ideologização da formação ao invés de se unirem, e formarem um movimento único que condiga com a realidade social. Houve um Congresso em 88, 1º Congresso Brasileiro de Medicina Comunitária, contrário à medicina de família, porque pensaram que nosso modelo era espelhado no modelo americano. A gente nota uma nítida politização desse movimento, muito mais que a formação do médico que se adapte à nossa realidade. Então a minha forma de ver é esta: tem que formar um médico, tem que haver uma modificação curricular, no nível de escola, e não há nível de pós-graduação como existe. Existem programas do centro assistencial que engendraram para melhoria da formação do médico, mas não é lá, é no nível de formação. O médico tem de sair graduado e apropriado para atender no que se precisa. Valorizar a atenção primária, a própria proposta do SUDS, mas é necessário uma participação da escola

médica. A escola forma bons profissionais, mas não adequados para nossa realidade. A Faculdade de Medicina da Universidade X por exemplo, é uma excelente escola, mas não forma os profissionais de que precisamos; forma sim médicos para atender dentro da escola, dos grandes hospitais. Acaba acontecendo que esses profissionais ficam sobrecarregados, tudo deságua sobre eles e o sistema de saúde não funciona."

O: "Como você chegou até esse programa?"

MD: " Eu voltei do exterior e a minha intenção era sempre de pregar isso. Minha cruzada é isso, pregar justamente o que estou te falando. Eu não tinha vínculo nenhum. Este projeto me chamou a atenção, e eu achei que servia para divulgar a especialidade, e até certo ponto serviu, houve muita publicidade do projeto. Apesar da conotação política eu achei que, independente disso, eu achei que o meio justificava o fim, porque eu acredito no movimento, na filosofia do médico de família..."

O: "Você resolveu se desligar?"

MD: "Não vou, voltar para o exterior, minha

esposa é de lá..."

O: *"E sua estada aqui como foi?..."*

MD: *"Foi muito interessante, reafirmou o que eu pensava o que é ser médico de família, evidentemente minha formação teve que ser adaptada pra cá, a realidade americana é muito diferente da nossa, assim como é a cubana, é outro estilo, né? Aqui me ajudou a refletir de como deve ser a adaptação daqui."*

O: *"Qual seria o seu projeto para o futuro?"*

MD: *"Está em aberto."*

O: *"O que você acha que seria mais necessário na formação do médico de família?"*

MD: *"Uma proposta curricular..."*

O: *"Dando ênfase a quê?..."*

MD: *"Bom, primeiro tem que se fazer uma revisão do conteúdo programático, não adianta você ensinar doença de Hodgkin e todos os tipos de leucemia se o aluno não aprende anemia ferropriva. Tem que reconsiderar as cargas horárias, e acrescentar coisas que não*

são ensinadas. Por exemplo, alguma coisa como é o conteúdo, talvez do teu trabalho, uma disciplina de comunicação, a gente não ensina isso, a gente não aprende isso. Aprende anamnese no sentido técnico da coisa. Quando? Por que? Onde dói? É só. Comunicação na sua essência. Saber interpretar a comunicação do paciente alguma coisa que precisa incorporar-se no currículo: Sociologia, Antropologia, pra gente poder entender qual a interpretação da doença na sua comunidade, em seu país. Um sintoma aqui no bairro tem uma interpretação, na avenida Paulista outra completamente diferente. Este contexto que eu te falei é completamente alienado hoje do currículo médico. É baseado no modelo biomédico, a Psiquiatria é um exemplo. Justamente por não haver um substrato anátomo-patológico da doença, algumas doenças, pode-se até achar subsídios bioquímicos, mas a maioria das doenças é encarada como desvio do comportamento, difícil de se enquadrar na classificação coerente. No modelo orgânico você não consegue ver senão como um desvio de conduta, não há exames de laboratório, uma biópsia para enquadrar a doença. Então a Psiquiatria é uma especialidade marginalizada na Medicina. Tudo que não se insere no modelo se acaba jogando

fora porque tudo que não se enquadra, não serve. Assim em nossa prática, nem tudo se enquadra nesse modelo, e o currículo médico aqui, é uma cópia do currículo ocidental, é fortemente baseado nesse modelo. A gente passa a ignorar variáveis culturais, etc."

O: "Como foi a sua adaptação?"

MD: "Acho que é mais no sentido da Medicina Comunitária, a Medicina de família, a unidade de atuação é da família. Aqui a coisa não acaba ali; a comunidade é mais importante, esse modelo é baseado no Cubano. Ele tem mais acesso à comunidade, considera-se fator ambiental, a própria infra-estrutura básica. Aqui não tem esgoto; posso relacionar uma série de acontecimentos que eu vejo no consultório com o meio ambiente. O atendimento da comunidade é mais importante. Onde eu estive, o médico de família se limita mais à família, ao núcleo familiar."

O: "E sobre esta consulta a que eu assisti, DA, o que você pensa dela?"

MD: "Olha, eu já a conheço de outras vezes. Esse problema que ela tem, é basicamente

dor no ombro, procurei enfocar variáveis, por exemplo, sociais. Eu talvez tenha feito perguntas fechadas; eu conheço a família dela e eu sei que ela tem uma situação estável. Esse foi o único momento em que eu tentei sair do modelo médico estrito. Fiquei convencido de que ela tem um problema dessa natureza. A situação social tem uma relação com a dinâmica familiar. No caso dela particular, eu estou mais convencido de que sua queixa é de natureza biológica mesmo. Tem esta queixa há muito tempo. Eu não tive contato com ela. No exame físico pude perceber que os sintomas se exacerbam. Porém o que a gente percebe com outros pacientes é uma queixa mais difusa, e essas sim são relacionadas a questões da dinâmica do paciente. Com a situação emocional, psicossocial..."

O: "Você então fala em psicossomática?"

MD: "Não, eu não faço essa distinção. eu aceito isso como doença, aceito isso como uma entidade que eu não conheço bem, mas à qual eu consigo associar umas variáveis, e o tratamento, apesar de não ser específico, eu obtenho algumas variáveis, entendendo a dinâmica, o entendimento disso ajuda..."

O: "O que é para você entendimento?"

MD: "É, não para intervir, mas um substrato para tratar, a gente não sabe exatamente a causa, talvez um dia a gente não dispõe de tecnologia para entender isso, talvez um dia a gente poderá entender isso. Mas o fato de se poder acreditar nisso, abre uma possibilidade."

O: "Você ficou satisfeito com o atendimento a DA?"

MD: "Eu, pessoalmente, não fiquei satisfeito com o diagnóstico que eu dei, se é o mais apropriado, eu acho que o diagnóstico diferencial que eu fiz é razoável..."

O: "Para você ficou algo pendente da consulta? Para você, ou "pra" ela?"

MD: "Tou com um pé fora daqui, mas eu acho que não teria feito muito diferente, o que eu teria feito a mais era pedir pra ela voltar aqui daqui uns 15 dias, depois da terapêutica instituída. O diagnóstico diferencial me preocupou. Fiz tudo a meu dispor, cheguei à bursite e vamos ver o tratamento."

O: "O que você sente que tem mais a oferecer como médico de família?"

MD: "Do ponto de vista palpável, acho assim que um argumento convincente para quem simpatiza com o médico de família seria a alta **resolubilidade**. Isso pra mim é uma das coisas mais importantes. Eu acho que aqui eu consigo resolver..."

O: "Nessa resolubilidade o que você oferece?"

MD: "Temos que considerar que eu gosto do que eu faço, independente do que eu ganho. Eu tenho uma sistemática de trabalho que me ajuda bastante, e tem sido a mesma desde o início e não tem se modificado..."

COMENTARIO A SITUAÇÃO 7:

Nesta situação encontramos um médico treinado para ser médico de família, demonstrando alguma experiência com a prática em consultório desta especialidade. Desenvolveu sua concepção de Medicina fortemente apoiada na Sociologia e nas variáveis ambientais. Demonstra, nas entrelinhas, que nunca teve contato com algum tipo de ajuda para com a relação médico-paciente, elemento central na proposta do médico de família, quer no modelo brasileiro, cubano, inglês etc...

Olhando essencialmente para a vida social do paciente, o médico pode se perder na sua função. De médico para "assistente social", por exemplo, ou como é comum para "conselheiro ambiental".

Nesta situação poderemos estudar um pouco dos desencontros na prática médica proporcionados por diferentes fatores, ora relacionados a aspectos da disponibilidade do médico para construir uma relação com seu paciente, ora relacionados ao próprio paciente que precisa "vomitar" seus conteúdos internos.

MD forneceu-nos estes elementos:

"...Dentro desta minha tendência de trabalhar com Medicina de família, ou qualquer outro rótulo que se use para identificar esta forma de atuação médica...e apesar da excelente

formação de Clínica Médica (especialista) que eu tive, o preparo é extremamente organicista. Não é um preparo que condiz com a realidade social, você atravessa a rua e vai atender o INPS e não tem preparo para isso... aprendi a tratar um infarto, um AVC, doenças exóticas, mas tratar bem o dia a dia da clínica ambulatorial eu não sabia. Resolvi procurar uma formação nesta área. Consegui uma bolsa para o exterior, e fiz o "pós" em Saúde Pública, fiz o caminho mais longo para ver a luz, um caminho puramente organicista, para aprender um enfoque não só na doença, mas algo mais amplo."

Qual seria essa luz? MD, na entrevista, limitou-se a falar do diagnóstico social, das variáveis culturais e da necessidade de se considerar a comunidade. Defendido do entrevistador, supostamente mais aparelhado que ele para discorrer sobre a vida emocional. MD citou a importância da dinâmica familiar como elemento de auxílio no tratamento, mas nesta situação não a utilizou para fins diagnósticos, nem terapêuticos.

Observando alguns fatos da consulta, formulamos algumas questões: Por que DA "abandonou" MD para ir a um médico de convênio distante de sua casa, com dificuldades para marcar consulta, quando dispunha de um médico de família no mesmo quarteirão? Existem elementos para pensarmos que a relação entre

ambos não era satisfatória, uma vez que DA afirmou que foi consultar-se com MD por 6, 7 ou 8 vezes antes de trocar de médico, e foi a primeira a se cadastrar no consultório e diz que apenas retornou porque seu marido não mais a provê com o médico de convênio?

Existem outros elementos na entrevista onde DA nos forneceu outros dados para pensarmos que a relação médico-paciente não andava bem:

DA: " O médico do convênio dava "Voltaren" e passava a dor..."

