



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

MÁRCIA CRISTINA TERRA DE SIQUEIRA PERES

CAMPO-RELAÇÃO NA CONSULTA GINECOLÓGICA:

Considerações psicanalíticas a partir da Teoria dos Campos

Uberlândia

2005

MÁRCIA CRISTINA TERRA DE SIQUEIRA PERES

**CAMPO-RELAÇÃO NA CONSULTA GINECOLÓGICA:
Considerações psicanalíticas a partir da Teoria dos Campos**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada
Eixo: Intersubjetividade

Orientadora: Prof. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera

Uberlândia – M.G.
2005

MÁRCIA CRISTINA TERRA DE SIQUEIRA PERES

CAMPO-RELAÇÃO NA CONSULTA GINECOLÓGICA:

Considerações psicanalíticas a partir da Teoria dos Campos

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada
Eixo: Intersubjetividade

Banca Examinadora:

Uberlândia, 29 de abril de 2005

Prof. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera - UFU

Prof. Dr. Fábio Herrmann – PUC/SP

Prof. Dra. Maria Inês Baccarin - UFU

Dedico esta dissertação ao meu amado esposo
Carlos Alberto, meu maior incentivador, e aos meus
dois tesouros Luís Alexandre e Gabriela.

AGRADECIMENTOS

No lugar de agradecimentos, eu deveria escrever “uma carta de amor” para minha orientadora Prof. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera. Ao longo dos últimos sete anos, tenho compartilhado não só de seus ensinamentos, mas de sua presença amiga e acolhedora. É uma grande honra contar com sua inestimável colaboração!

À Prof. Dra. Maria Inês Baccarin agradeço por ter ajudado-me “a realizar” o tema para a dissertação e pela valiosa contribuição no Exame de Qualificação.

Ao Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno, pelas instigantes discussões em sala de aula e pela rica participação no Exame de Qualificação.

Aos colegas ginecologistas minha profunda gratidão por terem aberto seus corações para que pudéssemos “escutar”.

Às minhas pacientes, que fazem do meu consultório ginecológico uma escola.

À Prof. Marisa que, pacientemente, fez a leitura cuidadosa do meu trabalho.

À Psicóloga Cássia Maria de Paula, que, gentilmente, participou, como observadora do primeiro grupo GIFT.

À Psicóloga Elaine Guimarães, que tem acompanhado muito de perto minhas transformações e conquistas. Meu reconhecimento pelo seu trabalho.

Ao Prof. Dr. Túlio Tadeu Marcolini, médico interessado numa relação médico-paciente mais humana, modelo a ser seguido.

Aos professores e funcionários do Instituto de Psicologia, pela acolhida amigável.

*Perder-se significa ir achando e nem saber o que
fazer do que se for achando.*

(Clarice Lispector)

RESUMO

Neste estudo sobre o Campo-relação na consulta ginecológica, o objetivo veio a ser a investigação dos possíveis e inúmeros desdobramentos subjacentes à relação médico-paciente, em particular, o campo da relação médico-paciente na consulta ginecológica. À busca deste objetivo, cogitarei de uma hipótese que tal campo sustenta uma situação desgastante para o médico carregado e carregador do mundo contemporâneo. O interesse pelo tema nasceu a partir do trânsito da autora por *entre* a Medicina e a Psicanálise. O referencial teórico adotado foi a Teoria dos Campos que, ao privilegiar o método psicanalítico por ruptura de campo, como desvelador de sentidos encobertos pela rotina, faculta a utilização da Psicanálise para além da sessão analítica e do divã. Inicialmente, são apresentados 05 relatos de caso “em miniatura”, extraídos de consultas ginecológicas, bem como alguns sentidos deles apreendidos. Num Congresso de Ginecologia, foram coletadas algumas falas de colegas que suscitaram perguntas e serviram de inspiração para a adoção do Grupo de Investigação em Função Terapêutica (GIFT) como modelo de investigação. Seguem-se os relatos de 03 grupos GIFT realizados junto aos ginecologistas e sua discussão. Descobriu-se que o médico veio a se tornar paciente e sua situação necessitou ser tomada em consideração. Várias apreensões puderam ser feitas acerca da condição desfavorável a que o médico se encontra submerso e que interfere no estabelecimento de uma produtiva relação médico-paciente e no exercício da função terapêutica. São tantos os obstáculos que se colocam no caminho do médico que ele mal consegue vivenciar suas próprias experiências emocionais. Na sua formação profissional, ele vai aprendendo “cortar” e corta tanto, e até sem anestesia, que sobra pouco para si de tempo, calor humano, lazer, prazer. Talvez, seja preciso contentar-se com alguns minutos de atenção, com um olhar carismático, com um sorriso aberto, com um toque acolhedor, com uma palavra de conforto, com uma escuta **paciente**.

Palavras-chave: relação médico-paciente, consulta ginecológica, Teoria dos Campos, Função Terapêutica.

ABSTRACT

In this study regarding Field-Relation on gynaecological consultation, the purpose was to discover the underlying possible and countless implications behind doctor-patient relationship, in particular, the field of doctor-patient relationship in the gynaecological consultation. To reach this goal I will formulate an hypothesis that such field supports a stressful situation to the laden and loaded doctor of the contemporary world. The subject concernment was taken up from the author's experience between Medicine and Psychoanalysis. The theoretical point of reference adopted by the Field Theory which takes for granted field rupture psychoanalytic method, as unveil of off-stage sense by the routine, allowing the use of Psychoanalysis beyond analytical session and divan. First and foremost, five "extract cases" are presented, taken from gynecological consultations, as well as some feelings' which has been apprehended from them. Some colleagues' speeches have been collected at Gynaecological Congress which evoke some questions and they served as inspirations to be adopted by the Investigation Group in Therapeutics Function (GIFT) as an investigation model. Three GIFT groups will be followed now presented by their narrations and discussions done with the gynaecologists. It was found out that the doctor became a patient and their situation needed to be taken into account. Several apprehensions could be done about medical adverse condition submission and that adverse condition interferes negatively on the doctor-patient relationship as well as on the exercise of the therapeutic function. There are many obstacles on the doctor's life that leads to not experience their own emotional experimentation. In their professional formation, they learn "to cut" their personal life, even without anesthesia, remaining so little time to themselves of human warmth, friendly touch, leisure, delectation, and so on. Maybe, it would be necessary to content with some time of attention, with a charismatic look, a wide smile, a warming touch, with some comforting words and with a **patient** listening as well.

Key-words: doctor-patient relationship, gyneacological consultation, Field Theory, Therapeutic Function.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	ASSIM CAMINHA A MEDICINA ... CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CORPO DO PACIENTE, DO CORPO DO MÉDICO E DO “CORPUS” DA MEDICINA	18
3	APROXIMAÇÕES ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE	32
4	A TEORIA DOS CAMPOS - O MÉTODO PSICANALÍTICO E A FUNÇÃO TERAPÊUTICA	38
5	A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E OS CAMPOS	50
5.1	Um Percurso e Suas Encruzilhadas	50
5.2	A Relação Médico-Paciente na Consulta Ginecológica	61
5.3	A Consulta Ginecológica: Os Campos	65
6	DOUTOR, TEM CURA? DOUTOR TEM CURA?	74
6.1	Nos Bastidores dos Consultórios ... Bate - Papo entre Colegas	74
6.2	Relato dos Grupos (GIFT) e Discussão	75
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
	ANEXO 1 - Termo de Consentimento	105
	ANEXO 2 - Termo de Consentimento Pós-Informação	106

1 INTRODUÇÃO

*De volta ao começo
ao fundo do fim.
(Gonzaguinha)*

2005. Ano novo. Férias. Mar aberto. Sol. Aqui estou, sem mar aberto e sem sol, aventurando-me a mergulhar em águas profundas.

Da memória ressurge a lembrança de uma redação da época do curso primário (atualmente ensino fundamental), cuja proposta era escrever sobre: O que vou ser quando crescer?

No alvorecer da infância, aos sete anos de idade, essa indagação já tinha uma resposta: “Serei médica ou atriz”. E a resposta não era agraciada com a hesitação da dúvida, tinha a força inabalável da certeza.

Pois bem, cursarei Medicina e serei ginecologista. Não seria por acaso essa especialidade meio aparentada da Sexologia? Além do mais, que destino glorioso me rondava, o de poder trazer ao mundo esses maravilhosos bebês!

Opção indiscutível! Ponto-final.

Feito tiro de pontaria certa, assim foi a minha trajetória na Universidade: teoria, prática, confiança e ação, sem vacilo, sem indecisão. Profissão de medidas extremas, assaz importante é estar de prontidão, saber tomar decisões, conhecer “a verdade”.

Talvez por isso eu tenha ido mergulhar nas paragens da Medicina. Mal sabia que alguma intempérie estava a caminho, qual o tisoname que surpreende e promove a devastação.

A intercorrência chegou nas vestes de uma gravidez complicada, e eu, logo eu, tornei-me um compêndio de Obstetrícia: Hiperêmese Gravídica, Desidratação, Diabetes Gestacional,

Hipertensão Arterial, Cólica Nefrética, Dorsalgia, sem falar no enigma da lancinante dor nas mamas.

E a Medicina, aquela na qual apostei como se soubesse tudo, tivesse todas as repostas, não me ajudou a sair daquela situação. A Psicologia não foi sequer cogitada, dado o meu receio pelas suas mirabolantes explicações: Ela quer vomitar o filho. Ela está intoxicada/envenenada pelo seu bebê.

Foi preciso que duas gravidezes em condições semelhantes ocorressem para que eu começasse a desconfiar que eu não era uma máquina programável e previsível, que eu tinha uma mente, enfim, que eu não era comandante de mim.

Essa descoberta foi ficando mais clara à medida que embarcava num quadro de depressão e mais uma vez os recursos médicos falharam em devolver-me à disposição original.

Profissionalmente, passei a me dedicar ao estudo da sexualidade humana, primeiro num curso de Especialização em Orientação Sexual e, depois, noutro, de Terapia Sexual. Nesse ínterim, me aproximei da Psicanálise, passei a estudá-la e, depois, a vivenciá-la, no formato de análise pessoal e supervisão. Essa proximidade mudou o rumo de minha vida!

Meu flerte com a Psicanálise não teve a ver com a teoria da Sexualidade propriamente dita, que poderia estar conectada aos cursos freqüentados anteriormente. Fiquei muito mais interessada no campo de investigação que me permitia a apreensão de fenômenos que fogem ou passam despercebidos aos nossos sentidos. Senti-me tragada pela obscura parte da mente que comanda e que determina as nossas ações e pensamentos: a parte que contém aprisionada a loucura de nossas vidas. Nessa experiência, encontrei respostas para o movimento quase que compulsivo, que leva as prostitutas a engravidar e então provocar o aborto ou dar os filhos à adoção (PERES; ROMERA, 1999).

Agora é muito mais claro para mim, os motivos que me levaram a querer investigar, logo no princípio, a gravidez e a maternidade de prostitutas. Com a minha experiência gestacional, a mãe não podia ser santa ...

Dessa investigação ressaltam meus primeiros passos psicanalíticos: a observação expectante, o contato com os movimentos de transferência e contra-transferência, a imersão no campo de estudo, o estranhamento, que possibilita o encontro com o não saber, e a surpresa, fundamental para a encarnação do método psicanalítico.

A especialização seguinte em Clínica Psicanalítica e o contato com a Teoria dos Campos¹ constituíram momentos instrutivos que muito influenciariam a minha prática médica e psicanalítica atual.

Consciente, aprofundo-me um pouco mais e, por um instante, deixo-me flutuar, largada, à mercê do movimento das águas ou da dança dos peixes. Um insight: Estou grávida novamente. Estou em trabalho de parto e sou a obstetra que me acompanha.

A criança a ser parida é um conhecimento que advém desse trânsito pelo campo da Medicina e da Psicanálise.