Se a solução biológica já é "conhecida" o que será que DA vem buscar nesta consulta?

Considerando que se passaram 8 meses desde o último encontro, DA continua com a orientação inicial dos medicamentos para o controle da hipertensão arterial que MD prescreveu. Isto nos faz supor que um pouco das ofertas de MD permanece presente com DA. Além disso na entrevista pudemos verificar que a relação entre DA e o médico do convênio não é assim tão boa como inicialmente sugerida. Será que existe uma razão para DA "provocar" MD com suas comparações com o médico do convênio? O que estaria DA comunicando com esta "provocação"?

Vejamos outros indícios desta situação que subsidiam nossa hipótese:

1-MD descobriu em suas anotações que havia

solicitado a DA que fizesse dois exames de sangue. Não estava registrado em seu prontuário o resultado destes exames. MD queria saber o que se sucedeu, DA demonstrou que queria passar por cima do episódio, entra em cena uma figura que não participava da situação, a secretária de MD, que insiste em conseguir o resultado. MD dispensa a secretária, esta insiste.

2-A secretária descobre que DA não fez o exame, "denuncia-a" ao médico, apesar de um "esforço" velado de DA para que o fato não viesse à tona.

3-Na entrevista, DA demonstrou que só veio vê-lo novamente por não poder se utilizar mais de seu convênio ("particular").

Bernik (1978) assinala que a relação médico-paciente inicia-se com dificuldade quando o paciente é obrigado a se consultar com o médico que 'a priori' não foi seu escolhido.

4-Quando da entrevista, MD confessa que no máximo, o que faria diferente com esta paciente, seria vê-la em alguns dias, mas como vai embora mesmo, ela que vá procurar o PAM.

5-DA frisou, por outro lado, sem ser questionada, que nunca ouviu falar do PAM, nem sabe como chegar a esse serviço médico.

Os elementos que estamos seleccionando se

complementam quando focalizamos o diagnóstico que MD fez da sua paciente:

MD: "Olha, eu já a conheço de outras vezes. Esse problema que ela tem é basicamente dor no ombro, procurei enfocar variáveis sociais, eu talvez tenha feito perguntas fechadas, eu conheço a família dela e eu sei que ela tem uma situação estável, esse foi o único momento em que eu tentei sair do modelo médico estrito. Fiquei convencido de que ela tem um problema desta natureza. A situação social tem uma relação com a dinâmica familiar. No caso dela particularmente, eu estou mais convencido de que sua queixa é de natureza biológica mesmo. Tem esta queixa há muito tempo. Eu não tive muito contato com ela. No exame físico pude ver que os sintomas se exacerbam. Porém o que a gente percebe com outros pacientes é uma queixa mais difusa, e essas, sim, são relacionadas a questões da dinâmica do paciente. Com a situação emocional, psicossocial..."

No nosso vértice formulamos a seguinte hipótese, que se baseia nestes elementos acima selecionados:

DA é uma pessoa melancólica, difícil de manejar e solicita de quem a ouve a capacidade de sintonizar absolutamente seu ouvido para o que ela (DA) está comunicando;

isto desconsidera as condições do receptor. MD não consegue, a nosso ver, sintonizar seu ouvido para DA, procura uma faixa de sintonia no que denominou de "variáveis sociais". Não servindo esta faixa, MD parece não poder dispor de outra. Verificando a história entre os dois, observamos uma série de desencontros. Mas por que razões MD deve receber todo este volume de solicitação de DA? Parece que o arsenal de que MD dispõe, permite que ele trabalhe com o diagnóstico tradicional que, neste caso, foi também utilizado para descartar outras aproximações:

MD: " ...No caso dela particular eu estou mesmo convencido de que sua queixa é de natureza biológica mesmo. Tem esta queixa há muito tempo. Eu não tive contato com ela, no exame físico pude perceber que os sintomas se exacerbam. Porém o que a gente percebe com outros pacientes é uma queixa mais difusa, e essas sim são relacionadas a questões da dinâmica do paciente. Com a situação emocional, psicossocial..."

Em nossa hipótese, MD e a secretária estão emocionalmente "laçados" por aspectos emocionais de DA, que fazem com que a secretária, como o próprio MD, tratem DA com um certo desprezo, e defendam-se dela. Na entrevista também me senti assim.

DA mostrou que é uma pessoa muito necessitada, mas que tem dificuldade para solicitar um espaço na relação com o

outro. Isto, sem que MD percebesse, provocou-lhe uma reação contra-transferencial defensiva que, em nossa hipótese, vem, desde do primeiro atendimento, criando dificuldades para a relação médico-paciente. Assim DA oferece ao médico uma doença que é comunicada através de dores músculo-esqueléticas, mas que pode ser, na nossa hipótese, uma expressão de todo o seu funcionamento mental dolorido e travado pela sua imobilidade emocional. A mesma imobilidade que entrava o seu médico e seu tratamento. A natureza biológica da doença parece controlada com o Voltaren, mas a natureza mental, não. Assim, médico e paciente acabam se relacionando numa situação muito solitária. Apesar disso não podemos afirmar que a resposta emocional do médico para com a solicitação da paciente seja inoperante ou inadequada, apenas salientamos que é automática, e, principalmente, não serve como um elemento diagnóstico que possa inclusive, nortear as diretrizes terapêuticas.

Lawrence (1957) estudou prospectivamente cerca de 3000 pessoas na cidade de Nova York. Isolou muitas variáveis de forma que pudesse ter uma visão longitudinal dos processos de formação das doenças e, desta maneira, pôde fazer algumas inferências sobre os ciclos (clusters) de doenças que afetam determinadas pessoas. Algumas de suas conclusões são muito próximas das "desconfianças" que muitos clínicos experientes armazenam em suas vidas, mas que nem sempre são discriminadas. Vejamos algumas destas conclusões que, a nosso ver, poderiam incluir alguns dos casos que estamos vendo no presente estudo.

1- Apesar de acompanhar uma amostra da

população que se apresentava homogênea nas variáveis, pessoas muito semelhantes apresentavam diferenças de suscetibilidade às doenças. (Foram isoladas variáveis como: origem, idade, trabalho (tempo e duração), estrutura familiar, condição econômica, etc).

2- As pessoas que apresentavam maior suscetibilidade a doenças, apresentavam maior suscetibilidade a desenvolver todas as formas de doenças; assim, quanto maior o número e forma de doenças, maior o acometimento de diferentes órgãos e sistemas, assim como sofrerem maior número de acidentes, de alterações de humor, pensamento e comportamento.

3- Concluiu-se que em todo o grupo as doenças não apresentam uma distribuição aleatória, mas são cíclicas (clusters), como ondas periódicas de doenças, que são alternadas por períodos assintomáticos.

4- É notório no estudo que os ciclos de doenças aparecem quando a pessoa sente que está vivendo dificuldades de adaptação em algum setor de sua vida. As pessoas mais suscetíveis à doença são aquelas que também se sentem com maiores dificuldades de adaptação.

5- As dificuldades de adaptação que influenciam a suscetibilidade às doenças não influenciam na forma do adoecer, mas claramente na evolução do processo mórbido, assim como no momento de sua eclosão.

Infelizmente um médico clinicamente

experiente, como MD que observamos, não dispõe da experiência observacional, nem de um espaço para refletir sua prática, acaba por tornar-se apenas um "aliviador" de sintomas, e um "tocador" de serviço, como se diz em serviço público, um "comedor" de filas.

SITUAÇÃO 8:

SITUAÇÃO MÉDICA DE RETORNO EM CONSULTÓRIO DE FAMÍLIA

DURAÇÃO DA CONSULTA: 15 minutos

LOCAL: Num amplo sobrado foi adaptado, na porção superior, o consultório, sendo que todo o resto do sobrado é a residência de MD e sua família. Após subir um íngreme lance de escadas na lateral da casa, chega-se a uma sala ampla com mesa e telefone, cadeiras para os pacientes esperarem a consulta; armários, caixas espalhadas pelo chão e quadro de avisos (estava sem avisos). Esta sala dá acesso a outras salas.

A sala do médico, contém uma maca, uma mesa e duas cadeiras. Tem também, ao fundo, uma mesa ginecológica, sem biombo. Há uma sala de curativos e procedimentos gerais com maca, geladeira, freezer e um pequeno depósito de remédios. Uma copa, com pia, e também um depósito de remédios e de leite em pó.

SITUAÇÃO: Uma paciente antiga do consultório (DF) marcou ontem esta consulta para sua filha (V), pois a mesma não melhora das dores abdominais matutinas.

OBSERVAÇÃO DA CONSULTA:

O e MD conversavam na sacada da sala de espera. A paciente chegou às 8h e 25 min., a consulta estava marcada para 8h e 30 min.. MD continuou falando com O, e, por volta das 8h e 40 min., dirigiram-se para a sala a fim de que MD a atendesse. Depois de solicitar autorização, O foi apresentado como colega médico, e autorizado, pela paciente, a presenciar a consulta.

Mal autorizou a presença, DF começou a falar compulsivamente, queixando-se das dores abdominais de V, dizendo que estavam piorando e que apresentam uma característica determinada: somente ocorrem matutidamente.

MD investiga uma relação das dores com a escola, DF nega qualquer relação, acrescenta que, por causa dessas dores, V não se alimenta, fica muito manhosa de manhã. DF faz questão de frisar que V é excelente aluna, gosta da escola e tira notas muito boas. MD investiga sobre a urina, as fezes e sobre o remédio para os vermes. DF nega qualquer problema, dizendo que V esta gripada desde a véspera e que tosse e espirra de vez em quando. MD resolve dar uma longa explicação:

MD: "*Pode ser que ela tenha uma hipersensibilidade ao vírus, e no intestino ocorra um infartamento ganglionar que resulta em dor.*"

MD pede para V deitar-se para o exame,

enquanto lava as mãos dirige-lhe pela primeira vez a palavra:
"Cabeça pra lá e pé pra cá." V o atende.

MD volta-se para a menina e pede que ela levante a camisa, ela timidamente levanta a camisa um pouco acima do umbigo, MD diz que precisa levantar mais. V olha para a mãe que está entretida em sua bolsa, levanta a camisa um pouco mais. MD ameaça abrir-lhe as calças, V antecipa-se e abre o botão. MD pede-lhe então que abaixe o zíper e V, timidamente, abaixa uns 3 cm. MD diz que é necessário que abaixar tudo, V abaixa até a metade, MD parece não se dar conta destes acontecimentos pois estava entretido com DF, onde mantinha um diálogo sobre o remédio dos vermes enquanto tudo isso ocorria. V cabisbaixa demonstra estar apreensiva, MD pede para que ela relaxe, V faz uma careta quando MD toca-lhe o abdome. MD pede para ela respirar fundo e V suspira. MD rapidamente acaba de apalpar a região examinada e volta para seu lugar.