Acontece que abandonei a Obstetrícia há três anos, perdi a prática, escapam-me as regras de como conduzir um trabalho de parto. Não tenho com quem contar, a não ser com a minha instrutora de mergulho. Boa parideira, eu sei que ela é, e parteira ... também o é ... (o que me deixa menos insegura). Lembrei-me do bizarro fórceps, mas não vamos tirar nada à força ou antes da hora. Se bem que a exigência da CAPES², determinando um tempo fixo de 24 meses para a entrega da dissertação, fica como um fantasma assombrando minhas noites, impedindo-me de sonhar. Para tal procedimento, precisamos do essencial e o essencial é o método psicanalítico.

¹ Sobre a Teoria dos Campos tratarei no capítulo 4.

² Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Ministério da Educação e Cultura – MEC.

Esqueci de mencionar que, à medida que a Psicanálise foi se entranhando na minha vida, fui me dando conta do quanto as pessoas andam vulneráveis, infelizes, sem ter com quem conversar, ora vazias, desconhecidas de si mesmas, ora cheias demais de coisas inúteis e, extremamente perdidas.

É assim que chegam ao consultório médico. E o médico, pode ser que não tenha nem tempo, nem disposição para ouvi-las ou, talvez, encontre-se tão comprometido emocional e fisicamente quanto os pacientes que chegam. No capítulo 2, abordarei o caminho e os des-caminhos da Medicina com foco nas diferentes formas de apreensão do corpo do paciente e do corpo do médico.

Quanto a mim, o desejo de “cuidar” de minhas pacientes de uma maneira mais acolhedora, mais integrada, o desejo de “abrir-lhes janelas para a paisagem e varandas para o sol”³ fez com que eu mobilizasse esforços no sentido de encontrar uma outra forma de atendimento.

Começou, então, a aventura na consulta ginecológica. Sucediavam-se os encontros com as pacientes, muitas vezes impregnados de fortes emoções. Eu, inicialmente, se detectava alguma necessidade de cuidado psicológico, encaminhava as pacientes para a psicoterapia ou psiquiatria, se fosse o caso. Aos poucos, fui percebendo certa recusa das pacientes contra a procura desses profissionais. Elas acabavam retornando comigo, engajadas num diálogo muito parecido com o de uma psicoterapia. Eu deduzi: Se a paciente quer fazer terapia comigo, então vou providenciar um espaço adequado para isso. Nessa época, eu atendia no consultório ginecológico e encaminhava as pacientes que expressavam problemas emocionais para o meu consultório de psicoterapia. Resultado: O encaminhamento para mim também não deu certo. A conclusão a que cheguei foi que as pacientes queriam ser “atendidas”, ou simplesmente “conversar”, no consultório ginecológico. Nesse ponto, surgiu a inquietação

³ A expressão é de Lya Luft (LUFT, 2003, p. 22).

acerca da possibilidade de tornar o consultório médico um espaço de escuta e intervenção para além do âmbito biológico, tendo na Psicanálise, uma boa aliada. No capítulo 3, estabelecerei de maneira geral, algumas aproximações entre a Medicina e a Psicanálise.

O meu trânsito por *entre* o modelo médico e o psicanalítico repercutiu fortemente na minha vida pessoal e profissional, delimitando meus espaços de atuação. Houve um momento muito marcante em que atendi uma paciente jovem que chegou contando que era muito saudável: não sentia nada, estava ótima, a não ser por um sangramento que vinha apresentando há um ano. Eu, sem pensar, comentei: “Se você está sangrando há um ano, então você não está tão bem assim!”. Realizada a anamnese, fiz o exame físico e ginecológico e acabei constatando que a paciente apresentava um câncer invasor de colo uterino. Quando ainda na mesa ginecológica, transmiti-lhe a péssima notícia e falei-lhe da necessidade imediata de se fazer uma biópsia. A paciente ficou transtornada. Começou a gritar que não queria morrer, que não podia deixar os filhos, que eu estava enganada. Gritou que era asseada, que não tinha culpa da doença, que eu a estava machucando. Abandonei o exame, fui para junto dela, tentei acalmá-la, confortá-la, tentei dar-lhe explicações acerca do tratamento e prognóstico. Tudo em vão!

A projeção maciça direcionada a mim do temor que ela sentia de estar doente e morrer, deixou-me temporariamente imobilizada. Eu não sabia se me aproximava de sua loucura, ali materializada, ou se resgatava o meu papel de médica e impunha a conduta a ser tomada. Acabei me dando conta de que em algumas situações, o melhor mesmo é que o médico fique imune a essas demonstrações. Foi graças à autoridade e firmeza que eu consegui terminar o procedimento. Naquele momento, tive que recuperar a minha identidade médica e descobrir que não era de conversa que a paciente precisava, e sim de que eu tivesse o controle da situação. No final, foi necessário chamar uma assistente social para lhe fazer companhia, enquanto aguardava a chegada de sua família ao consultório.

Essa paciente foi encaminhada a um médico oncologista e submetida a uma cirurgia radical e mais à radioterapia. Como seqüela do tratamento, ela desenvolveu uma dor lancinante no pé direito e redução da força muscular, cuja etiologia foi difícil determinar. A intolerância à dor e o estado emocional perturbado produziram um grande transtorno para a equipe hospitalar. Em alguns momentos em que eu a visitava no hospital ou que era requisitada pela família, os médicos e enfermeiras a caracterizavam de “difícil” e era evidente o modo como ela fazia as pessoas se sentirem ameaçadas. No nosso contato, eu procurava transmitir-lhe esperança e percebia que me cabia a chamada de atenção pelos seus ataques e reclamações. E ela me atendia. Ela intimidava a todos, exceto a mim, talvez pela minha percepção dos mecanismos psicológicos inerentes ao seu caso. Meu compromisso o tempo todo foi com a verdade e disso decorreu um vínculo de confiança entre nós. Nitidamente, eu fui percebendo como ela me convidava a frear a sua impulsividade-hostilidade, e com isso, eu podia lhe devolver a capacidade de pensar. Nossa relação tornou-se tão estreita que ela abdicou de fazer seu seguimento com o cirurgião que a operou, preferiu-me e, até o momento, vem regularmente ao meu consultório.

Depois desse incidente, percebi que condensar o papel de médico e psicólogo numa única pessoa é impossível, cada profissão possui sua especificidade. No entanto, o conhecimento advindo da Psicologia e da Psicanálise poderia auxiliar-me na prática ginecológica, oportunizando uma relação médico-paciente mais aberta, mais solidária, mais próxima, que me permitisse conhecer a paciente no que diz respeito à sua dinâmica afetivo-relacional e lhe prestar uma assistência personalizada. Nessa parceria entre Medicina e Psicanálise, a teoria psicanalítica apresentou-se como material de estudo e consulta, em especial a Teoria dos Campos que se propõe ao resgate do método interpretativo como instrumento geral de investigação da psique, o qual veio a se concretizar, no dia a dia, nosso lúdico instrumento de trabalho.

Ingressei no Mestrado de Psicologia e o meu objeto de estudo veio a ser o campo da relação médico-paciente na consulta ginecológica. Nessa investigação, não pretendia descobrir ou confirmar o que já é exaustivamente sabido acerca desta interação, o que já está explicitado, normatizado, e sim, contava com a expectativa de encontrar sentidos novos, insuspeitos, obscurecidos pela rotinização da prática médica. É essa a contribuição do método interpretativo por ruptura de campo: por ser legítimo instrumento de descoberta, ele penetra num campo saturado de sentidos e evoca a eclosão de outros saberes. Enquanto potencial desvelador dos andaimes da construção da realidade, o método permite o acesso àquilo que foge à nossa apreensão rotineira. As descobertas advindas dessa operação podem induzir transformações na vida das pessoas – o exercício de uma função terapêutica⁴. No capítulo 4, considerarei mais detidamente os instrumentos conceituais advindos da Teoria dos Campos e utilizados neste trabalho.

Seguindo uma trajetória, comecei a pesquisa registrando situações vivenciadas no meu atendimento ginecológico, onde os aspectos emocionais das pacientes exigiam consideração e cuidado. Nesses encontros, lançava mão de uma escuta diferenciada, em conformidade com o referencial psicanalítico, que punha o método interpretativo em ação. Esse material era transcrito e levado para a supervisão ou orientações supervisionantes⁵, onde procurávamos detectar a ocorrência desses momentos instantâneos de forte tensão, propícios à ruptura de campo⁶. Numa segunda etapa, já de elaboração de algumas descobertas, esse material foi revisitado e re-analisado. No capítulo 5, no tópico “A consulta ginecológica: Os campos”, apresentarei cinco relatos de caso “em miniatura” e sua discussão de acordo com a

⁴ Sobre a Função Terapêutica refletirei no Capítulo 4.

⁵ Para o leitor compreender do que se trata, é útil a informação de que faço regularmente supervisão com minha orientadora. Por muitas vezes, nesse espaço, analisamos o material advindo das consultas ginecológicas.

⁶ A Ruptura de Campo é o efeito produzido pelo método interpretativo em ação e será explicitada no capítulo sobre o método.

metodologia utilizada. Optei por utilizar a expressão “em miniatura” porque, das consultas recortei os trechos mais significativos para análise.

Paralelamente, num Congresso de Ginecologia, fui sentindo grandes dificuldades por parte dos profissionais com a relação médico-paciente, na sua dimensão de escuta, que suscitaram várias perguntas – algumas falas deles estão dispostas na parte intitulada: “Nos bastidores das consultas ginecológicas”.

Além da investigação na consulta médica e durante o congresso, outra frente adotada foi o Grupo de Investigação em Função Terapêutica (GIFT), baseado em experiências prévias realizadas junto ao CETEC⁷. Este grupo tem como finalidade a investigação, treinamento, ensino e desenvolvimento emocional da equipe participante.

Numa investigação do tipo GIFT, o pesquisador observa o movimento emocional do grupo; escuta, porém, calculadamente desrespeita os sentidos consensuais do discurso. Ele atém-se aos atos falhos, à equivocidade da fala, à linguagem não verbal, tentando flagrar um sentido geral ainda imperceptível, em meio à gama de assuntos. Esta revelação também se dá pela operação metodológica de ruptura de campo.

O público alvo foram os médicos ginecologistas. Conteí com a colaboração de uma ou duas observadoras⁸ com formação na área de Psicanálise. A princípio, esperava que o grupo relatasse suas dificuldades na relação médico-paciente quando aspectos de ordem emocional insurgiam na consulta. Pretendia, também, sensibilizar os profissionais para um atendimento dentro de uma perspectiva mais global, na expectativa de encontrar um modelo de relação menos técnica e mais humana que beneficiasse as pacientes. Estes eram alguns de meus objetivos no projeto de mestrado. Qual não foi o meu espanto ao detectar que os médicos se dispuseram a falar de suas vidas, do quanto estão insatisfeitos, desgastados, desnorteados na

⁷ O Centro de Estudos da Teoria dos Campos (CETEC) começou como um movimento crítico em relação à profusão de escolas na Psicanálise, com o propósito de resgatar o essencial do ato analítico. Foi institucionalizado há aproximadamente 05 anos.

⁸ A orientadora esteve presente em todas as reuniões como observadora.

realidade atual. Pude constatar mais uma vez que o mundo não gira em torno de nossos objetivos, mas segue a rotação tergiversada de nosso desejo e que trabalhar com o método psicanalítico requer suspensão das idéias que nos ocorrem a priori. Os ginecologistas também mencionaram o seu despreparo frente às inúmeras situações conflitantes vivenciadas junto às pacientes. Emergiu uma descoberta inesperada: o ginecologista veio a se tornar nosso paciente e seu adoecimento exigiu fosse tomado em consideração.

O objetivo deste estudo passou a ser investigar os possíveis e inúmeros desdobramentos subjacentes à relação médico-paciente, em particular, o campo da relação médico-paciente na consulta ginecológica. À busca deste objetivo, cogitarei a hipótese de que tal campo sustenta uma situação desgastante para o médico carregado e carregador do mundo contemporâneo.

Acreditamos que o estabelecimento de uma relação médico-paciente mais próxima e o sentimento da paciente quanto à compreensão do seu médico pode trazer benefícios no sentido do acatamento maior às orientações e prescrições, além de produzir maior credibilidade e satisfação com a prática médica.

O trabalho em grupo com os médicos ginecologistas, enquanto um espaço para troca de experiências e emoções, poderia contribuir para o auto-conhecimento dos participantes, com repercussões para sua saúde mental, inclusive com melhorias na sua motivação e condições de trabalho. Ao poder refletir sobre os entraves que perpassam o atendimento poderíamos potencializar a função terapêutica do médico.

2 ASSIM CAMINHA A MEDICINA ...

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CORPO DO PACIENTE, DO CORPO DO MÉDICO E DO “CORPUS” DA MEDICINA

*Ninguém pode livrar os homens da dor,
mas será bendito aquele que fizer renascer
neles a coragem para a suportar*
Selma Lagerloff (1858-1940) Escritora sueca

Nos primórdios da humanidade, a Medicina configurava-se uma prática preocupada com oferecer alívio e conforto aos pacientes que experimentavam os sofrimentos da carne. Qualquer pessoa poderia desempenhar essa função desde que possuísse sensibilidade, iniciativa, bom senso e uma boa dose de altruísmo.

Estas experiências junto aos doentes eram comunicadas a outras pessoas, transmitidas de pais para filhos, de geração a geração e constituíram o berço da Medicina. Conforme relata Foucault (2003), “antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da Humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a Medicina” (p. 60).

Naquela época, essa prática situava-se entre o místico, o mágico e o religioso, e acreditava-se que a doença era produto de forças sobrenaturais que acometiam o indivíduo, sendo o corpo, o campo de batalha onde o bem e o mal digladiavam. Àquele que cuidava, restava, portanto, o papel de expectador, alguém que ficava à beira do leito conversando, cuidando, consolando, já que muitas vezes sobrevinha a imbatível morte.

Foucault (2003) afirma que, a partir do surgimento da escrita e do segredo, o saber advindo dessas experiências cotidianas, antes compartilhado e comum, passou a ser monopólio de alguns, culminando na figura do médico tal qual a conhecemos hoje.

E a decadência começou quando foram inaugurados a escrita e o segredo, isto é, a repartição deste saber com um grupo privilegiado, e a dissociação da relação imediata, sem obstáculos ou limites, entre Olhar e Palavra: o que já se sabia só era, a partir de então, comunicado aos outros e transferido para a prática depois de ter passado pelo esoterismo do saber (p. 60).

Hipócrates, considerado o pai da Medicina, insurge-se no seu tempo, contra a passividade do médico frente à doença, não mais admitindo-a como infortúnio tramado pelo destino ou como punição divina pela desobediência dos homens. Ele introduz na Medicina a observação e o exercício da razão. Sob sua influência, o corpo do doente passa a ser esmiuçado, vasculhado e devassado pelo olhar do médico, que investiga, insistentemente, a causalidade e evolução das doenças. Conta-se que o médico, junto com seus aprendizes, às vezes se mudavam para as casas de seus pacientes com o intuito de não deixar escapar à observação qualquer etapa no curso da doença (FOUCAULT, 2003 p. 61).

No ideário hipocrático, percebe-se um respeito pela pessoa do paciente, uma atenção para com sua integridade e dignidade. Verifica-se, também, uma preocupação com a iatrogenia e o sigilo médico, o que pode ser atestado no Juramento de Hipócrates, até hoje em voga.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. [...] Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto (HIPÓCRATES).

Foucault (2003), menciona Hipócrates como o primeiro codificador dessa clínica universal e imediata, aquele que lhe dá um corpo sistemático, a fim de facilitar a transmissão dos conhecimentos.

Para Foucault (2003), quando isso acontece,

nova dimensão é introduzida na experiência médica; a de um saber que se pode dizer literalmente cego, porque não tem olhar. Este conhecimento que não vê está na origem de todas as ilusões; uma medicina dominada pela metafísica torna-se possível [...] (p. 61).

O autor infere que, a partir dos sistemas e classificações, o médico passa a estudar os sintomas em vez da pessoa adoecida. Essa tentativa de organização e simplificação do saber deixa de fora um manancial de conhecimentos extraídos a partir da própria natureza humana. Tal exclusão ressurte-se nos dias atuais, ao detectarmos uma prática médica cada vez mais descomprometida com o paciente, focalizada na sua patologia.

Na Antiguidade Clássica, o corpo humano era considerado simples máquina criada e governada pelas divindades. Cultuava-se o corpo belo, jovem, forte e masculino, modelado conforme a imagem de Apolo.

Galeno, pensador grego, estudioso da Medicina, inspirado nas idéias de Aristóteles e Hipócrates, teorizava uma interação entre calores e humores, circulando no interior do corpo. O calor esquentava o corpo progressivamente e os humores eram o sangue, o muco, a bile amarela e a bile negra. A combinação entre eles produzia quatro tipos de estados psicológicos: sangüíneo, fleumático, colérico e melancólico. Um corpo saudável deveria ter um bom temperamento, ou seja, os fluídos e calores deveriam estar em equilíbrio no cérebro, coração, fígado e testículos (SENNETT, 2001, p. 143).

Ismael (2002) relata que, apesar de possuir um viés humanista, Galeno não se ocupava da pessoa do paciente. O corpo é tido como um conjunto de órgãos, uma estrutura viva submetida à benevolência e à ira divinas.

O Cristianismo conduz a um retrocesso em termos de humanismo. Afirma Senett (2001):

O advento do cristianismo confere à dor do corpo um novo valor espiritual. Lidar bem com ela talvez tenha se tornado mais importante do que sentir prazer; segundo a lição ensinada por Cristo através de seus próprios infortúnios, mais difícil era ultrapassá-la (p. 110).

Dessa maneira, o sofrimento e a dor física, na escalada rumo à redenção, enobrecem o espírito; em contrapartida, torna-se obrigatório o apagamento da potencialidade humana de desfrutar o prazer.

O corpo torna-se o local consagrado à expiação do pecado, e a doença, a sua punição. Ali habita a luxúria, o egoísmo, a transgressão, por isso, nesse momento histórico, sua materialidade é negligenciada, senão desprezada. O corpo doente apresenta-se estigmatizado; os leprosos corporificam o mal na carne.

No entanto, o autor supracitado aponta que na Alta Idade Média, os padecimentos de Cristo sensibilizavam as pessoas comuns que com Ele se identificavam. “Desde que a dor divina uniu-se às aflições humanas, os movimentos baseados na ‘Imitação de Cristo’ renovaram a experiência de piedade pelo próximo: assumia-se a angústia do outro como um infortúnio pessoal” (SENETT, 2001, p. 139).

Acredita-se que a revivescência da compaixão e da caridade aí suscitadas influenciou de alguma maneira o projeto da Medicina Ocidental, enquanto uma instituição social a serviço da humanidade. É notória a ligação inicial entre instituição médica e religiosa, haja vista, as casas de misericórdia e os hospitais que ainda hoje conservam nomes de santos.

Com o advento das epidemias, o corpo passa a ser assunto de polícia. Por conta de sua autoridade e capacidade de intervenção, os policiais são chamados a perscrutar as povoações em busca do menor vestígio de doença.

Para Crespo (1990) a polícia ocupava-se de: “uma verdadeira guerra; os inimigos eram a doença e as epidemias, mas também os próprios corpos daqueles que se desconfiava serem portadores do micróbio devastador” (p. 19).

Neste contexto, tornou-se imperioso um maior esclarecimento acerca das doenças e divulgação desses conhecimentos, um controle ambiental adequado, um melhor manejo no diagnóstico e tratamento dos doentes, uma definição da classe profissional médica, uma

vigilância epidemiológica e uma preocupação com o ensino médico. Surgia, em consequência, uma política de saúde e os corpos são a ela submetidos.

No Renascimento, em pleno séc. XVI, auge do Humanismo, estudiosos como o anatomista Andreas Vesálio avançam no entendimento do doente como alguém que tem um corpo, mas que é mais do que esse corpo. Ele introduz um método rigorosamente científico de estudar anatomia, deixando para trás suposições infundadas, superstições e preconceitos. Preconiza a observação direta sem a qual é impossível conhecer (ISMAEL, 2002).

Com Descartes, no século XVII, sucede a maior mudança ocorrida na Medicina ocidental: a revolução cartesiana. O filósofo propõe a dicotomia corpo-mente que levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença (CAPRA, 1982).

Entre os séculos XVII e XIX, a Medicina adquire passo a passo status de disciplina científica, evoluindo para o que se tornou nos dias atuais.

A Medicina Contemporânea abrange uma produção incessante e infindável de conhecimentos que constituem o saber médico e uma prática clínica voltada para o alívio do sofrimento e cura das enfermidades.

Sua base conceitual consolida-se no modelo biomédico que recebeu influências da Biologia. A concepção de saúde restringe-se a um funcionamento mecânico, no qual a doença é a avaria e o médico, o técnico que conserta a máquina. Perde-se de vista o todo, o foco é direcionado para partes cada vez menores do corpo. Esse modelo não contempla a complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais inerentes à condição humana (CAPRA, 1982).

Ao ser constituída na sua essência pela “racionalidade científica moderna”, a Medicina pauta-se numa pretensa objetividade e na busca de verdades mutáveis passíveis de generalização. O caráter mecanicista presente neste sistema lógico instaura o corpo

maquínico, considerado apenas na sua materialidade anátomo-fisio-imagética. Este corpo é dessubjetivado, alienado de sua história, seus afetos, sua singularidade (BASTOS, 2002).

A mesma autora, supracitada, expõe que o fisicalismo e o logicismo constituem as matrizes epistemológicas da Medicina ocidental contemporânea. O fisicalismo ocupa-se da natureza biológica humana, descontextualizada da história e da sociedade. Reduz-se o corpo à sua organicidade. Separa-se a mente do corpo. O sujeito doente desaparece. Ele se torna um objeto: a sua doença. A doença é tida como universal, não se levando em conta o que ela representa para cada paciente ou sua particular evolução. Com o logicismo, a Medicina parte para o ordenamento e determinação recíproca na abordagem da doença.

Assim, o paciente não possui uma identidade ou nome próprio, é apenas mais um. Esgota-se na repetição que formata cada encontro clínico numa rotina que inclui: anamnese, ectoscopia⁹, exame físico, elaboração de hipóteses diagnósticas, solicitação de exames complementares e terapêutica.

Na consulta médica, a ordem é extrair de modo objetivo e preciso, as informações pertinentes ao quadro clínico que facultam o diagnóstico. Não que isso não seja necessário e importante, mas à anamnese diretiva que menospreza a subjetividade do indivíduo, escapam informações valiosas que falseiam e distorcem as apreensões diagnósticas, incorrendo em maciça medicalização, muitas vezes desnecessária.

O médico esquia-se o quanto pode do contato emocional com o paciente, até porque, ao longo de sua formação profissional, foi treinado nesse sentido e esse contato pode mesmo ser assustador.

O estudante de medicina aprende a objetualizar o corpo humano. Seu primeiro paciente será o cadáver nas aulas de anatomia que, impassível, permite a sua dissecação. Quando toca

⁹ Trata-se de uma observação rápida do paciente, quando o médico considera o estado geral, mental, nutricional, peso, altura, biótipo, marcha, fâcies, atitude/posição, presença de movimentos involuntários, pele e lesões elementares. Em seguida, segue-se o exame físico mais minucioso.

a peça anatômica, ele jamais pensa que tal “coisa” tenha feito parte de um organismo vivo, que um dia foi gente, teve família, história, sentimentos.

A seguir, seu contato será com os animais de laboratório que também não se queixam quando seus corpos são instrumentalizados cirurgicamente ou medicalizados. Os bichinhos despertam compaixão, mas a atitude é justificada em prol do desenvolvimento da ciência e do ensino.

No encontro com o ser humano inscrito numa subjetividade, é natural que o estudante seja afetado na sua própria subjetividade, sobrevivendo angústias. Essa espécie de contaminação é corrigida através de dispositivos que visam ao entorpecimento dos sentidos, à anestesia das emoções, à deserotização dos corpos, no empenho de alcançar uma objetividade neutra.