MD diz que está tudo bem, que ela, aparentemente, não tem qualquer coisa séria, e que seu problema pode ser ansiedade. Mesmo assim qualquer investigação diagnóstica passa por exames complementares. Primeiro de fezes e urina, uma vez que ele deu o vermífugo sem exames, e que agora gostaria de fazê-lo. V acompanha atentamente suas ações, observa suas anotações e quando recebe os pedidos de exames tenta lê-los, movendo a boca. DF queixa-se que está preocupada porque ela não melhora. MD pega um receituário e prescreve um remédio.

MD diz que depois dos exames poderá

pensar em investigar melhor o que ela pode ter, mas que aquela situação não é nada, não precisa se preocupar. Por enquanto, deve dar aquele remédio que estava prescrevendo naquela hora.

Despedem-se, com MD dizendo para ela marcar daqui a um mês, assim haverá tempo para que os exames venham, DF demora-se para levantar, parece procurar algo que pode ter caído de sua bolsa (não havia coisa alguma). V esboça uma face mais tranquila, levanta-se rapidamente, pronta para ir embora.

ENTREVISTA COM AS PACIENTES:

V tem 10 anos e DF 33, é casada há 10 anos, tem outro filho que mora com sua mãe, a quem delegou os cuidados do menino. O investiga a dor:

DF: " É, eu acho estranho ela ter muita dor. Agora ela tem 10 anos, quase 11, está se formando mocinha, não é normal, né? Na escola tem outras meninas como ela, que não têm isso, essa dor que ela sente. Eu achava antes que era dor de barriga, mas agora eu e meu marido achamos que não é não porque dor de barriga daria em outras horas durante o dia, e ela só tem de manhã. Ela sentia antes, passei aqui com MD, mas falei que era dor de barriga, né! Achava que fosse, né..."

O: " O que a Sra acha que é?

DF: " Pode ser uma cólica, né? "Tá" ficando mocinha."

DF: "Ela vai ao banheiro e não melhora, não é coisa de fazer cocô, minha casa tem dois quartos, o meu e o dela, ela sempre teve o quarto dela, só que não dorme no quarto dela, dorme no meu. Dorme entre mim e meu marido. Um dia teve uns homens no telhado, que

queriam amedrontar as pessoas, aí ela ficou com medo e passou a dormir comigo. Meu marido até falou: 'vou desmanchar este quarto e fazer uma lavanderia. Desmanchar e vender o armário dela'. Fazer medo nela, mas não adianta. Quem sabe ela vai ficar maior..."

O: "Seu marido costuma fazer medo nela?..."

DF: " Não, só fala brincando, ele nunca deu um tapa nela, quem dá sou eu, umas palmadas. Dá uma surra que nem eu levei, nunca (a menina tosse)!"

O: "O que ela gosta de fazer em casa?"

DF: "Gosta mesmo é de brincar, de fazer desenho, de brincar com as primas; desenha bonitinho mesmo, gosta de estudar..."

O: "Aqui ela é quietinha, de cabeça abaixada. Ela é assim?..."

DF: " É.. ela é tímida ..."

O: " A Sra também era?"..."

DF: "É, sabe como é, a gente do norte é assim" .

O pergunta a V se ela é assim tímida com as amigas também.

DF: *"Agora tem que falar, V."*

V: *"Não, sou normal com elas, converso com elas, brinco..."*

O: *"E na escola o que você gosta de fazer?"*

V: *"De estudar ..."*

O: *"De que matéria você gosta mais?"...*

V: *"Matemática e Português..."*

O: *"Você gosta de roupas? Essas coisas?"*

V: *"Gosto..."*

O: *"Gosta da Xuxa (programa de tevê de muita audiência)?"...*

V: *"Gosto, das roupas, dos discos..."*

O: *"Assiste ao programa?"...*

V: *"Não, eu vou pra escola"...*

DF: "Ela assiste até a hora da escola às 11h, agora com o horário político não dá muito. né? Ela gosta do Chaves (outro programa infantil de tevê muito difundido) também..."

O: "Do que você V gosta de brincar?.."

V: "De casinha de bonecas..."

DF: "Ela brinca até sozinha, quando as meninas não querem, ou quando elas brigam. Ela é briguenta..."

O: "O que você V acha que tem?"

V: "Não sei, incomoda só de manhã..."

O: "E a Sra o que pensa que possa ser o problema dela?.."

DF: "Eu penso que é uma "colca" (cólica) mas ela é muito novinha, não sei!..."

O: "Mês que vem tem dia das crianças, como é pra você?"

V: "É um dia muito feliz, porque é meu dia. Eu ganho presentes. Eu peço. Pedi uma Barbie. (DF: É fã da Barbie.)"

O: "Ela fazia xixi na cama?"

DF: "Não, ela acordava às vezes à noite
gritando".

ENTREVISTA COM MD:

MD mostrava-se apreensivo com a presença, do O. Disse que estranhou que O não assistiria às outras consultas, e que pensou que O passaria o dia todo ali sentiu a presença, e isso muito o atrapalhou perguntando em quê, respondeu que na linguagem, principalmente; que não se sentia à vontade para falar do jeito que está acostumado, e que teve que encontrar uma linguagem mais coloquial.

MD informou-me que é de outro Estado onde estudou Medicina e desde então resolveu sair pelo país. Ficou por uns anos viajando pelo interior e morando nas cidades aonde chegava. Disse que é muito fácil conseguir ganhar muito dinheiro no interior, que é só ir até a Prefeitura e sempre há a necessidade de contratar um médico. Morou em diversos lugarejos. Num determinado momento, resolveu instalar-se numa cidade devido a necessidades familiares. Ouviu falar dessa proposta de São Paulo, que ia ao encontro do que sempre quis fazer e assim resolveu tentar. Gosta do bairro, de onde não pretende sair tão cedo.

O: *"Sobre a sua clientela, no que você sente que é mais solicitado?"*

MD: *"Minha população aqui é um pouco diferente do que eu imaginei que iria atender. Eu pensava que ia atender muita criança, gente miserável. Mas não é isso, aqui tem*

muita gente estabelecida na vida. Poucas crianças, muita gente velha, a maioria da população é de gente que mora aqui há mais de 20 anos, gente estabelecida. Muita doença degenerativa, muita hipertensão. 35% da população, têm uma taxa muito alta de artrite reumatóide, 1/300, tanto é que eu fico pensando que não tem relação familiar. A maioria é ou descende de espanhóis ou de japoneses. Em relação a outro Estado e ao interior, a gente quase não vê doença intestinal, Diarréias em crianças eram lá o dia a dia, aqui a gente vê mais doenças respiratórias. Nunca tinha tratado de tantos adolescentes quanto agora."

O:" Pelo fato de atender a família, você percebe alguma facilidade/ dificuldade no atendimento?"

MD: "Eu estou só há um ano, ainda é difícil sincronizar as ações, mas às vezes a gente fica surpreso, o doente ajuda e traz muitas informações. Ajuda sim e muito... Tem uns pacientes com características ansiosas que a gente senta e coloca em discussão os aspectos de ansiedade. Agora, num aspecto mais clínico tem ajudado muito. No global tem facilitado."

O: "E a respeito da consulta que eu observei?"

MD: "É uma paciente recente. Uma queixa muito evasiva, como ela tinha uma história anterior de vermes nas fezes, eu tratei como verminose, mas persistiu. Uma paciente com pouco contato, ainda muito inicial. Com queixas evasivas não consigo tratar, não tem uma história clara, um quadro clínico específico. Como as dores são de manhã, eu acho que têm relação com a escola. Ela não comentou dessa vez, mas quando é no fim-de-semana, quando não tem escola a dor não vem. Outra possibilidade, por exemplo, é de linfadenopatia de alças abdominais. Outra possibilidade é ansiedade, não sei, ainda tem pouco contato. A gente não manteve uma relação maior. Não há uma relação maior. Uma coisa que eu procuro fazer é lidar com esses sentimentos com os pacientes, que eles não sejam meus, eu não vou ficar ressentido com eles se eles procurarem outro médico lá fora. Eu acho que qualquer procura é sempre mais uma ajuda, eu acho que não dou conta dos meus dois mil pacientes, já tenho quase isso aqui, não dou conta, é muita gente! As vezes existe um paciente esperando lá fora com queixas articulares de longa data, existe alguma coisa em família. As vezes a ansiedade

desencadeou esse problema, não sei, esse tipo de "insight" nesses pacientes humildes."

O: "Quais seriam suas aspirações?"

MD: "Não tenho muitas, eu gostaria de... os pacientes novos vão se tornar velhos, o processo de consolidação junto da comunidade, de liderança... as coisas a longo prazo. Pretendo fazer um curso de médico sanitарista, aqui em São Paulo tem vários cursos, né? Até poder coordenar o trabalho nesta área, eu não tenho dúvida, nós somos os pioneiros aspirantes "nesta área", e eu gostaria de ter um papel mais importante "nessa área", poder coordenar... com certeza isso vai crescer, não tenho dúvida, pretendo fazer um curso de Administração Pública, é uma exigência em nível de secretaria, ou sanitарista. Estou me sentindo bem encaixado no programa de médico de família."

COMENTARIO A SITUAÇÃO 8:

Esta situação médica é muito ilustrativa, pois nos permite estudar alguns aspectos da relação médico-paciente sob a ótica psicanalítica relacionada à transferência e à contra-transferência. O fenômeno denominado como *transferência* consiste, em suma, em uma repetição de protótipos emocionais infantis, que são revividos com muita intensidade nas relações bipessoais. O manejo da transferência é um dos principais pilares da psicanálise. O médico, que é alvo de conteúdos emocionais de seus pacientes, através de mecanismos transferenciais, irá, como qualquer ser humano, reagir. Estas reações são conhecidas como reações contra-transferenciais do médico (Racker 1988). Muitas destas reações podem estar na gênese de dificuldades na relação médico-paciente, principalmente aquelas que resultem de conflitos psíquicos do médico.