Se, por um lado, a dessubjetivação do paciente colabora com o distanciamento e indiferença relacional, produzindo a desumanização da prática médica, por outro, cria condições para que um corpo erógeno, investido afetivamente, possa ser examinado e manipulado. Como poderia um cirurgião executar um procedimento invasivo, sabidamente doloroso, estando sintonizado com o medo e o sofrimento do paciente?

A esse respeito, Bastos (2002) nos fala:

Palpar corpos vivos e falantes transformando-os em objetos requer uma desconstrução de como, quotidianamente, percebemos nossos corpos e os demais, isto é, como corpos habitados por sujeitos, redutos de nossa privacidade e de nossa sexualidade. Solicitar ao paciente que se dispa para o exame físico não é banal. É preciso que ao se revelar nu, esse corpo seja despersonalizado, que ele se dispa, também, de sua pessoalidade. Somente, então ele pode ser examinado (p. 109).

Como recurso pedagógico, a Medicina apreende o corpo como segmentado ou fragmentado, haja vista a instituição de pelo menos 66 especialidades médicas. Nesse enquadre, o paciente muitas vezes se percebe injuriado ao ser arrastado em meio a uma procissão de visitas médicas e exames complementares, sem, contudo, alcançar uma solução para seus problemas.

Mas ... o leitor poderá estar pensando: e o corpo do médico? O que é feito com ele?

Ele também se transforma em máquina, uma máquina infalível que não pode errar. Qualquer deslize, o resultado pode ser desastroso, como é o caso das generosas indenizações, frutos de processos jurídicos envolvendo os erros médicos.

O recalçamento de sua natureza humana observa-se nos plantões e jornadas de trabalho extenuantes que não levam em consideração sequer os ritmos biológicos de alimentação, sono e excreção.

Ao longo da construção da identidade médica, na busca da objetividade neutra, vão se apagando as possibilidades de interação empática com o paciente. A desafetação manifesta-se na frieza, indiferença, distanciamento e entram o relacionamento com o doente. As roupas brancas, a caligrafia ilegível, o jargão médico, o título de doutor, são detalhes que denotam esse afastamento.

Bastos (2000) descreve como o médico, para o exercício profissional, aprende a dominar os sentidos, objetivando seu olhar, recalcando os odores, tocando sem contaminar, ouvindo sem escutar.

A insensibilidade não se expressa apenas em relação ao paciente. Ao exilar seu mundo interno, desconsiderando suas emoções, sentimentos e experiências, o médico, vulnerável, fica à mercê da complexa trama que tece a existência humana. Desorientado, perdido, não raro é ele que adoece.

Espera-se do médico o virtuosismo dos sacerdotes: justiça, compaixão, caridade, tolerância, retidão, ética, moral, desprendimento ... Como se a Medicina fosse uma missão e o médico um predestinado.

A Medicina é uma atividade profissional sujeita à extrema pressão, isso porque o médico confronta-se nada mais nada menos que com a doença e com a morte. Para enfrentar

adversárias deste porte, é preciso que o médico se discipline, endureça, torne-se tão poderoso quanto elas.

Machado (1997) explora detalhadamente as condições desgastantes do trabalho médico no Brasil. Ela enfatiza a recorrente limitação da autonomia do profissional em relação ao seu trabalho. Para a autora, é correto afirmar que:

Os médicos são socializados para se sentir responsáveis pela vida das pessoas que os procuram em busca de assistência médica. Treinados e acostumados a salvar vidas a qualquer custo, a estar disponíveis, e aptos ao ofício a qualquer hora do dia – é bom lembrar que a omissão de socorro, segundo o Código de Ética Médica, é delito grave, passível de punição com perda do direito do exercício profissional -, os médicos acabam se tornando, na prática, ‘guardiões da vida’. Estas são premissas sociológicas importantes para compreender o que se passa no cotidiano desse profissional, compreender seus dilemas, suas angústias e um certo ‘sentimento de incapacidade’ frente às adversidades (MACHADO, 1997, p. 168).

Capra (1982) reporta acerca da saúde dos médicos de hoje:

Enquanto se esperava que os curandeiros tradicionais fossem pessoas saudáveis, mantendo o corpo e a alma em harmonia e afinados com seu meio ambiente, as atitudes e os hábitos típicos dos médicos de hoje são muito pouco saudáveis e levam a consideráveis doenças. Hoje, a expectativa de vida entre os médicos é de dez a quinze anos menos que a média da população, e eles apresentam elevadas taxas de doença física, além de altos índices de alcoolismo, abuso de drogas, suicídio e outras patologias sociais (p. 139).

Alves (2002) afirma que ser médico transformou-se num risco. A credibilidade na pessoa do médico foi perdida. Sua aura de santo, de cavaleiro solitário que luta contra a morte, deteriorou-se ao longo do tempo. Os médicos agora se encontram lado a lado com os prestadores de serviço.

O autor supracitado expressa claramente a sua opinião:

Acho que os médicos, hoje, são infelizes por causa disto: eles resolveram ser médicos por desejar ser belos como o cavaleiro solitário, puros como o santo, e admirados como o feiticeiro. Era isso que estava dentro deles, ao tomarem a decisão de estudar medicina. E é isso que continua a viver na sua alma, como saudade ...

É a vida lhes pregou uma peça. E hoje a imagem que eles vêem, refletida no espelho, é a de uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vende serviços [...] Os médicos sofrem por saudade de uma imagem que não existe mais” (ALVES, 2002, p. 21).

Alves (2002) destaca a quebra da imagem idealizada do médico. O médico de antigamente não existe mais ...

A postura de superioridade, onipotência, podendo chegar à arrogância, serve para convencer a ele próprio e ao doente de que é capaz de lutar e vencer as enfermidades e a morte.

A pretensão e vaidade do médico podem ser ilustradas com o mito de Esculápio (em grego, Asclépio), deus da Medicina, que foi instruído pelo centauro Quíron, no conhecimento das plantas medicinais e na arte de curar os ferimentos e as doenças. Não satisfeito com seus resultados, ele chega a ressuscitar os mortos. Essa temeridade provoca a ira de Júpiter que o fulmina com um raio (COMMELIN, 1997).

A Medicina, como a conhecemos, termina por objetivar o corpo tanto do paciente como do médico. Ambos são destituídos do seu lugar de proprietários de seus corpos e ambos têm seqüestrada a sua subjetividade. Como consequência, a relação médico - paciente estabelece-se na superficialidade, reduzindo as chances de o paciente ser ajudado pelo médico e de o médico aprender com o paciente.

Afora os fatores intrínsecos à relação médico-paciente que determinam o distanciamento entre esses dois corpos, o mundo contemporâneo balizado pela tecnologia, pela corrida contra o tempo e pela supremacia imagética, faz-se notar no território médico.

Os avanços científicos e tecnológicos crescentes facultam ao médico o mapeamento e a prospecção de recônditos do corpo humano que há bem pouco tempo conservavam uma aura de mistério. Podemos citar, como exemplo, os recentes e revolucionários avanços da engenharia genética: o Projeto Genoma Humano e os transplantes de células-tronco.

O tempo despendido nas consultas médicas foi reduzido na maioria das vezes, obedece às regras do mundo atual que tem pressa, que opera num ritmo alucinante e objetiva quantidade. Nessas circunstâncias, os encontros e as relações, freqüentemente, são descartáveis ou supérfluos. Não sobra muito espaço para conversar, para conhecer o outro.

Com a informatização dos consultórios, o médico divide a atenção que deveria ser dispensada ao paciente com o seu computador. Os softwares disponíveis na área médica garantem a objetividade da investigação; o médico, apropria-se de informações cada vez mais sucintas. Pode ser que o profissional gaste mais tempo na solicitação de exames complementares do que com a entrevista propriamente dita.

Não tarda o tempo em que as consultas poderão se realizar na interface com o computador prescindindo da presença física, excluindo definitivamente o campo intersubjetivo da realidade médica.

Não creio na eficácia desse modelo, algo parecido com substituir o estudo de anatomia no cadáver ou o exame de fragmentos histológicos, utilizando o microscópio, pelas figuras ou fotografias de livros. Perde-se o essencial que é a possibilidade de descobrir e redescobrir por si próprio o objeto que também é sujeito.

A despeito de progressos tecno-científicos tão surpreendentes que se traduzem em diagnósticos mais precisos e terapêuticas mais eficazes, colaborando para um aumento na expectativa de vida das pessoas, a insatisfação persiste no campo da Medicina, quando voltamos o olhar para o distanciamento e a impessoalidade que não-raro, habitam o atendimento médico.

Nesse sentido, Bastos (2002) denuncia que os sintomas da crise da Medicina ocidental exprimem-se de maneira vaga e difusa: “Há algo no ar cuja descrição é imprecisa, mas geradora de um clima de insegurança e desconfiança transformando, muitas vezes, a prática clínica num campo de batalha” (p. 3). Obviamente, esse fato, afeta definitivamente a relação

médico-paciente. Segundo a autora supracitada, os pacientes, freqüentemente, queixam-se da “desumanização” do atendimento, ao passo que os médicos reclamam da baixa adesão ao tratamento. Em sua tese de doutorado, ela se dedica à investigação da tensão crescente entre a objetividade requerida pelo saber médico e a subjetividade inerente à prática clínica. Aponta que a pacificação desse conflito demanda a consideração pelo sofrimento que o modelo biomédico com suas conquistas tecnológicas vem produzindo. Propõe como uma saída para o paradoxo - progresso científico-tecnológico *versus* desumanização - o alargamento da noção de corpo com a inclusão dos sujeitos na cena assistencial. Com esse intuito, ela apresenta o conceito de “corpo-sujeito”, construído a partir das formulações freudianas, para coexistir com o “corpo-maquínico”, eleito pelo conhecimento biomédico.

Capra (1982) afirma que muitas razões apresentam-se para justificar o descontentamento generalizado com as instituições médicas: inacessibilidade aos serviços, ausência de simpatia e solicitude por parte dos médicos, má práxis. No entanto, o tema central de todas as críticas é a discrepante desproporção entre custo e eficácia da medicina atual. As intervenções biomédicas embora extremamente úteis para o diagnóstico e atendimento emergencial, têm muito pouco efeito sobre a saúde da população como um todo. Para o autor,

A prática da medicina transferiu-se do consultório do clínico-geral para o hospital, onde se tornou progressivamente despersonalizada, quando não desumanizada. Os hospitais converteram-se em amplas instituições profissionais, enfatizando mais a tecnologia e a competência científicas do que o contato com o paciente (CAPRA, 1982, p. 141).

A medicina privada tornou-se um artigo de luxo, principalmente para as pessoas menos abastadas que não dispõem de recursos financeiros para bancar os elevados custos dispendidos no emprego do arsenal tecnológico e de medicamentos caros utilizados no tratamento de algumas doenças. Por outro lado, os serviços públicos que atendem à população carecem de infra-estrutura e de profissionais qualificados. Em decorrência, acirram-se as dificuldades na área da Saúde.

O paciente freqüentemente fica na berlinda quando o médico solicita um exame ou prescreve um medicamento que ele não pode pagar. Percebe-se que essa situação gera nele um sentimento de frustração e impotência que o faz percorrer outros médicos, ou se apegar na crença de que somente aquele exame ou medicamento oferecerá uma solução para o seu problema. O médico, no processo terapêutico, passa a ocupar um papel secundário.

Lima-Gonçalves (2002) afirma que a prática médica tradicional compreende uma relação sujeito-objeto, em que o médico – sujeito – determina e executa as ações, e o doente – objeto – não tem voz, nem vez, não expressa sua opinião, nem sua vontade. Na promissora parceria com a máquina, a relação médico-paciente corre o risco de transformar-se numa relação objeto-objeto, em que o médico tende a desvalorizar sua presença e o seu discernimento, submetendo-se a “conselhos” e a “sugestões” que a máquina pode oferecer. Em outras palavras, a criatura passa a comandar o criador.