Tanto a transferência como a contra-transferência são fenômenos psíquicos iminentemente inconscientes, que requerem um plano epistemológico que trabalhe com as noções psicanalíticas do aparelho mental, para que possam ser estudados como fenômenos. Tais fenômenos, mesmo que não percebidos, estão presentes auxiliando/conturbando as relações humanas. A relação médico-paciente não é diferente, estes fenômenos podem determinar, em algumas situações, a evolução da doença e dos cuidados médicos.

A situação 8 fornece alguns elementos para dirigirmos nossa atenção a esses fenômenos como aspectos

importantes da relação médico-paciente. Logicamente não pretendemos estudar tais comemorativos psíquicos como se estivéssemos num "setting" (esquema) analítico, dentro de um consultório de psicanálise. Procuraremos, neste comentário descrever algumas das possíveis hipóteses que formulamos quando observamos esta situação, e que poderiam até ser reformuladas se porventura tivéssemos uma continuidade maior de contatos com os acontecimentos entre MD e DA.

Eksterman (1968) relata sua experiência com grupos Balint de médicos gastroenterologistas. Neste grupo a maioria dos casos discutidos era de *patologias intestinais funcionais*. Para Eksterman, o médico é chamado nestas situações para servir como um protetor onipotente das ansiedades aniquiladoras. O paciente, nestas condições, está muito atento às atitudes do médico e transforma qualquer movimento imprevisto como uma ameaça, evocando assim uma maior carga de ansiedade, alimentando o quadro e transformando a relação médico-paciente num transtorno tanto para o médico como para o paciente.

A hipótese que pretendemos formular nesta situação é o envolvimento emocional não discriminado do médico com a situação médica observada. Não quer dizer que este seja o aspecto contra-transferencial mais importante ou ilustrativo da situação, mas foi o enfoque escolhido para exemplificar um componente importante que merece atenção quando estudamos a relação médico-paciente: suas "disposições" para utilizar elementos de sua vida psíquica a partir da experiência observacional.

Alguns dos assuntos abordados nesta situação podem ser encontrados no resumo: *algumas propriedades do farmaco =médico=; alguns dos para-efeitos da droga =médico=*. Não iremos retomar o resumo teórico, pois já foi previamente discutido, assumimos que estes conceitos são familiares ao leitor, sugerimos mais uma vez a leitura do original da obra de Balint.

Nossa hipótese fundamentou-se em alguns elementos observados da consulta, da entrevista e do contato pessoal entre o observador e cada uma das pessoas envolvidas nesta situação. Vejamos alguns destes elementos:

Uma senhora, paciente do consultório, traz, num primeiro momento, sua filha, para consultar o médico sobre dores abdominais matutinas. O médico formula uma hipótese diagnóstica: *verminose*. Procede inicialmente em consonância com sua hipótese, fazendo uma prova terapêutica com o uso de vermífugos. A paciente retorna então, com a mesma queixa. O médico formula outras hipóteses:

- 1-*Infartamento ganglionar intestinal devido a uma virose inespecífica.*
- 2-*Verminose persistente.*
- 3-*Processo infeccioso intestinal a esclarecer.*
- 4-*Ansiedade.*

Propõe então que a paciente tome sintomáticos analgésicos, e faça os exames complementares de fezes e urina, retornando em algumas semanas.

Das entrevistas pudemos coletar outros elementos que não foram abordados na consulta observada.

Sobre a paciente:

Apesar de não ser filha única, é somente ela que mora com seus pais. Não dorme sozinha em seu quarto, viveu recentemente uma situação de ameaça externa real, o pai, em tom de brincadeira a ameaçou de se desfazer do seu quarto, pois ela só se utiliza do quarto de casal. A menina apresenta caracteres sexuais secundários. A mãe desconfia que estas dores possam ser o prelúdio de ciclos menstruais.

Sobre MD: Está tendo em seu convívio diário a necessidade de lidar com uma filha pré-púbere, assim como a paciente. Quando perguntado sobre o que é mais solicitado no consultório, MD responde que é como médico de doenças degenerativas, mas diz que nunca havia tratado tantos adolescentes como agora. MD forneceu indícios para que pudéssemos constatar sua excelente competência médica para diagnósticos tradicionais, e disse também de sua dificuldade para tratar pacientes com queixas evasivas, que, como nesta situação, não se beneficiam apenas do diagnóstico tradicional.

Observando a disposição do médico para envolver-se com a paciente, e ao mesmo tempo sua angústia por não ter como conduzir, sentimos um enorme desconforto durante a entrevista. Quando MD não encontrou mais recursos em seu diagnóstico médico tradicional, foi correlacionar a queixa com a vida social da paciente:

MD: " ...como as dores são de manhã, eu acho que tem relação com a escola, ela não comentou desta vez, mas quando é no fim de semana, quando não tem escola, a dor não vem."

As variáveis tempo e ocupação, são usadas "in natura" para o diagnóstico tradicional, já para um diagnóstico geral nos indicam outras possibilidades que estão associadas à experiência observacional. Observamos por outro lado, que o médico quando faz um uso "in natura" destes elementos, está frequentemente procurando "etiologias sociais" que minimizem o seu "não saber médico".

O uso das informações, sem um embasamento na observação da vida emocional, pode, quando o médico se depara com situações da vida psíquica, conduzi-lo a um diagnóstico essencialmente "teorizado e inoperante". Os elementos retirados da observação-compreensiva não são úteis para a construção de nexos causais, como por exemplo: *não é a escola que promove a dor abdominal*, mas este dado pode ser utilizado de outra forma, por exemplo: Poderíamos supor que a escola participasse do processo de doença, propiciando uma condição de separação real para a menina, que ameaçada por situações internas e externas, não suporta separar-se do seio do lar. Da mesma forma a não-ocorrência das dores nos fins-de-semana pode estar relacionada à possibilidade de a paciente se sentir mais protegida, e assim menos temerosa, pois ligada à mãe, seus temores relacionados à separação ficam atenuados.

Observamos que MD foi solicitado a ser a figura protetora, que Eksterman menciona, das ansiedades desta família, e de certa forma aceitou este papel, mas defensivamente escorou-se num instrumental pouco útil para auxiliá-los nesta situação: o instrumental essencialmente biológico.

A hipótese que formulamos em relação a aspectos contra-transferenciais é que o médico passa por impedimentos pessoais de ordens diferentes e que irão formar uma couraça contra o acolhimento e investigação das solicitações de ordem emocional, estes impedimentos foram observados em duas vertentes principais:

Por um lado está diante de dificuldades pessoais reais, que são complexas: *o lidar com meninas pré-púberes que solicitam um espaço emocional ampliado e diferenciado da condição infantil.* A outra vertente de impedimentos diz respeito ao arsenal médico tradicional, que é utilizado para encaminhar as solicitações emocionais na esfera puramente médico-biológica.

Observamos que o médico inicialmente trata a situação com o que tem em seu plano epistemológico, resultado da convivência com um campo predominantemente biológico: *verminose*. Com a constatação da ineficiência deste diagnóstico, busca outras aproximações, e, apesar de dispor de uma suspeita afetiva sobre a situação, MD não encontra em seu arsenal médico-metodológico algum respaldo que o possa auxiliar firmemente a formular um diagnóstico (geral), que possibilite compreender a situação, resta-lhe então, novamente, o diagnóstico tradicional.

O desgaste da relação médico-paciente nesta situação está se fazendo como consequência da utilização repetitiva de um mesmo plano epistemológico-diagnóstico onde MD fica com as *queixas evasivas*, ou seja, o que chega a ele (aspectos transferenciais) não é um material utilizável, pois em seu plano de funcionamento epistemológico não o conduz a uma síndrome medicamente conhecida, e DA, do outro lado da relação, fica com os diagnósticos tradicionais que não solucionam as dores de sua filha. O resultado é que a paciente, insatisfeita, tem um campo emocional maior para transferir ao médico sua insatisfação, exigindo psiquicamente mais do médico, e o médico reage construindo "novos" diagnósticos que são inoperantes. Aumenta o número de consultas, assim como a necessidade de outros "equipamentos médicos" que possam oferecer respostas no plano epistemológico do diagnóstico tradicional. Quando isto se esgota, pode aparecer a figura do especialista, ou de alguma prática médica não-organizada (benzedeira) que possa oferecer alguma resposta emocional para a solicitação psíquica que, na nossa hipótese, está relacionada a processos de separação e individuação comuns da adolescência descrito por diversos autores (Knobel 1985, Aberastury 1983, Gallatin 1978, e outros).

Sem que o médico possa enriquecer-se com a experiência observacional melhor sistematizada, sua prática com casos "psícos" ou que não se enquadram no plano epistemológico médico, estará condenado a sofrer dificuldades adicionais. Ao custo de ter que conviver com o sofrimento do paciente e o seu próprio, quando pode perceber que está perdendo casos em que poderia estar atuando de forma terapêutica.

Hoirisch (1976), estudando a carreira médica, mostra que o grande dilema dos estudantes é quando vão ter contato pessoal depois se responsabilizarem pela saúde de uma pessoa viva. Para este autor, o estudante de medicina aprende a separar suas emoções relacionadas à vida e à morte desde o início da vida acadêmica. O estudar através de cadáveres e animais de experimentação faz com que o estudante não se comprometa com a vida. Nem o cadáver, nem o animal experimental agradecem o tratamento recebido, ou frustraram o estudante por sua inexperiência. Quando o estudante aprende, e sedimenta estas lições, desenvolve, para Eksterman (1968), a denominada medicina do cadáver. Dentro deste plano epistemológico, seus sentimentos contra-transferenciais vão sendo progressivamente desvalorizados.

Mendelson (1961) relata uma experiência feita com sessenta médicos internistas e residentes, onde procurou avaliar as respostas contra-transferenciais destes profissionais. Verificou que estes médicos se queixavam de muitas dificuldades, havia um pedido constante de ajuda para recompor uma compreensão apreensível das experiências contra-transferenciais provocadas pelos pacientes.

Martins (1984) aponta um aspecto importante da prática médica: Gasta-se mais tempo para se fazer do que para refletir o que se fez. Pensamos que, na graduação, este aspecto é ainda mais importante. É necessário ensinar o médico a refletir sobre suas ações, ensinar a observar.

CAPITULO VI

ALGUMAS CONCLUSOES E SUAS POSSIVEIS APLICACOES

Antes que eu penetrasse no Zen, as montanhas e os rios nada mais eram senão montanhas e rios. Quando aderi ao Zen, as montanhas não eram mais montanhas nem os rios eram rios. Mas quando compreendi o Zen, as montanhas eram só montanhas e os rios, apenas rios.