O mesmo autor recomenda o resgate de uma relação sujeito-sujeito, em que, embora as posições sejam diferentes, cada um, como sujeito, pode pensar, opinar e agir. Na opinião dele, humanismo e tecnologia não são antagônicos, podem inclusive ser complementares: “O ideal seria conseguir o hibridismo de uma tecnologia humanizada” (LIMA-GONÇALVES, 2002, p. 66).

Persistindo no tema da desumanização da assistência médica, Paula (2003) enfatiza:

Embora seja relevante tentar possibilitar uma reflexão sobre a importância do resgate do aspecto “humanitário” no médico, estudos que dizem que “o médico precisa ser mais humano” têm um caráter moral que pode ser respeitado e compreendido, mas na verdade trazem poucas soluções práticas (PAULA, 2003, p. 8).

A autora considera que o apelo por um atendimento humanitário aparece como discurso ideológico e moralizante, que reza como as coisas deveriam ser. Em contrapartida, alimenta a crença de médicos e pacientes de que não há como mudar a forma de atendimento. Ela conclui que o discurso humanitário é:

uma forma de manutenção do status co, refere-se a mais uma norma de conduta e serve para ocultar as regras do real. Leva à adequação dos médicos e pacientes a ordem de mesmidade e respeito às aparências. Pois assim fica fácil lidar com a situação, e o aparente “não há o que fazer” torna-se verdade absoluta inquestionável (p. 106).

As presenças do médico e do paciente são fundamentais para a Medicina. O paciente depende do saber do médico, mas também carece de sua compreensão e solidariedade. O médico aprende com o paciente a nobre e eterna arte de cuidar.

Neste capítulo, apresentamos a evolução da Medicina através dos tempos, com ênfase no corpo do paciente e no corpo do médico, as condições desgastantes impostas ao médico, no exercício da profissão, e, insinuamos a insatisfação com a relação médico-paciente. Feitas tais considerações, urge uma busca de transformação deste panorama. Poderia a Psicanálise ser um instrumento que restituísse humanidade ao corpo maquínico?

Tenho esperanças que sim ... Por isso, no próximo capítulo abordarei alguns pontos de aproximação possíveis entre a Medicina e a Psicanálise, na tentativa de mostrar o que já foi ou tem sido feito nesse sentido.

3 APROXIMAÇÕES ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE

*Do atrito de duas pedras chispam faíscas;
das faíscas vem o fogo; do fogo brota a luz.*

Victor Hugo

O nascedouro da Psicanálise começa quando, num golpe de sorte, Joseph Breuer, ao atender a uma paciente histérica, percebe que o seu dizer expressa um mundo de fantasias de conotação francamente sexual. Criava-se aí, o método catártico¹⁰.

Foi graças à ousadia de Freud, que deu ouvidos para aquilo que as pacientes queriam dizer, atento para as intenções ocultas das palavras, para o sofrimento “sem causa”, que floresceu a Psicanálise (FERENCZI, 1992).

Freud já se interessava pelas doenças nervosas e sabia quão ineficazes se mostravam os procedimentos médicos disponíveis para tratar as doenças, particularmente a eletroterapia. Aos poucos, abandona a hipnose e a sugestão e firma sua prática naquilo que é mais trivial: a conversa informal. A partir daí, descobre que as causas dos sintomas neuróticos encontram-se na vida psíquica inconsciente, não acessível a uma exploração direta. Essas regiões insondáveis abrem-se à associação livre do paciente e à atenção flutuante do médico e passam a ser instrumentos para a abordagem introspectiva dos processos psíquicos.

Quando toma em consideração a vida sexual das pessoas, Freud posiciona-se na encruzilhada entre a Sexologia e a Psicanálise, mas logo se percebe que o seu interesse genuíno incidia sobre toda e qualquer manifestação psíquica.

Antes dele, havia total descaso pela vida mental, negligenciada por qualquer homem de ciência. Os fatos psíquicos mereciam pouca ou nenhuma atenção dos médicos. A exploração

¹⁰ O método catártico procurava fazer com que a paciente retrocedesse à cena traumática na qual o sintoma surgira, para se descobrir o conflito mental envolvido naquela cena e liberar (ab-reagir) a emoção nela reprimida (FREUD, 1989b, p. 19).

da esfera sexual circunscrevia-se à sua patologia. A Psicanálise veio pôr à mostra aquilo que o mundo preferia esconder.

Freud (1989a) aposta na etiologia sexual das neuroses e constrói a Psicanálise sobre três pilares: a Teoria da Repressão e da Resistência, a Sexualidade Infantil e a descoberta do Inconsciente.

Desde o início, verifica-se a sua preocupação em tornar a Psicanálise científica. O conteúdo teórico extraído de sua prática compilou sua Metapsicologia. Surgia, então, a necessidade de se estruturar um modelo ficcional de aparelho psíquico capaz de conceber as perturbações da vida mental como resultado de um desequilíbrio entre forças aí atuantes. Escreve Ferenczi (1992):

Até então, nem a anatomia, nem a fisiologia, tinham contribuído de nenhuma forma para o conhecimento das mais sutis moções psíquicas. A medicina científica, como que hipnotizada, olhava fixamente para o microscópio, e, a partir das informações sobre o desenvolvimento e o traçado dos feixes nervosos, aguardava esclarecimentos sobre o “como” dos processos psíquicos. (p. 88)

As descobertas do criador da Psicanálise repercutiram negativamente nos meios oficiais, sendo alvo de críticas ferozes, ainda mais por afirmar que essa não era de competência exclusiva dos médicos. Comenta Freud (1989b):

Minha interpretação dos sonhos e meu livro sobre chistes, entre outros, mostraram desde o início que as teorias da psicanálise não podem ser restritas ao campo médico, mas são passíveis de aplicação a várias outras ciências mentais. (p. 37).

Ferenczi (1992) enumera contribuições que a psicanálise trouxe para a Medicina. Segundo ele,

Admitir-se há que o médico que compreende a linguagem dos pacientes neuróticos e psicóticos, e que pode utilizá-la, por assim dizer, etiológica e etimologicamente, enfrenta essas doenças com uma compreensão muito diferente da do homem de ciência que se preocupa pouco com a origem de cada fenômeno isolado, e se deixa durante o tratamento, orientar unicamente por sua intuição artística (FERENCZI, 1992, p. 89).

Esse autor prevê, no mesmo artigo, que nenhuma forma de psicoterapia haveria de escapar à influência das idéias de Freud. Assegura também que a compreensão dinâmica dos processos mentais constitui um forte aliado ao método descritivo até então vigente. Com Freud, amplia-se o saber sobre as neuroses e psicoses.

Ferenczi (1992) enfatiza que a Psicanálise advoga o tratamento tanto do doente quanto da doença e menciona a sua aplicabilidade em diversas especialidades médicas. Por último, ressalta que antes de Freud, a medicina era ensinada como ciência da natureza e pouco ou quase nada se sabia sobre a alma humana; recomenda a Psicanálise para o resgate da função de aconselhamento do médico.

Brun (1999) destaca a necessidade de se considerar a especificidade da Medicina e da Psicanálise para determinar suas possíveis inter-relações. Lembra que a formação do analista demanda análise pessoal, não sendo imprescindível que ele seja médico. Confere também o papel da Psicanálise na compreensão das reações dos pacientes, em especial quando se instala a desordem inconsciente.

Pontos fortes de aproximação entre a Psicanálise e a Medicina devem-se a Balint e Winnicott que apresentaram desenvolvimentos paralelos sobre a mesma questão: a relação terapêutica (MELLO FILHO, 1997). Balint trouxe contribuições generosas para a teoria psicossomática, à psicologia médica e aos estudos da relação médico-paciente. Para o médico, ele constrói as bases definitivas de uma medicina psicológica, centrada no estudo da relação médico-paciente.

Balint (1988) empreendeu grupos de supervisão para médicos clínicos no sentido de compreender e solucionar as dificuldades que se apresentam no atendimento médico cotidiano. Os grupos incluíam 8 a 10 médicos clínicos e 1 a 2 psiquiatras que se reuniam semanalmente com o intuito de estudar a relação médico-paciente e familiarizar os médicos

com os conceitos psicanalíticos. Esses grupos tinham cunho investigativo e de treinamento dos profissionais participantes.

No livro “Seis minutos para o paciente”, Balint (1979) apresenta a técnica do Flash que nada mais busca do que alcançar “insight”. O autor explica que o médico deveria observar uma pequena amostra de como o paciente fala, pensa e se comporta. Deve elaborar idéias sobre ele e só então intervir com comentários ou interpretativamente.

O autor anteriormente citado, valoriza o vínculo por proporcionar um contato interpessoal íntimo e intenso. Exige que o médico ofereça ao paciente a oportunidade de se comunicar. Segundo ele, muitos momentos usualmente ignorados na entrevista médica, ao serem tomados em consideração, podem conduzir a um “flash”. Recomenda a postura cautelosa de não interferência, possibilitando que a descoberta surja do paciente. Define como características da técnica: a intensidade do contato, permissão ao paciente para usar o médico a seu modo, observação disciplinada por parte do médico (inclusive auto-observação), disponibilidade do médico de se oferecer para uso do paciente.

Quanto à Winnicott, tinha formação pediátrica e psiquiátrica. Dedicou-se ao estudo da vida emocional infantil. No trabalho em que enumera as abordagens utilizadas na sua prática, defende a possibilidade de se fazer “uma espécie de tratamento analítico em miniatura na primeira entrevista” (p. 289). Comenta que em alguns casos se consegue o “insight” que traz compreensão acerca do paciente (WINNICOTT, 1993).

Winnicott (1993) percebia que o germe para a saúde mental fundava-se na infância na relação do bebê com a mãe e que o descaminho poderia produzir perturbação ou colapso mental. Sendo assim, preconizava a não interferência como primeiro dever do médico na interação mãe-bebê. Enquanto pediatra, mais do que aconselhar ou fornecer lições de como fazer, o autor observava e dava à mãe a chance de interagir com seu bebê.

A Psicossomática, enquanto especialidade médica, que tornou possível a aplicação da Psicanálise direcionada para o entendimento dos determinantes das doenças, constituiu mais uma ponte entre as duas áreas. Surge, na década de 1920, em Nova York, com a doutora Helen Dunbar, e, em Chicago, com Franz Alexander.

Nesse campo, a Psicanálise será empregada como meio terapêutico auxiliar do procedimento médico, atuando na busca dos fatores etiológicos “invisíveis” das doenças. Trata-se de uma vertente dentro da Psicossomática conhecida como Medicina Psicossomática.

Outra vertente é a Psicossomática Psicanalítica, de orientação muito diferente que acredita que o “subjetivo” não é gerador das doenças, nem que o sintoma deva ser eliminado. Seu criador é Georg Groddeck, médico alemão.

Segundo Ávila (1996), os propósitos de investigação psicossomática psicanalítica seriam:

Aplicar a psicanálise, criticamente, convocando os sujeitos que sofrem silenciosamente com seus sintomas corporais a tomar a palavra e enunciarem-se. Possibilitar a palavra ao doente, criando um campo de produção de significações, palco do aparecimento do sujeito, mediante a interlocução analítica (p. 54).

Essa proposta objetiva o resgate do indivíduo que sofre, que tem um corpo que carrega toda a crueza do real. Na investigação, mais objetiva, não se perde de vista o sintoma e a história do sujeito. Aspira-se à superação do dualismo corpo-mente.

Diante de tantas iniciativas, ressurgiu a indagação: Poderia a Psicanálise ser um instrumento que restituísse humanidade ao corpo maquínico do paciente e do médico?

É claro que sim. Muitos autores e muitas iniciativas referendam essa possibilidade e apontam para um objetivo de superação da dicotomia corpo-mente. Entretanto, não seria redundância falar em corpo-mente, uma vez que se trata de uma coisa só: o humano? Havemos de ter cuidado porque, com o intuito de fugir do dualismo, corremos o risco de o reforçar.