A Arte Cavaleresca do Arqueiro Zen

E. Herrigel

1. CONCLUSOES

A hereditariedade propõe... o desenvolvimento dispõe.

P. B. Medawar (Bowlby 1984)

Gostaríamos de que cada leitor deste trabalho chegasse a suas próprias conclusões, e que estas pudessem ser úteis para sua prática diária.

Sentimos que neste tipo de trabalho as nossas conclusões sejam de menor importância, visto que, em primeiro plano, está a necessidade de *sensibilizar o médico* para que ele possa se utilizar de uma medicina com uma diferença. Que possa ampliar seu horizonte epistemológico, que não fique de braços cruzados, ou se sinta atado quando se depare com situações clínicas que lhe exijam atitudes ligadas à vida emocional. Existe também a necessidade de se *sensibilizar o professor e o pesquisador na área de Psicologia Médica*, no sentido de procurar aproximar-se do fenômeno psíquico como este existe na natureza vivo e apreensivo a partir da experiência observacional. Entretanto, do ponto de vista acadêmico, não podemos nos furtar de relatar algumas conclusões a que chegamos a partir deste trabalho. Desejamos que estas conclusões possam servir como ponto de partida para novas pesquisas e principalmente, para o debate, pois sem a prática aberta do pensar, não há o pensar.

Nossas conclusões buscam focalizar a relação médico-paciente e, principalmente, o método de observação compreensiva como um recurso enriquecedor da experiência das

relações intersubjetivas bipessoais. Não apenas como um método de pesquisa, mas também como um método de aprimoramento profissional, que infelizmente ainda é pouco utilizado em nosso meio.

Sinteticamente poderíamos formular as seguintes conclusões:

1.1. Existem dificuldades dos dois lados da relação médico-paciente para lidar com o psíquico no consultório de clínica geral de família:

a-) De um lado observamos, assim como Hackett e Weisman (1969), que dificilmente os pacientes falam abertamente de suas queixas emocionais. A linguagem do corpo é geralmente a escolhida, como se o médico fosse, para a maioria dos pacientes, apenas interessado em seu corpo ou em suas queixas físicas. Do século XIV, como ensina Cunha (1986) não existia o vocábulo médico, mas quem tratava de enfermos era o físico, como na língua inglesa *physician*. Parece-nos existir uma representação social do médico fortemente estabelecida no campo das ações no corpo, para o corpo e com o corpo.

b-) De outro lado, observamos diversas dificuldades no médico. Muitos médicos desenvolvem um conjunto de defesas contra a abordagem psicológica. Em alguns casos estas defesas parecem estar a serviço de minimizar uma crença-fantasia que para estes médicos, os pacientes "pitiáticos, píssicos ou DNVs crônicos" irão de alguma maneira estragar parte de suas vidas.

c-) Também observamos uma tendência não manifesta em muitos médicos em justificar sua falta de instrumentação emocional para lidar com as solicitações psíquicas de seus pacientes, com **subterfúgios que localizam no mundo externo** como: falta de tempo, má remuneração, correria para muitos empregos, sistema de saúde e outras. Observamos também que, quando estas condições externas desfavoráveis são relevantes, as dificuldades emocionais internas dos médicos se agravam e seus casos passam a ser rotulados como "difíceis".

d-) Outro impedimento importante que observamos, na maioria dos médicos, está relacionado ao predomínio do pensamento regido por um plano epistemológico **constituído solidamente em bases médico-biológicas**. Este pensamento acaba por restringir a atitude destes profissionais para com o paciente, quando solicitado, a intervir em questões afetivas e, conseqüentemente, por criar dificuldades na sua prática cotidiana. Talvez esta maneira predominante de pensar, transmita "emocionalmente" para o paciente o interesse médico no corpo, consolidando uma imagem na esfera da representação social, onde o médico está interessado unicamente no corpo.

e-) Observamos que muitos médicos apresentam um discurso muito discrepante com a prática, sobretudo quando se refere à vida emocional. Nestes casos observamos que o médico se posiciona de forma teórica em relação aos envolvimento **emocionais com seus pacientes**, contudo sua prática é quase toda fundamentada no mesmo plano epistemológico ao qual está atrelada

sua atitude médica, sua capacidade de pensar e de oferecer-se ao paciente. Com raras exceções pudemos ter contato com médicos que conseguem colocar à disposição de sua prática clínica sua experiência emocional. Algo que se pode obter com relativo êxito através do método de observação de bebês ou, como propomos para a relação médico-paciente, o método de observação compreensiva fundamentada nos princípios formulados por Balint e os autores neobalintianos.

1.2. Com relação à educação continuada que visa a auxiliar o médico a equipar-se para lidar melhor com as questões emocionais na prática cotidiana, observamos alguns impedimentos que consideramos significativos.

a-) O médico em geral é médico o tempo todo de sua vida, o que acaba constituindo um problema na sua identidade (Hoirisch 1976), não apenas no nível pessoal, mas, conforme nossas observações, na vida psíquica dentro do consultório, na relação com o paciente. Olhar para dentro de si mesmo é uma tarefa que poucos médicos se atrevem a executar. A presença de um observador no consultório trouxe indícios do quão difícil é o exame da vida cotidiana, de como é persecutório olhar para si mesmo, como é difícil admitir dificuldades. Os médicos então apresentam uma tendência a isolar-se, solitariamente ou em grupos. Assim, não olham para si próprios como indivíduos frequentemente sujeitos a processo de empobrecimento emocional. Observamos que nestas condições, eles oferecem uma medicina pobre, não criativa, resultando muitas vezes em desaprovação e críticas por parte dos pacientes. A persistir este modelo, tanto

médico como paciente não conseguem levar adiante seus objetivos, e a relação entre eles tenderá à falência.

c-) Observamos que muitos médicos desenvolveram uma certa aversão para melhor se aparelharem para a relação com seus pacientes. Uma minoria consegue fazer alguma distinção entre a Psicologia Médica e a Psiquiatria. Registramos que muitos dos termos empregados pela Psicologia Médica estão viciados e, com isso, parecem auxiliar muito pouco a compreender o que na verdade carregam como significado. Talvez uma reformulação nesta terminologia possa auxiliar uma retomada de postura daqueles médicos encarregados das ações em Psicologia Médica. Poderíamos propor, como ilustração, algumas sugestões:

-Relação médico-paciente passaria a ser *postura médica com seu paciente*.

-Psicoterapia ambulatorial do clínico geral poderia ser tratada como *atendimento médico cuidadoso*.

-Atitude Psicossomática seria melhor expressado por *atitude genuinamente médica*.

1.3. Podemos observar como os conceitos propostos por Balint sobre a relação médico-paciente permanecem atuais e podem ser aplicados em nosso meio. Não nos ativemos ao estudo cultural, mas podemos concluir, sem sombra de dúvida, como Balint apontou caminhos importantes a serem seguidos para o aprimoramento da prática de medicina geral, mesmo que tais

propostas já tenham em média quarenta anos e tenham sido desenvolvidas na cidade de Londres. Os autores pós-Balint, na nossa visão, reproduzem os princípios formulados por Balint, nada acrescentam metodologicamente e, com poucas exceções trazem contribuições genuínas quando tratam da relação Médico-Paciente.

1.4. Observamos que apesar do enorme avanço tecnológico, do imenso aparato terapêutico de que a medicina atual dispõe, o médico continua a ser a droga mais prescrita em Medicina.

2. POSSÍVEIS APLICAÇÕES

COMO PODEMOS UTILIZAR ESTE ESTUDO?

Balint (1966) busca associar a prática médica geral a alguns dos conhecimentos psicanalíticos. Cita Freud, que em seu relato do congresso de Budapeste, em 1918, dizia:

"...the time would come when society must accept that the individual has the same right for help in his neurotic or emotional suffering as in his organic illnesses."

Balint assim retoma uma discussão calorosa, da mesma forma que os psicanalistas se propuseram a desenvolver técnicas e pesquisas para o atendimento de crianças na década de vinte, o que resultou na formação da psicanálise de crianças e transformou a psicanálise como um todo. Por volta das décadas de quarenta e cinquenta, um novo dilema surgiu para os psicanalistas: Devemos desenvolver pesquisas para a psicanálise de grupos? A resposta para Balint foi não. Assim, terapia de grupo desenvolveu-se à parte da psicanálise, para prejuízo de ambas. Na década de sessenta, Balint propunha uma nova questão: Devem os psicanalistas receber a incumbência de desenvolver pesquisas e técnicas que possam auxiliar a prática médica? E sustentou este questionamento utilizando-se de Freud, que afirmava que *o ego é antes um ego biológico*.

Para Balint não é possível predizer qual a resposta para a questão.

Em nossa concepção, este dilema foi entregue aos grupos interessados numa nova ciência: A Medicina Psicossomática. Nestes vinte anos que se sucederam não observamos progressos significativos que pudessem trazer ao médico um instrumental de trabalho capaz de aparelhá-lo para lidar com as solicitações emocionais de seus pacientes. No momento histórico em que vivemos, as perspectivas pioraram. Existe uma ideologia hegemônica para o desenvolvimento tecnológico, daquilo que é materialmente palpável. Igualmente, o avanço das descobertas no campo genético e bioquímico fortalece o biológico. No momento, a Psiquiatria Biológica, por exemplo, esvazia os espaços das Ciências Humanas na formação acadêmica.

Utilizando-nos das contribuições de Balint, podemos propor para o desenvolvimento da medicina, uma retomada da humanização do médico. Para isto, Balint via duas vertentes principais que podem ser seguidas para que se possa oferecer uma ajuda sistematizada aos clínicos:

1- Uma vertente focaliza qualquer ajuda, dirigindo-se ao desenvolvimento de projetos para treinamento do tipo educação continuada, para os interessados em adicionar sistematicamente uma função psicoterápica à prática médica. Esta seria uma atitude educativa. Esta vertente impera nos Estados Unidos e tem sido tentada na Inglaterra, com algum sucesso. Não é a "menina dos olhos" de Balint.

2- A outra vertente foi desenvolvida por Balint, que a denominou "Discussion seminars on psychological problems in medical practice." Propunha um grupo de pesquisa. É neste modelo que pensamos Balint associado ao método de Esther Bick na observação de bebês.

Balint questionou a vertente educativa por ser muito suscetível a distorções. Como é possível ensinar Psicanálise para pessoas que não estão em formação psicanalítica? Pode-se cair no erro de ensinar uma "Psicanálise Silvestre":

"an irresponsible, wanton, violation and exploration of the patient's uncounscious."

Neste sentido não apenas adentramos numa discussão ética, como também nas possíveis catástrofes ocasionadas, tanto ao médico como ao paciente, pela inabilidade de conduzir os conteúdos da mente e de dar uma noção encoberta, aos não-psicanalistas, de que a abordagem superficial possa ser suficiente.

Na vertente educativa, que não advogamos, geralmente se recomenda que o médico crie uma espécie de "setting" psicoterápico, face a face, e encorage o paciente a formular associações livres, pois qualquer dificuldade poderá ser melhor manejada com a supervisão de uma mente superior, e melhor aparelhada que é a do psicanalista supervisor. Mesmo um pseudo-setting analítico precisa muito mais que isso.

Existe na vertente educativa riscos éticos e iatrogênicos que, a nosso ver, não justificam a facilidade de sua aplicação, muito menos os possíveis ganhos secundários dos professores-supervisores psicanalistas. Não devemos falar em generalidades psicopatológicas, quando estudamos a Literatura Médico Paciente. Entendemos, que os conteúdos emocionais de uma pessoa só podem ser vislumbrados numa relação bipessoal.

Da mesma forma, E. Bick desenvolveu o método de observação da relação mãe-bebê na família.

Assim como Mélega (1990-A), entendemos o método proposto por Bick como uma proposta efetiva para o desenvolvimento das funções de continência do observador. E a observação da relação mãe-bebê é, em primeira análise, a observação das reações do observador às constatações nas situações vividas em cada visita ao ambiente do bebê. Balint destaca estes aspectos quando propõe que o médico estude sua contra-transferência em relação ao seu paciente e muitas vezes a toda situação médica na qual ele esteja presente. Balint ensina:

"Like all countertransference, that of the general practitioner is partly conscious, partly unconscious. In consequence, its effects are often utterly different from what the doctor intended them to be. This is our real field." (grifo nosso)

2.1. NO ENSINO MÉDICO

O que é efetivamente ensinado para o médico, para lidar com o psíquico em sua prática profissional?

Em algumas escolas médicas observando o conteúdo das disciplinas que procuram abordar o psíquico, verificamos que o que se ensina deságua no mesmo intelectual apontado por Balint. A nosso ver, isto também ocorre, com raras exceções, nos 'cursos' de pós-graduação. Na maioria destes cursos se ensina teoricamente, e com uma metodologia que prioriza o armazenamento intelectual de informações, as diversas teorias do desenvolvimento infantil ou das escolas psicossomáticas. Muitas vezes a linguagem utilizada pelos professores promove distorções na apreensão do que eles pretendem ensinar. Uma destas apreensões muito comuns está relacionada a uma sensação de confronto entre as diferentes disciplinas. Logicamente isto se dá com muito maior frequência no nível de graduação. Excepcionalmente estes cursos são vivos, aplicáveis ao cotidiano que a grande maioria dos médicos irá enfrentar. Muitas vezes são "trailers" de um filme maior e mais atraente: a formação psicanalítica, quando o ensino intelectualizado não está a serviço da construção de uma couraça anti-abordagem psicológica.

Não basta a postulação de Lopes Pontes e col (1978) de que as iniciativas de incluir os cuidados emocionais devem ocorrer no momento do ingresso do estudante no ambiente hospitalar pois, a nosso ver, é necessário que haja uma

boa relação *docente- equipe de saúde- paciente*, como base insubstituível do processo educativo dos futuros médicos. Isto não terá valor algum se o curriculum médico não for um todo que priorize a formação do médico e não a 'catequização' por uma disciplina, ou seja, os professores de escola médica devem ter em mente o tempo todo que estão equipando seus alunos para a relação com seus pacientes, sendo o conhecimento técnico um destes equipamentos. Precisamos ver também de que forma isto pode ser feito.

Talvez o presente trabalho possa auxiliar a discussão e assim motivar a pesquisa na área de ensino. Muitos autores procuraram estudar as motivações para a carreira médica. Tanto para Hoirisch (1976) como para Simon (1971), o indivíduo procura na carreira médica as diversas formas de prestígio. Para Simmel (1926) o juramento de Hipócrates ilustra isto, pois tenta conciliar os princípios de prazer e de realidade propostos por Freud (1911).

Assim como Skolnik (1988), pensamos ser indispensável para o futuro médico que ele consiga reter sua sensibilidade durante sua formação acadêmica e, quando possível, desenvolvê-la em prol de seus pacientes e da sua satisfação profissional. Não saberíamos o que propor neste momento para esta questão, mas esperamos que com este trabalho possamos ajudar a germinar alguma idéia latente que venha a se traduzir em pesquisa e auxílio neste sentido. Sugerimos a utilização do método observacional-compreensivo como um recurso e/ ou um ponto de partida.

2.2. NA PESQUISA

"... we may state our aim as to free people from unnecessary miseries in everyday life."

(Balint 1965)

Balint (1961) demonstra que as teorias em medicina nunca são permanentes, estão sempre em mutação. Conta que quando era estudante de Medicina aprendeu que os pacientes que iriam ser submetidos a uma intervenção cirúrgica tinham que permanecer por longos períodos em jejum, até mesmo com severa restrição hidro-eletrolítica. Felizmente a experiência e o desenvolvimento da fisiologia puderam modificar esta postura.

Hoirisch (1976), utilizando-se dos ensinamentos de Hesnard, faz uma reconstrução do conceito de pessoa:

1º) Ao integrar as atividades orgânicas ou biológicas que conservam sua existência com seu meio biológico, o homem se chama **corpo**.

2º) Se, além disso, integrar suas necessidades afetivas, identificando-se, mesmo que parcialmente com os objetos de seu grande interesse, possibilitando a formação de vínculos interpessoais, o homem passa a se chamar **indivíduo**.

3º) Quando pode somar às condições anteriores identificações com seus semelhantes e consigo mesmo (capacidade de compreensão), convertendo-se num ser de direito e de deveres,

vinculado à intimidade humana, adquirindo autonomia e liberdade, estamos diante de uma **pessoa**.

É o médico-pessoa, praticando a medicina da pessoa (Perestrello 1989) que precisa ser melhor conhecido e difundido. A legitimidade desta proposição só pode ser possível através da pesquisa e do desenvolvimento de metodologias.

Como Balint propôs, a prática médica não pode prescindir da pesquisa dos elementos contra-transferenciais, que, a nosso ver, conceituam o médico como pessoa. A aproximação do método de E. Bick para a relação do médico com seu paciente precisa de muito mais pesquisa e de profunda reflexão, não apenas nas áreas apontadas por Cohen-Cole e col (1986): 1-Diagnóstico, 2-Mecanismo de doenças, 3- Avaliação terapêutica, 4-Implementação institucional; bem como, nas questões metodológicas.

Uma parte da Medicina, a conhecida Medicina Científica ou Hospitalar, advoga que qualquer progresso científico só poderá ocorrer se for associado a um maior rigor de precisão diagnóstica e a uma terapia objetivamente racional. O preço disto é, como Balint afirma, o parcelamento da Medicina e do paciente. Para esta ciência existe apenas, naquele momento o **corpo**, que não tem história, nem guarda relação emocional com a vida subjetiva. Dispensa, na maioria das vezes, um acompanhamento mais minucioso. Balint afirma que quanto maior for a causa accidental da doença, melhores serão os efeitos deste tipo de prática médica.

Existe contudo o desenvolvimento de uma outra parte da Medicina. A postura Medica holística parece estar em esquecimento ultimamente: a medicina voltada para a pessoa. Esta necessita de mais pesquisa e de um novo impulso em nosso tempo.

A partir do presente trabalho esperamos poder despertar o interesse pela humanização da prática médica, e para tal finalidade o método de observação compreensiva é, a nosso ver, capaz de resgatar a pessoa no médico.

2.3. A ASSISTENCIA

No templo de Apolo em Delfos está escrito na parte externa: 'Conhece-te a ti mesmo', e no interior pode-se ler o complemento: 'e assim conhecerás o universo e os deuses.'

Gostaríamos de que este estudo pudesse ser uma reativação das idéias de Balint e pudesse reacender, nos médicos, o interesse pela busca de uma capacitação na função terapêutica. Desenvolvendo a função de escuta, portanto diagnóstica, assim como podendo oferecer uma outra terapêutica que incluísse suas reações contra-transferenciais, eles poderiam auxiliar o paciente, que estrutura diferentes doenças, a procurar caminhos menos sofríveis.

REFLEXOES FINAIS

Martins (1984) exalta o valor psico-profilático das unidades de interconsulta psiquiátrica no hospital-escola. Este modelo de assistência precisa ser ampliado e difundido para outras instituições, mas devem ser guardados alguns cuidados metodológicos já citados. As unidades de interconsulta podem auxiliar os médicos a refletirem sobre seu trabalho, melhorando os recursos diagnósticos e terapêuticos, aproximando os profissionais da prática de uma "Psicoterapia do Médico Prático", como propõe Perestrello 1962:

"..ouvi de um grande clínico, psicoterapeuta inato, com grande sucesso com seus pacientes, que a psicoterapia implícita poderia ser resumida em uma palavra: bondade. Estou em grande desacordo com este pensamento...assim como o bom senso e a disciplina, a bondade é importante...então há a necessidade da palavra "amor" que, como bondade, tem um significado original para cada pessoa que a pronuncie...Todo médico prático necessita de uma formação psicanalítica para se conduzir de maneira ideal com seu paciente? Sem dúvida o ideal seria que todo médico fosse psicanalisado...mas a palavra ideal está a nos dizer que é algo inatingível. Nem todo médico pode aproveitar os conhecimentos da psicodinâmica, mas devemos colocá-los a

serviço daqueles que assim o desejem. Necessário se faz que uma renovação completa na mentalidade médica se verifique de modo a permitir que o estudante de Medicina se "banhe" nesta atmosfera renovada e aprenda as necessidades básicas de seu paciente...que possa deslocar seu interesse pela doença para o interesse pelo doente...que o médico possa compreender que o patrimônio hereditário, sem dúvida, importante, deverá ser computado em função das vivências infantis dos seus doentes...e dessa forma, cheguem a compreender que aquilo que chamam de destino está sobretudo representado pelas influências dos acontecimentos vividos nos primeiros anos de vida."

ANEXO 1

O roteiro das entrevistas semi-estruturadas continha:

Na entrevista com o médico:

- Identificação das condições de trabalho.
- Investigação sobre a formação profissional.
- Investigação sobre vida pessoal.
- Investigação sobre os sentimentos despertados na consulta que foi observada, com ênfase em seus procedimentos, e sua compreensão dos comemorativos emocionais daquela situação médica.