Dentro do referencial teórico adotado, a Teoria dos Campos, quando sugere a recuperação do método psicanalítico, faculta outras possibilidades de atuação psicanalítica para além do consultório e do divã. Surge a proposta de “Clínica Extensa”, onde o método ultrapassa a técnica e a Psicanálise pode transitar pela consulta ginecológica e pelo grupo no formato GIFT com os ginecologistas. Por isso, iremos tratar no capítulo seguinte acerca da Teoria dos Campos – em especial sobre o Método Psicanalítico e a Função Terapêutica.

4 A TEORIA DOS CAMPOS - O MÉTODO PSICANALÍTICO E A FUNÇÃO TERAPÊUTICA

*Não quero ter a terrível limitação de quem
vive apenas do que é possível fazer sentido.
Eu não: quero é uma verdade inventada*
Clarice Lispector

Dentro da produção psicanalítica, como referencial teórico fundamental, escolhemos a Teoria dos Campos, cujos pressupostos metodológicos encontram consistência na prática clínica. A Teoria dos Campos recupera a importância do método psicanalítico, relegado por um período a segundo plano, relativamente à técnica psicanalítica.

O método psicanalítico presta-se à investigação de qualquer fenômeno humano. Foi descoberto por Freud, num momento em que a racionalidade médica mostrou-se incapaz de abarcar a complexidade da mente. O método pôs à mostra uma outra lógica, não racional, constituinte do psiquismo que até então se acreditava habitar apenas a loucura. Com isso, Freud aproximou a mente louca da mente sã; nesta última, a loucura apenas se encontra camuflada ou cerceada pelo processo civilizatório: “Freud esperava entender a loucura e curá-la, no entanto, acabou por descobrir loucura e irracionalidade em tudo o mais, onde não se suspeitava que houvesse” (HERRMANN, 1999b, p. 18).

A lógica inconsciente, então descoberta, não era acessível diretamente, a não ser via interpretação. Desse modo, tornou-se possível a análise dos sonhos, dos atos falhos, dos sintomas neuróticos, que até então eram incompreensíveis para a ciência. Freud serviu-se do método, também, para interpretar toda e qualquer produção humana - literatura, arte, cultura.

O método em ação produz um saber que cura¹¹, por isso ficou por muito tempo aquartelado nos consultórios dos psicanalistas, não sendo aproveitado em toda a sua aplicabilidade. A psicanálise ficou mais identificada como uma psicoterapia, formalizada nos rituais conhecidos como **moldura**¹² que envolve número de sessões semanais, tempo de atendimento em torno de cinquenta minutos, emprego do divã, neutralidade do analista, interpretações canônicas, etc ...

A Teoria dos Campos surgiu ao final dos anos 60, como um movimento crítico ao modelo escolástico vigente na Psicanálise, carregando a responsabilidade de ser um “projeto de comunicabilidade intra e interdisciplinar” (HERRMANN, 1992, p. 8).

Seu criador, Fábio Herrmann, percebia a falta de coesão dentro da disciplina, estabelecida tal qual guetos teóricos com estilo e linguajar próprios: os kleinianos, lacanianos, bionianos, winnicottianos, entre outros. Dentro desse modelo escolástico, uma dada proposição teórica influencia uma prática e um projeto de homem é fabricado em consonância com as convicções de cada autor. Herrmann (2003) detectava aí um reducionismo e a impossibilidade de a Psicanálise¹³ ser aproveitada na sua totalidade, ou seja, a disciplina havia perdido sua abrangência de ciência da Psique para tornar-se ciência da psicoterapia, restringindo-se em “clínica-padrão” e “teoria-padrão”.

Dentro deste contexto, o referido autor dedica-se ao resgate do método psicanalítico como instrumento de investigação da psique. Para Herrmann (2001), fundado na etimologia da palavra, método significa “caminho para um fim”, com interesse tanto para o resultado, como para a forma de construção do conhecimento.

¹¹ A Teoria dos Campos apresenta um conceito de cura diferente daquele empregado pela Medicina. Para os médicos, cura implica uma ausência de sintoma ou doença; para Herrmann, tem a ver com o trânsito pela multiplicidade de sentidos e a reconciliação com nosso desejo absurdo.

¹² Para o autor, “moldura é tudo o que cerca o processo analítico, [...]. É tudo, menos o que conta, pode-se dizer” (HERRMANN, 1991, p. 32).

¹³ O autor utiliza Psicanálise com letra inicial maiúscula para referir-se ao método psicanalítico e à Ciência da psique e psicanálise com inicial minúscula para referir-se à psicoterapia (HERRMANN, 1999b, p. 24).

Para a Teoria dos Campos, o método psicanalítico é o interpretativo e opera produzindo **rupturas de campo**. Tal conceito ancora-se no de campo-relação, onde um **campo** é determinado por um conjunto de regras inaparentes que dotam de sentido qualquer relação humana. É graças ao campo, que aquilo que se diz faz determinado sentido e não outro. No campo considera-se tudo aquilo que perpassa a relação: idéias, pensamentos, emoções, lembranças, sentimentos. É como se houvesse um pequeno **inconsciente, relativo**¹⁴ ao que está acontecendo no “aqui-agora” e que comporta verdades¹⁵ particulares, parciais e relativas. O campo e a relação estão interconectados. A partir da relação, sabe-se o campo se nele houver ruptura. Rompido, a relação se re-configura. Não se tem acesso diretamente ao campo. Este é a regra do jogo, por assim dizer, mas, não é o próprio jogar.

Sendo assim, o campo da relação médico-paciente que aqui nos interessa, compreende o diálogo, os sentimentos, as expectativas, a ética, o sigilo, as concepções de saúde e doença, a remuneração, enfim: o jogo disposicional entre os presentes. Todos estes aspectos permeiam a consulta médica e determinam a relação médico-paciente, sem que ambos se dêem conta. O campo é imperceptível mas estabelece a relação.

A Psique ou totalidade dos campos é a matriz produtora de sentidos. Cria identidade e realidade. Identidade comporta as representações do sujeito e realidade, as representações de mundo.

O objeto de investigação da Psicanálise para a Teoria dos Campos é o **homem psicanalítico**, que não diz respeito ao homem concreto, mas ao espaço para sua crise identitária. No presente estudo, o objeto, ou homem psicanalítico, é a relação médico-paciente na consulta ginecológica. No tempo e espaço do movimento crítico, sustentado pelo ser de conflito ou onde houver espaço para o questionamento, aí estará a Psicanálise.

¹⁴ Fabio Herrmann propõe ainda a generalização operacional do conceito de inconsciente. Ele não o concebe como uma unidade universal que nos determina, avesso do consciente; ao invés disso, ele introduz a idéia de campos ou inconscientes relativos delimitados pelas suas respectivas relações.

¹⁵ No dizer do autor: “as **prototeorias**”.

Para apreender o objeto da psicanálise ou homem psicanalítico, faz-se uso da interpretação. Esta é, potencialmente, capaz de revelar o inconsciente, à medida que promove um abalo nas representações de sujeito e de mundo; essas perdem sua fixidez e encaminham-se à multiplicidade, numa espécie de reencontro de possibilidades. O sujeito que se acreditava de determinado jeito perde sua mesmice, reencontrando-se diverso, já não mais está certo de quem é. Esta interrogação persiste por um milésimo de segundo e, logo, ele retrocede ou se recupera, estreita a visão que tem de si mesmo, apegando-se a ela de maneira ferrenha, por ser a estabilidade confortável.

A interpretação não compreende apenas as conclusões elaboradas do analista¹⁶. Para ser efetiva, precisa, justamente, ser pontual, minimalista, com poder de pôr em questão algo que já se acha estruturado.

Para Herrmann (1992), a interpretação “nada acrescenta, tão-somente desvenda; da estrutura da questão faz saltar a resposta” (p. 79). O autor reconhece a agudeza perfurante da interpretação que não deve oferecer uma resposta, mas explorar a constituição do desejo questionador.

Quando o abalo representacional induz o dismantelamento do campo, experimenta-se a **expectativa de trânsito** que seria um momento de irrepresentabilidade, vertiginoso trânsito por uma terra de ninguém, sensação desconfortável, haja vista que estamos sempre em busca do porto seguro mais conhecido.

Ao rodopio, que caracteriza as diversas representações que desfilam à nossa volta caoticamente, o autor nomeia **vórtice**. É nesse instante que o homem tem a oportunidade de redescobrir-se diferente, versátil e múltiplo.

Herrmann (1999b, p. 23) fala em aplicação do método psicanalítico a partir de uma indagação: “Que é que um analista faz? Ele aplica o método psicanalítico”. A princípio,

¹⁶ Nomeadas “sentenças interpretativas” por Herrmann (1991, p. 91).

parece que o autor está tratando da interpretação como se fosse um ato voluntário ou uma carta que o analista traz escondida na manga. Aos poucos, fica mais claro que determinado tipo de escuta põe em ação o método e não temos qualquer controle sobre isso, ou seja, não se trata propriamente de um procedimento a ser aplicado.

O método não produz um saber cumulativo organizado e, sim, decorrente do atrito ou confrontação entre as diferentes representações. Esse saber não tem cunho explicativo, mas compreensivo. Não pretende encontrar a verdade, senão as verdades possíveis.

A escuta, acima mencionada, tem como peculiaridade o “**deixar surgir para tomar em consideração**” que implica suspender os sentidos rotineiros das palavras para captar outros subentendidos ou inapreendidos. Um desencontro produtivo onde se abandonam as representações evidentes para encontrar as possíveis. Outra forma de expressar tal peculiaridade pode ser apreendida em Romera (1994):

Na tentativa de conhecer a “realidade” dos processos de subjetivação mister se faz superar os obstáculos do “facilmente apreensível”, do fato que se mostra na apreensão imediata e superficial para que se atinja o detalhe dissonante revelador ou desvelador de sentidos. Para este conhecimento, não basta ver-vista, é preciso olhar, não basta ouvir-ouvido, é preciso escutar. O alerta de quem pretende apreender um som na sua dimensão mais refinada ... PSIU! É o convite a buscar no silêncio a possibilidade de escuta (p. 60).

O movimento de “deixar surgir” equivale a dar licença para as coisas acontecerem sem se antecipar com as interpretações, ao passo que “tomar em consideração” corresponde a não deixar indefinido algo que aparece, não abrir mão do que se agarrou até que saiba a que serve. Essa forma de proceder guia-nos para os equívocos, para os atos falhos, para a linguagem emocional, para aquilo que não é dito, para as contradições, para as relutâncias. Recomenda-se ao analista postergar o preenchimento de sentidos, deixando que por si mesmos se revelem. Aquilo que será revelado através do método nada mais é do que o modo de realização do desejo humano, identificado como **Princípio do Absurdo** (HERRMANN, 1999b).

A Psicanálise inaugurou uma outra lógica de apreensão da realidade não racional, que permite descobrir que o desejo persistirá sempre insatisfeito, que não desejamos os nossos desejos e que, ao alcançarmos determinado grau de satisfação, confrontamos-nos com seu contrário. Esse é o absurdo de nossa constituição humana.

Confrontar o absurdo não é tarefa fácil, nem agradável. É extremamente doloroso perceber que somos completo desconhecidos de nós mesmos e das pessoas que nos cercam, que somos seres fundados na contradição, entregues à nossa insaciável condição desejante.

Somos seres da emoção, ou, melhor diria, das emoções, e estas, assumem configurações diversas determinando modos de ser distintos e particulares. Tais arranjos fazem-nos dóceis, agitados, extrovertidos, reservados, enfim, estruturam nossa personalidade. A essa lógica produtora das emoções que nos constituem, Herrmann (2001) nomeia **Desejo**.

O desejo é uma força produtora que opera na interioridade do sujeito, fabricando representações que lhe vão conferir uma identidade. Todas as emoções decorrem do desejo: “as apazíveis e as dolorosas, as apetecíveis e aversivas, o querido, o relativamente indiferente, o abominado” (p. 24). Daí decorre o absurdo, diferente do conto de fadas, nós desejamos o príncipe, mas também o sapo.