- Investigação sobre os sentimentos despertados pela presença do observador e pelo estudo, opiniões e sugestões sobre os procedimentos do pesquisador.

Na entrevista com o paciente:

- Identificação das inter-relações entre o processo de doença, o indivíduo, a família e o consultório na figura do médico.

- Investigação sobre os aspectos da situação observada, as queixas, disposição para o tratamento sugerido e as opiniões sobre os procedimentos médicos.

- Depoimento sobre a presença do observador na

consulta.

-Investigação sobre a compreensão do próprio paciente sobre seu processo de adoecer, assim como sua sugestão sobre seu próprio tratamento.

Quando da redação das entrevistas, houve uma preocupação em registrar os sentimentos detectados no entrevistador. Da redação final não necessariamente constatarem todos estes tópicos.

A análise do material foi feita após todas as visitas estarem registradas. A redação de cada comentário só se realizou após um extenso estudo da obra de Balint e de alguns de seus seguidores. Este estudo teórico só se deu após a coleta dos dados.

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A. e col; **ADOLESCENCIA**, Porto Alegre 1983, editora Artes Médicas, 256 pág.
- ALEXANDER, F., **MEDICINA PSICOSSOMATICA**, Porto Alegre 1989, editora Artes Médicas, 231 pág.
- ALMEIDA, L. M., FORTES, S. L.; O Paciente Somatoforme no Hospital Geral: Uma Trajetória Errante, **JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA**, 35 (4) 1986.
- ANONIMOUS, Are we killing ourselves or not? **THE LANCET**, sept 669-670, 1981.
- ANONIMOUS, **SERIE DE INFORMES TECNICOS Nº208**, Enseñanza de la Psiquiatria y de la Higiene Mental a Los Estudiantes de Medicina, Organizacion Mundial de La Salud, Ginebra 1961.
- ANONIMOUS, **TECHNICAL REPORT SERIES Nº235**, The Role of Public Health Officers and General Practitioners in Mental Health Care, World Health Organization WHO, Geneva 1962.
- ANONIMOUS, **THE INTRODUCTION OF A MENTAL HEALTH COMPONENT INTO PRIMARY HEALTH CARE**, World Health Organization Geneva 1990.

AVELAR, J. M.; Importância da Relação com o Paciente, JORNAL DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA erro médico, junho 1991.

BACHRACH, A. J., INTRODUÇÃO A PESQUISA PSICOLÓGICA, E. P. U. São Paulo 1975, 107 pág.

BALINT, M., Psychotherapy and the General Practitioner-I, BRITISH MEDICAL JOURNAL, 19 pg156 e seg 1957.

BALINT, M. e BALINT, A.; On Transference and Counter-transference, INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS, 20 (314): 223-230, 1939.

BALINT, M.; The Other Part of Medicine, THE LANCET, january 7, 40-43, 1961.

BALINT, M.; Psycho-analysis and Medical Practice, INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS, 47, 54-62 1966.

BALINT, M.; The Doctor's Therapeutics Function, THE LANCET, june 5, 1177-1180, 1965.

BALINT, M., O MÉDICO SEU PACIENTE E A DOENÇA, livraria Atheneu, Rio de Janeiro 1988, 345 pág.

BALINT, E. e NORELL, J. S., SEIS MINUTOS PARA O PACIENTE, editora Manole, São Paulo 1978, 167 pág.

BARANGER, W. y M.; PROBLEMAS DEL CAMPO PSICOANALITICO, Buenos Aires ed Kargieman, 1969.

BARSKY, A. J.; Hidden reasons some patients visit doctors. **ANNALS OF INTERNAL MEDICINE**, American College of Physicians 94 (part 1) 492-498, 1981.

BECKER, H. S.; Problems of inference and proof in participant observation. **AMERICAN SOCIOLOGICAL REVIEW**, 23 (12): 652-653, 1958.

BENJAMIM, A., A ENTREVISTA DE AJUDA. Martins Fontes ed., São Paulo, 1978, 195 pág.

BERNIK, V., Uma bem sucedida relação médico-paciente é ainda hoje (e mais do que nunca) a maior garantia do sucesso terapêutico. **REV BRAS CLIN TERAP**, 7:671-674, 1978.

BICK, E.; Notes on Infant Observation in Psycho-analytic training, **INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS**. 45 (4): 558-566, 1964. E reproduzido IN: **COLLECTED PAPERS OF MARTHA HARRIS AND ESTHER BICK**, SECTION III, CAP 3., PAG 240-256, The Clunie Press, Perthshire Scotland 1987.

BICK, E. HARRIS, M.; **COLLECTED PAPERS OF MARTHA HARRIS AND ESTHER BICK**, The Clunie Press, Perthshire Scotland, 1987, 344 pág.

BLEGER, J., **SIMBIOSIS Y AMBIGUEDAD**. Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires, Paidós, 1978.

BLITZEN, N. I.; **PSYCHOPHYSIOLOGIC MEDICINE**, Lea & Febiger, Philadelphia, EE.UU. 1954.

- BOTEGA, N. J.; No Hospital Geral: lidando com o Psíquico, encaminhando ao psiquiatra, **TESE DE DOUTORAMENTO UNICAMP** Campinas, São Paulo 1989.
- BOWLBY, J.; **APEGO** vol 1 da trilogia Apego e Perda, editora Martins Fontes, São Paulo 1984, 420 pág.
- CASSEB, A. R.; Grupos Operativos de universitários recém-ingressos na Escola Médica: Uma experiência. **TRABALHO APRESENTADO NO 11º CONGRESSO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA SOCIAL**, Rio de Janeiro 1986.
- CASSEB, A. R.; Um relato da experiência de Observação da relação mãe-bebê. **TRABALHO FINAL APRESENTADO AO CENTRO DE ESTUDOS DAS RELAÇÕES MÃE-BEBÊ-FAMÍLIA**, São Paulo 1991.
- CASSORLA, R. M. S.; Jovens que tentam suicídio, **TESE DE DOUTORAMENTO UNICAMP**, Campinas 1981.
- CASSORLA, R. M. S.; A Importância da Identificação das reações de Aniversário. **JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA**, 31(5): 301-306, 1982.
- CASSORLA, R. M. S.; O impacto dos atos suicidas no médico e na equipe de saúde, **JORNAL BRAS MED** 56 (3) 84-94 1989.
- CATALOGO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO**, editado pela Comissão Central de Graduação UNICAMP, Campinas 1989.

CATALOGO DO CURSO DE GRADUAÇÃO DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, ed
Comissão de Graduação EPM, São Paulo 1988.

CAVALCANTI, A. M.; Reflexões em Torno da Consulta Médica, *JORNAL
BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA*, 34 (1) 39-41, 1985.

CICOUREL, A., A Teoria e Método de Campo IN:- *DESVENDANDO MASCARAS
SOCIAIS*, Rio de Janeiro Liv. Francisco Alves capitulo 4,
1975.

COHEN-COLE, S. A. et ali; Recent Research Developments in Consul-
tation-Liaison Psychiatry, *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*, 8,
316-329, 1986.

COHEN, S. I. ET AL; Influence of Psychodynamic Factors on Central
Nervous System Functioning in Young and Aged Subjects,
PSYCHOSOMATIC MEDICINE, XXIII (2) 123-137, 1961.

CUMMNIS, R. ET ALI; Do General practioners have different "refe-
ral thersholds:?, *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 282, 1037-1041,
1981.

CUNHA, A.G.DA, *DICIONARIO ETIMOLOGICO NOVA FRONTEIRA*, ed No-
va Fronteira Rio de Janeiro 1986, 829 pág.

CROWBIE, D. L.; The work-load in general practice, *THE LANCET*,
354 e segs, august 15 1964.

DOCUMENT OF THE EXECUTIVE BOARD OF THE WORLD HEALTH ORGANIZA-
TION,

- FORMULATING STRATEGIES FOR HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000*, WHO Geneva 1979.
- EKSTERMAN, A.; Fatores Iatrogênicos na Relação Médico-Paciente. *JORNAL BRASILEIRO DE MEDICINA*, 15: 414-421, 1968.
- EVANS, A. E.; e EDIN, S.; If a child must die....., *THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE* 278 (3) 138-142, 1968.
- FADIMAN, J. e FRAGER, R.; *TEORIAS DA PERSONALIDADE*, Harbra ed. Harper & Row do Brasil, São Paulo, 1979, 393 pág.
- FARIAS, E. P. e TUCHERMAN, S. E.; A Observação da relação Mãe-Bêbê e a Formação Analítica. *REVISTA BRASILEIRA DE PSICANALISE*, 22: 595-609, 1988.
- FERRARI, A. T.; *METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTIFICA*, Ed. McGraw Hilldo Brasil, São Paulo 1982, 318 pág.
- FERREIRA, A. B. de H.; *NOVO DICIONARIO AURELIO*, ed Nova Fronteira, Rio de Janeiro 1980, 1500 pág.
- FREUD, S.; *ANALISE TERMINAVEL E INTERMINAVEL*, Edição Standart Brasileira das Obras Completas, vol XXIII (1937), Imago editora, Rio de Janeiro 1969.
- FREUD, S.; *HISTORIA DE UMA NEUROSE INFANTIL*, Edição Standart Brasileira das Obras Completas, vol XVII (1918), Imago editora Rio de Janeiro, 1969.
- FREUD, S.; *EXTRATOS DOS DOCUMENTOS DIRIGIDOS A FLIESS*, Edição

- Standart Brasileira das Obras Completas, vol I (1892-9), Imago editora, Rio de Janeiro 1969.
- FREUD, S.; **FORMULAÇÕES SOBRE OS DOIS PRINCÍPIOS DO FUNCIONAMENTO MENTAL**, Edição Standart Brasileira das Obras Completas, vol XII (1911), Imago editora, Rio de Janeiro 1969.
- FREUD, S.; **ANALISE DE UMA FOBIA EM UM MENINO DE CINCO ANOS**, Edição Standart Brasileira das Obras Completas, vol X (1909), Imago editora, Rio de Janeiro 1969.
- GALLATIN, J.; **ADOLESCENCIA E INDIVIDUALIDADE**, editora Harper e Row do Brasil, São Paulo 1978, 397 pág.
- GEBSATTEL, V. E. F.; **ANTROPOLOGIA MÉDICA**, Real ed. Madrid, 1966.
- HACKETT, T.P. e WEISMAN, A.D.; Denial as a factor in patients with heart disease and cancer. **ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY**, 164: 802-817, 1969.
- HARRIS, V. J.; Medical Students' Perceptions of Psychiatry, **AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY**, 142:5, 660; 1985.
- HINKLE, L. E. e WOLFF, H. G.; The nature of man's adaptation to his total environment and relation of this to illness. **ARCHIVES OF THE INTERNAL MEDICINE**, 99 : 442-460, 1957.
- HOIRISCH, A.; **CRISES DE IDENTIDADE**, TESE LIVRE DOCENCIA U.F.R.J., Rio de Janeiro 1970.