Uma vez escancarado, o desejo manifesta-se na loucura, mas em doses homeopáticas contribui para que o sujeito aprenda algo sobre si e sobre o mundo, abrindo caminho para a criatividade e mudanças no rumo da vida. Nessa altura, o leitor já deve ter apreendido que o Desejo é um campo minado de alta periculosidade, e, por isso, deve ser tratado com extrema cautela por quem se aventura a desvelá-lo. Manifesto, o desejo vem acompanhado de estranhamento, mal-estar, desorientação, mesmo que provisórios. Uma vez brotado o absurdo, seria a hora de tomá-lo em consideração e, para isso, o autor recomenda detenção, suspensão e cuidado. Detenção implica uma atitude mesma de deter-se, parar, de não ir adiante, contemplar. Suspensão, em postergar a imposição de sentidos que se apresentam, dar licença

para as coisas acontecerem, sem se antecipar com as interpretações, até que, vencida a resistência inicial, o cuidado possa surgir. “Cuidar significa, ao mesmo tempo: tomar cuidado, precaver-se, aproximar-se para examinar cuidadosamente e, por fim tratar como quem cuida de um doente” (HERRMANN, 1999a, p. 104).

Para a Teoria dos Campos, exercemos a função terapêutica quando tomamos o absurdo em consideração. Segundo Herrmann (2002):

Não se trata de vencer o absurdo, de superá-lo por um ato de razão, mas de penetrar-lhe as entranhas, de identificar as redes que suportam as representações de homem e mundo que se nos apresentam. Trata-se de superarmo-nos através do absurdo, tornado instrumento de razão (p. 258).

A função terapêutica expõe a lógica de concepção de nossas idéias e sentimentos a partir de uma ruptura da rotina psíquica. A **Rotina**, para a Teoria dos Campos, é uma função do real que tenta encobrir o absurdo das regras produtoras de sentidos, fazendo com que os sentidos veiculados nas palavras se tornem consensuais e que o diálogo possa ser compreensível. É por esse motivo que, muitas vezes, não enxergamos o óbvio ou o que se posiciona à nossa frente. A rotina apresenta-se para conferir imanência e mesmidade à realidade e faz-nos acreditar que somos um e o mesmo.

A Função Terapêutica não se trata de um procedimento técnico especial, mas oportuniza descobertas e a concomitante multiplicidade de sentidos. Herrmann (1992) esclarece que:

Não necessariamente a função terapêutica é exercida no ambiente formal de uma terapia; é verdade que todas as psicoterapias são exercícios dessa função, todavia a arte pode exercê-la também e a função terapêutica é uma dimensão essencial do encontro humano em geral, da conversa simples, da vida em família. Cada encontro significativo, em que o homem seja escutado plenamente e em que o cruzamento dos olhares permita um reconhecimento recíproco, no duplo sentido de reconhecer-se e estar reconhecido pela oportunidade de fazê-lo, é expressão natural da mesma função (p. 85).

A função terapêutica comporta um desvelamento das entranhas do desejo humano, por si mesmo incompreensível, estranho e insaciável. Pode ser efetivada sempre que há a possibilidade de mobilização representacional, às vezes, através da leitura de um livro, numa

consulta médica, numa relação familiar, numa atividade de ensino e muito freqüentemente em qualquer modalidade de psicoterapia, inclusive na psicanálise. Todos esses dispositivos podem ser reveladores de algum aspecto da pessoa que ela desconhece ou de seus múltiplos “eus” e advêm da operação metodológica de ruptura de campo. A ruptura de campo faz emergir sentidos que se encontravam aprisionados em particulares campos, resultando em conhecimentos específicos, transitórios, que, em outros momentos, poderão ser colocados em questão (HERRMANN, 2002).

Um processo de análise é mais apropriado para o desvelamento do desejo, uma vez que o indivíduo, voluntariamente, procurou atendimento, na busca de auto-conhecimento. A assiduidade dos encontros permite o apaziguamento e a metabolização de descobertas que venham a se tornar muito desagradáveis ou mesmo insuportáveis.

Estamos falando de desvelamento do desejo ou do absurdo, mas esquecemos de acrescentar que o desejo não se mostra diretamente jamais, pelo menos nas pessoas ditas “sãs”. Ele é escorregadio, fugaz, imprevisível, é pura metamorfose. As contínuas interpretações do analista vão delineando o seu desenho. Tarefa dificultosa a do método interpretativo por ruptura de campo!

Herrmann (1992) explora a função terapêutica da psicanálise no texto: “A Rani de Chittor: O rosto”. Trata-se de um belo relato que nos fornece a dimensão da tremenda dificuldade de acesso ao desejo. O autor retoma a cultura mewar no Rajastão para discorrer sobre uma lenda que fala do desejo do sultão Allaudin Khalji, materializado na conquista da cidade de Chittor e de sua belíssima rani Padmini. Ele almeja um rosto que é pura idealidade. Padmini tinha o rosto de Chittor.

O rana Rattan Singh, marido de Padmini, concede ao sultão a visão de sua amada, mas à longa distância e através de um espelho, como forma de apaziguar o apetite voraz do inimigo. Acontece que, uma vez proibido, o objeto passa a ser mais cobiçado. O sultão obcecado por

essa imagem fugidia que lhe escapa, arma um estratagema para realizar o seu desejo: rapta o rana marido. Padmini revida à altura, mas, o mais forte sai vencedor, ou não? O desfecho é lamentável, cercados a rani, junto com as outras mulheres, lança-se ao fogo e os maridos partem para um ataque suicida.

Que exemplo magistral para designar o desejo! O que pôde ser apreendido naquele reflexo mal visto pelo sultão, a não ser algo dele mesmo? O que será que aconteceu com o infeliz? Fiquei curiosa!

No texto, Herrmann vai preenchendo e multiplicando sentidos, agora o sultão é o paciente que vive na sessão analítica um experimento de humanização: da barbárie à civilização. Tem a oportunidade de contemplar, apenas por um instante, o reflexo de seu desejo. Se passar a chance, fica para uma próxima vez! O analista oferece o espelho para que o analisando namore o próprio reflexo e se descubra diverso, mas como o rana, não entrega os tesouros facilmente.

No processo de reconhecimento do próprio rosto, algo será perdido para a aquisição de uma vida mais ampliada. Na continuação da história, uma cidade é destruída para dar lugar à outra: “rosto potencial a ser reencarnado em nova cidade, sinuosa, diferente, a mesma-outra” (HERRMANN, 1992, p. 79).

Herrmann (1992) didaticamente apresenta, no mesmo texto, os conceitos de rosto, corpo e veste. Rosto é empregado com o sentido daquilo que confere silhueta ao desejo e que o torna único/pessoal. É parte da interioridade que se discrimina e se projeta no mundo, permitindo o reconhecimento do meu jeito de ser. Muda a cara, permanece o rosto porque perene é a forma do desejo. Para o autor, rosto é “a forma de minha historia pessoal” (HERRMANN, 1992, p. 81), a maneira de reencontrar-me comigo mesmo, abdicando de querer ser o outro, e reconciliando-me com as minhas possibilidades.

O corpo é a interioridade inacessível do sujeito, a matriz geradora de sentidos. Engloba as pulsões e as defesas. O conceito de veste compreende a superfície representacional. É pelas sucessivas trocas de vestes que eu apreendo o rosto.

Herrmann (1992) afirma que:

Em essência, a análise procura descobrir o corpo por meio de trocas de vestes, ou melhor, pelo trânsito relutante entre auto-representações possíveis, esboçar junto com o paciente o desejo de seu inconsciente (p. 81).

A Teoria dos Campos também explora o conceito de função terapêutica nos grupos GIFT (Grupos de Investigação em Função Terapêutica).

Herrmann et al. (2000) apresentam uma experiência de aplicação da Psicanálise junto a equipe de enfermagem da Clínica de Hematologia do ICHC – FMUSP onde se buscou instaurar a Função Terapêutica e, por meio dela, realizar intervenções de investigação, treinamento e tratamento da equipe. Nessa atividade os investigadores tiveram acesso ao clima emocional da equipe habituada a confrontar-se rotineiramente com a morte.

Neves e Lanzoni (2002) através de um Grupo de Investigação em Função Terapêutica – GIFT -, permitiram que a Psicanálise freqüentasse o cotidiano da enfermagem do centro cirúrgico de um hospital geral, propiciando a emergência de sentidos até então ocultos. Nessa abordagem, considera-se o grupo como um psiquismo que não é a somatória dos psiquismos individuais, mas uma unidade com regras próprias de funcionamento à espera de desvelamento.

Agora, pensando no médico, no seu consultório, confrontado com essa nesga de loucura que habita todo ser humano, como poderia exercer sua função terapêutica? E junto aos colegas médicos, que se encontram perdidos e desarrazoados, engolidos pela realidade massacrante da prática médica, o que seria possível fazer?

Domene (2002), numa iniciativa de trabalho com a função terapêutica da Psicanálise, revela como, a partir da observação de consultas médicas no molde tradicional, se construiu

uma nova forma de aplicar a velha anamnese, assegurando ao paciente um espaço para se expor e assim criar seus próprios sentidos. Cita o autor:

[...] começamos a desengessar a rígida aplicação do roteiro; deixamos surgir assuntos paralelos à entrevista médica, trazidos através de associações feitas pelo paciente durante o transcurso da entrevista convencional; permitindo surgir as idéias fantasiosas sobre os sintomas, as angústias comuns a todos os seres humanos (DOMENE, 2002, p. 271).

Ele inicialmente apresentava aos alunos de Medicina, um vídeo previamente gravado, mostrando o procedimento de uma consulta médica tecnicamente perfeita, mas que não contemplava os aspectos emocionais da paciente, nem levava em conta outros sentidos possíveis para as suas queixas, que não os orgânicos. A apreensão desse fato foi tomada em consideração e produziu transformações, na forma de uma entrevista mais aberta e mais rica. Habilmente, o autor mostra como, nas entrelinhas das conversas que se estabelecem na consulta médica, foi possível apreender informações da especificidade dos indivíduos, cruciais para a tomada de decisões clínicas.

Para Domene (2002), a função terapêutica na consulta médica

nada mais é do que estabelecer uma parceria com o paciente, que permite uma melhor ligação entre médico e cliente, maior aderência ao tratamento e melhor aceitação dos procedimentos propostos (p. 275).

Paula (2003) entende a função terapêutica da consulta médica como uma forma de diálogo em que o médico toma em consideração não somente os sintomas, mas circunstâncias outras da vida da pessoa relevantes para o diagnóstico e que o ajudam a conhecer o seu paciente.

Em contato com esses trabalhos, dei-me conta de que o método psicanalítico operando na consulta ginecológica ou nos grupos GIFT poderia ser um potencializador da minha função terapêutica na relação e nos cuidados de minhas pacientes e colegas médicos.

Assim, quando uma paciente chega chorando, queixando-se que está sendo traída pelo marido, humilhada, e que, mesmo assim, não consegue achar forças para se separar, que ama-

odeia o marido, eu escuto, tomo em consideração seu descontentamento de intenções e discuto isso com ela. Procuro acompanhar suas saídas para o problema, se é que ela pensou em alguma, pondero, aguardo. Minha ação é muito mais a de partejar as idéias que venham a surgir, do que oferecer soluções mágicas sem nenhuma chance de efetividade. As pessoas são pressionadas a tomar decisões rápidas, é preciso considerar que, às vezes, elas precisam de tempo para isso. A solução deve partir da paciente e não das convicções do médico. Na euforia de buscar resolutividade, o médico pode se antecipar com conselhos e sugestões desnecessários. Também seria altamente desastroso e ofensivo apontar o aspecto masoquista dessa paciente. Pelo relato acima, o leitor pode apreender uma postura mais expectante do médico que pode vir a se transformar numa oportunidade de exercício da função terapêutica.

Penso que o médico pode “escutar”, deixar algum questionamento no ar, que possibilite à paciente pensar, ou como vulgarmente se diz, “colocar a pulga atrás da orelha”, instigar, provocar. A postura expectante ou interrogante, em vez de uma postura intrusiva pode ser de grande valia. Pequenos toques podem ser mais eficientes do que explicações eloqüentes e até o silêncio tem lugar, quando não se sabe o que fazer. Intervenções capazes de promover abalo identitário são promotoras da função terapêutica.