- HOIRISCH, A.; O PROBLEMA DA IDENTIDADE MÉDICA, TESE PARA PROFESSOR TITULAR DA U.F.R.J., Rio de Janeiro 1976.
- KAESER, A.C. e COOPER, B.; The psychiatric patient, the general practitioner, and the outpatient clinic: an operational study and review. **PSYCHOLOGICAL MEDICINE** 1: 312-325, 1971.
- KELLET, J. M. e MEZEY, A. G.; Attitudes to psychiatry in the general hospital. **BRITISH MEDICAL JOURNAL**, 4: 106-108, 1970.
- KESSEL, N.; Who ought to see a psychiatrist? **THE LANCET**, may 18, 1092-1094, 1963.
- KESSLER, L. G. ET ALI; Factors influencing the diagnosis of mental disorder among primary care patients. **MEDICAL CARE**, 23 (1): 50-62, 1985.
- KLEIN, M.; Sobre a Observação do Comportamento dos Bebês IN: OS PROGRESSOS DA PSICANALISE cap IV, Zahar editores, Rio de Janeiro 1978, 365 pág.
- KLEIN, M.; Notas sobre alguns mecanismos esquizóides, (1946). IN: OS PROGRESSOS DA PSICANALISE cap IX, Zahar editores, Rio de Janeiro 1978, 365 pág.
- KNOBEL, M. e ABERASTURY, A.; **ADOLESCENCIA NORMAL**, editora Artes Médicas, Porto Alegre 1985, 92 pág.
- KRAKOWSKI, A. J.; Doctor-doctor relationship. **PSYCHOSOMATICS** 12 (1): 11-15, 1971.

- KRAKOWISKI, A. J.; Doctor-doctor relationship III: A study of feelings influencing the vocation and its tasks. **PSYCHOSOMATICS** 14: 156-161, 1973.
- LADRIERE, J.; **FILOSOFIA E PRAXIS CIENTIFICA**, Editora Francisco Alves, Rio de Janeiro 1978.
- LAING, R. D.; O Eu e os Outros; o Relacionamento Interpessoal IN: HOIRISCH, A.; **O PROBLEMA DA IDENTIDADE MÉDICA**, Tese para professor Titular da U.F.R.J., Rio de Janeiro 1976.
- LESSA, I. seleção de.; **O JORNAL DE ANTONIO MARIA**, ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro 1980.
- LEVENSTEIN, S.; The Balint Movement in South Africa. **SOUTH AFRICAN JOURNAL OF MEDICINE**, 67 (5): 820-822, 1985.
- LIPOWSKI, Z. J.; Consultation-Liaison Psychiatry: An Overview. **THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY**, 131 (6): 623-630, 1974.
- LIPOWSKI, Z. J.; Current Trends in Consultation-liaison Psychiatry, **CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY**, 28 (5):329-336, 1983.
- LIPOWSKI, Z. J.; Consultation-Liaison Psychiatry: The first Half Century. **GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY**, 8:305-315, 1986.

- LIPOWSKI, Z. J.; An Impatient Programme for Persistent Somatizers. **CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY**, 33(5): 275-278, 1988.
- LOPES PONTES, J. P. et ali, Relação Médico-Paciente no Ensino de Clínica Médica, **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, vol II (1) 1978.
- LUCENA, J. et ali; Unidade Psiquiátrica em um Hospital Geral. **NEUROBIOLOGIA**, Recife 41 (4): 455-466, 1978.
- LUCCHINA, I. L.; **EL GRUPO BALINT**, Buenos Aires, ed Paidós 1982, 159 pág.
- LUDKE, R. L.; An examination of the factors that influence patient referral decisions. **MEDICAL CARE**, 20 (8): 782-794, 1982.
- MARTINS, L. A. N.; Tarefa Médica e Interconsulta médico-psicológica em um Hospital Universitário. **BOLETIM DE PSIQUIATRIA**, 17 (3) 1984.
- MAY, R.; **PODER E INOCENCIA: Uma Busca das Fontes da Violência**, ed. Arte Nova, Rio de Janeiro, 1974.
- MCUE, J. D.; Psychiatric Consultation to Internal Medicine: An internist's thoughts. **PSYCHOSOMATICS** 23(8): 832 segs 1982.
- MÉLEGA, M. P.; Observação da Relação Mãe-Bebê na Família. Uma Metodologia para Ensino, Pesquisa e Psicoprofilaxia. **PUBLICAÇÕES**, vol I (1): 9-13, 1990-A.

- MELEGA, M. P.; Metodologia da Observação da Relação mãe-bebê-família, **PUBLICAÇÕES**, vol I (1): 14-25, 1990-B.
- MELEGA, M. P.; O Observador Psicanalítico no atendimento Pediátrico, **PUBLICAÇÕES**, vol III, 37-49, 1991.
- MELEGA, M. P.; Aplicações dos Conceitos Psicanalíticos ao trabalho em Contextos não-clínicos, **PUBLICAÇÕES**, vol III, 19-22, 1991-B.
- MELEGA, M. P.; Aplicando a Grade aos movimentos ocorridos durante o Seminário de Observação. Anexo ao trabalho "Observação Psicanalítica" apresentado em reunião científica Da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, em 29/04.1993.
- MELLO FILHO, J. de; Problemas da relação médico-paciente no ambulatório e no hospital. **JORNAL BRASILEIRO DE MEDICINA** maio: 85-92, 1976.
- MELLO FRANCO Fº, O.; E o Rei Está Nu: Reflexões sobre a Neutralidade. **REVISTA BRASILEIRA DE PSICANALISE**, vol XIV (1) 1980.
- MENDELSON, M. e MEYER, E.; Countertransference Problems Of Liaison Psychiatrist, **PSYCHOSOMATICS MEDICINE**, vol 23 (2) 115-122, 1961.
- MITCHELL, J. R. A.; Hearts and Minds, **BRITISH MEDICAL JOURNAL**, 289 (6458) 1984.

- PEDROSA, M. A. de L.; Pesquisa sobre Grupos Balint com Doutorandos e Residentes de Medicina, **TESE DE MESTRADO** apresentada ao Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 1986.
- PEREZ-SANCHES, M.; **OBSERVAÇÃO DE BEBES**, editora Paz e terra, Rio de Janeiro 1983.
- PERESTRELLO, D.; A Psicoterapia do Médico Prático. **MEDICINA CARL**, 1(3): 153-158, 1962.
- PERESTRELLO, D.; **A MEDICINA DA PESSOA**, Rio de Janeiro, Atheneu Ed. 1989, 272 pág.
- POSTERLI, R.; Relacionamento Médico-Paciente. **CLINICA GERAL**, 8(1): 6-11, 1974.
- ORTEGA e GASSET, j.; IN: LUCCHINA, I.; **EL GRUPO BALINT**, Buenos Aires, ed Paidós, 1982.
- RACKER, H.; **ESTUDOS SOBRE TÉCNICA PSICANALÍTICA**, Editora Artes Médicas, Porto Alegre 1988.
- RAMADAM, Z. B. A.; Conceito, quadro clínico e classificação dos quadros histéricos IN: FORTES, J. R. A. e col, **ANAIS DO I CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA INTERNA**, São Paulo Astúrias 1988.
- REVISTA PLANTAO DE SAUDE**, órgão de divulgação do SUDS São Paulo, ano 1 nº3, 1988.

- SAVILLE, P. R.; Psychoterapy and the General Practioner-II, **BRI-TISH MEDICAL JOURNAL**, 19:158 E SEGS, 1957.
- SCHUBERT, D. S. P. ; Psychiatric Consultation to Internal Medicine: A Psychiatrist's Thoughts. **PSYCHOSOMATICS**, 23 (8), 1982.
- SCHWARTZ, M. S. e SCHWARTZ, C.G.; Problems in participant Observation. **AMERICAN JORNAL OF SOCIOLOGY** jan: 355 e segs 1955.
- SIMON, R.; O Complexo Tanatolítico justificando medidas de Psicologia Preventiva para estudantes de medicina, **BOLETIM DE PSIQUIATRIA DA USP** 4 (4) dez 1971.
- SKOLNIK, N. S., On the importance of retaining a feeling of sensitivity and wonder during years of intensive medical training. **MEDICINE, SCIENCE AND SOCIETY**, vol 184 1988.
- SUTHERLAND, J. D.; Obituaries Michael Balint, **INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOANALISIS**, 52, 331 1971.
- TAHKA, V.; **O RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE**, Editora Artes Médicas, Porto Alegre 1988, 227 pag.
- TAYLOR, D.; Algumas idéias de Bion sobre significado e compreensão, **Revista Brasileira de Psicanálise**, 26: (3) 375-388, 1993.
- TRACTEMBERG, M.; O Psiquismo do Paciente Cardíaco, **JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA**, 35(6): 345-352, 1986.

TRINCA, W.; **DIAGNOSTICO PSICOLOGICO: A PRATICA CLINICA**, E. P. U.
São Paulo, 1984, 106 pág.

TURATO, E. R.; Estágio Integrado de Residência Psiquiátrica em
Ambulatório de Clínica Médica: relato de uma experiência, **JOR-**
NAL BRASILEIRO DE PSQUIATRIA, 32(2): 109-114, 1983.

WEBSTER'S, **NEW TWENTIETH CENTURY DICTIONARY OF THE ENGLISH**
LANGUAGE, Simon & Schuster ed, New York 1979.

WINNICOTT, D. W.; **THE FAMILY AND INDIVIDUAL DEVELOPMENT**, Tavis-
tock Publications, London 1965.

WINNICOTT, D. W.; **O AMBIENTE E OS PROCESSOS DE MATURAÇÃO**, ed. Ar-
tes Médicas, Porto Alegre, 1988-A, 268 pág.

WINNICOTT, D. W.; **OS BEBES E SUAS MAES**, Ed Martins Fontes, São
Paulo, 1988-B, 98 pág.