No próximo capítulo, tratarei da relação médico-paciente.

5 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E OS CAMPOS ...

*Penso na multidão dos sofredores,
Que uma benção tiveram do meu braço
Talvez algum repouso ao seu cansaço
Talvez ao seu deserto algumas flores ...*
Olavo Bilac

O presente capítulo será composto de três tópicos:

No primeiro, recuperamos da literatura uma interessante descrição de relação médico-paciente que serve como prerrogativa para a discussão das relações hierarquizadas e dos campos de poder que as sustentam.

No segundo, exploraremos a relação médico-paciente na consulta ginecológica, suas vicissitudes e particularidades.

No terceiro tópico, relatos de caso “em miniatura” irão construindo possíveis campos estruturadores das relações.

5.1 Um Percurso e Suas Encruzilhadas

Seguiu-se tudo dentro do esperado, como sempre acontece. Houve o habitual período na sala de espera, a atitude importante assumida pelo médico – ele conhecia bem aquele ar de dignidade profissional; ele próprio o adotava no Tribunal –, os exames e as perguntas que levavam a conclusões óbvias e obviamente desnecessárias e o olhar grave, que queria dizer: “Deixe tudo conosco e nós resolveremos as coisas, nós sabemos tudo do assunto e podemos resolvê-lo para você, como faríamos com qualquer outra pessoa”. O procedimento todo era igual ao dos Tribunais. Os ares que ele adotava no Tribunal em benefício do prisioneiro, o médico adotava agora em relação a ele.

O médico disse-lhe que este e aquele sintoma indicavam que isto ou aquilo iam mal com o paciente por dentro, mas se esse diagnóstico não fosse confirmado pelos exames clínicos disto ou daquilo, então chegaremos a esta ou aquela conclusão, então ... e assim por diante. Para Ivan Ilitch só importava saber uma coisa: o seu caso era sério ou não era? Mas o médico ignorou essa pergunta tão fora de propósito. Do ponto de vista do médico

tratava-se de um detalhe que não merecia ser levado em consideração: o problema realmente era avaliar todas as probabilidades e decidir entre um rim flutuante ou apêndice. Não era uma questão de Ivan Ilitch viver ou morrer, mas de decidir se era rim ou apêndice. E nesse caso o médico inclinava-se mais em favor do apêndice, com a ressalva de que a análise da urina poderia indicar uma pista totalmente nova e então toda a questão teria de ser reavaliada. Tudo isso era, em menor proporção, exatamente o que Ivan Ilitch fizera de modo tão brilhante mil vezes ao lidar com as pessoas no Tribunal. O médico concluiu tudo brilhantemente, olhando triunfante por sobre os óculos para o acusado. A partir da fala do médico, Ivan Ilitch concluiu que as coisas não estavam bem, mas que o médico e provavelmente para todas as outras pessoas isso não faria a menor diferença, enquanto que para ele era simplesmente terrível. E essa conclusão foi dolorosa, despertando-lhe um grande sentimento de autopiedade, e de amargura em relação ao médico que não se importava nem um pouco com uma questão tão importante.

Mas não disse nada, levantou, colocou o dinheiro da consulta em cima da mesa e falou com um suspiro: - “Nós, os doentes, sem dúvida fazemos muitas vezes perguntas inadequadas. Mas, diga-me, de modo geral, assim por cima, esses sintomas lhe parecem graves ou não?”

O médico olhou-o severamente por cima do monóculo, como se dissesse: “Pedimos ao réu que se atenha a responder o que lhe foi perguntado ou serei obrigado a fazer com que o retirem da sala”. – “Eu já lhe disse tudo que julgava necessário dizer – respondeu o médico -, os exames devem dar mais detalhes”. – E indicou-lhe a porta.

Ivan Ilitch saiu devagar, sentou-se desanimado no trenó e foi para casa. Durante todo o percurso repassava em sua mente as palavras do médico, tentando traduzir todas aquelas frases complicadas, obscuras, científicas, em linguagem normal, tentando encontrar nelas a resposta para a pergunta: “Estarei mal, realmente muito mal ou, afinal de contas, isso não é nada?” E tinha a impressão de que tudo o que o médico dissera era de que sim, ele estava realmente muito mal (TOLSTÓI, 2002, p. 50)¹⁷.

Esse relato, contido no livro “A morte de Ivan Ilitch”, de Tolstói (2002), é paradigmático da relação médico-paciente que pretendo ultrapassar. O leitor pode se assustar, pois, a pretensão parece grande ... mas, talvez seja preciso pensar grande para conseguir qualquer pequena mudança: recuperação da dignidade médica, vínculo de confiança entre médico e paciente, maior aderência do paciente ao tratamento prescrito.

O médico não consegue perceber, na consulta, a angústia do paciente frente a sua doença, tão preso se encontra no raciocínio lógico da Medicina. Transparece sua postura de

¹⁷ O presente texto configura uma valorização da postura de um profissional a qual será analisada por mim logo adiante. A extensão, embora considerada, tornou-se importante pela integralidade da citação.

dono da verdade e a universalização do procedimento geral da consulta, que não contempla a singularidade do paciente.

O relato também evidencia a escuta seletiva do médico, direcionada para a investigação dos órgãos acometidos - apêndice ou rim - ficando a pessoa de Ivan Ilitch reduzida à sua patologia. A postura pouco receptiva do médico estabelece uma forma peculiar de relação no limite entre o diálogo e o monólogo; o paciente sente-se tolhido e quase que constrangido de esclarecer suas dúvidas acabando por dialogar consigo mesmo.

A comparação entre os acontecimentos no consultório com a prática do Tribunal faz-nos pensar acerca da assimetria da relação médico-paciente. Ficam muito nítidas as relações de poder aí veiculadas, o médico na posição de juiz e o paciente, na de acusado. O diagnóstico proferido pelo médico poderá soar como uma sentença de vida ou morte. O texto também denuncia o jargão médico, muitas vezes incompreensível para o leigo.

Lembrei-me de uma paciente que me procurou após ter tido um aborto espontâneo. O médico que a acompanhava suspeitou que o quadro pudesse ser compatível com Mola Hidatiforme¹⁸, mas falhou nos esclarecimentos sobre a patologia. Ela estava apavorada porque ouvira o médico comentar algo com um estudante de Medicina a respeito de quimioterapia. Por si mesma deduziu que estava com câncer e que nunca mais poderia engravidar. Eu tratei logo de acalmá-la procurando explicar detalhadamente os sinais e sintomas da patologia e após feitos alguns exames, a saber: β -HCG e ultrassonografia, de lhe assegurar que aquele prognóstico obscuro que ela tão angustiadamente me apresentara logo de início, era fruto de suas fantasias ou do medo de algo que não se presentificava nos exames, mas que nem por isso, devem deixar de ser considerados.

Encontrei alguns trabalhos desenvolvidos pela Sociolinguística Interacional ou Interpretativa que tratam da assimetria de poder presente no encontro médico-paciente. Esta

¹⁸ Mola Hidatiforme é uma doença degenerativa do cito e do sinciciotrofoblasto, tecidos que formam a placenta.

disciplina ocupa-se da análise descritiva, interpretativa e explanatória do discurso. Esses estudos denotam a preocupação em estabelecer uma articulação entre os processos interativos e interpretativos do discurso e as relações de poder que estão na base desses processos.

Entre eles, Corrêa e Martine (1989) avaliam os determinantes sociais do discurso e seus efeitos na interação médico-paciente. Os autores afirmam que o poder veiculado nessa relação é tido como naturalizado e, portanto, aceito pelo “senso comum” e decorre do conhecimento limitado do paciente sobre questões médicas, da posição de fragilidade em que se encontra o paciente frente a sua doença e do controle que o médico tem sobre as informações pertinentes.

Através do discurso, o médico obtém dados de seu paciente que o levarão ao diagnóstico. Ambos, médico e paciente, reconhecem essa meta e já se dispõem na consulta com essa expectativa. O padrão pergunta/resposta da anamnese conduz a uma interação formalizada, no qual os interlocutores não têm, em geral, os mesmos direitos.

No estudo supracitado, os autores analisam o discurso de um médico pediatra com duas mães de pacientes de camadas sociais distintas. A análise deteve-se na distribuição formal dos turnos da fala (encadeamento que vai selecionar a próxima fala) e no domínio do tópico (quem dirige o assunto) – formas de controle discursivas dentro de uma situação médico-institucional. Eles perceberam que, com a mãe de nível sócio-econômico-cultural inferior, os silêncios eram maiores; menor era a iniciativa dela de retomar a fala e maior sua submissão à autoridade do médico. Quanto à outra mãe, a comunicação estabeleceu-se sem tanta discrepância, apesar de também ficar evidente uma hierarquia de poder. Também examinaram as limitações que problematizam os conceitos de cooperação e negociação, que culminam na reprodução de padrões específicos na consulta médica. A negociação da participação na conversa pelos interlocutores demanda criatividade, os pacientes podendo fazer interrupções ou tomar a fala após os silêncios. O silêncio maior ou menor introduzido pelo médico quando

escreve, e mesmo o registro escrito dos dados coletados, são fatores que contribuem para a assimetria de poder e para a criação de uma situação burocrática.

A linguagem técnica viola os princípios de cooperação na medida em que interfere no campo da inteligibilidade. O médico situa o paciente num lugar distante social e intelectualmente, negando-lhe o direito de se apropriar das informações concernentes.

No esquema institucional, o paciente não pode escolher o seu médico, nem trocá-lo caso não se sinta à vontade. Por conta da falta de opção, aumenta o seu grau de dependência à autoridade do médico. É o médico também que controla o tempo da consulta, restringindo e selecionando o que o paciente tem a dizer.

Numa tentativa de aplacar a assimetria de poder evidenciada na interação médico-paciente, Silveira (1989) descreve e interpreta as marcas lingüísticas ou não lingüísticas concernentes às estratégias de aproximação presentes no discurso do médico. O discurso médico é construído socialmente, já no curso de Medicina, e expressa consistentemente a autoridade e o poder do médico.

O médico pode romper com o “script” previsto para a consulta, introduzindo um tipo de texto menos formal, mais próximo do paciente. Essa mudança no rumo da conversa pode servir para aliviar a tensão emocional do encontro. O rompimento com a fala culta prevista para o médico, apesar de sinalizar também uma demonstração de poder, possibilita a anulação das diferenças discursivas.

Como estratégias de aproximação identificadas no discurso de um médico pediatra, a autora anteriormente referida, encontrou categorias gramaticais e textuais (diminutivo/aumentativo, adjetivos, formas de tratamento, mudança de tópico e estilo), associadas a fatores extralingüísticos. O uso de diminutivos e aumentativos confere afetividade, intimidade e familiaridade à fala médica; são muito eficazes na abordagem das crianças. Os adjetivos freqüentes nos elogios garantem um discurso mais familiar e solidário.

As formas de tratamento também endereçam proximidade e permitem “quebrar o gelo”. A mudança de tópico, enquanto gerenciada pelo médico, implica a demonstração de poder; em contrapartida, pode servir como abertura, pausa e relaxamento. Quanto à variação de estilo proporcionada pelo uso de termos informais ou o uso do “babytalk”¹⁹, ambos contribuem para uma atmosfera de envolvimento entre os participantes.

Todas essas estratégias citadas a autora acredita serem importantes para a aderência do paciente ao tratamento.

Impregnada pela leitura desses artigos, fiquei pensando nas determinações inconscientes embutidas no discurso médico que não são contempladas pela Sociolinguística interacional. Características de personalidade podem revelar-se num jeito mais brincalhão ou reservado do médico. A fala do profissional diante de um quadro mais grave pode trair-se, surgindo a preocupação, a piedade e até mesmo a insegurança de não saber o que fazer. O estado de espírito em que se encontra, no momento particular da consulta, pode influenciar uma acolhida maior ou menor em se tratando dos problemas do paciente. E assim por diante ...

Do ponto de vista da Psicanálise, partimos do princípio de que a fala não diz tudo o que queria dizer; junto com o assunto, veicula intenções secretas, escorrega nas entrelinhas, vacila, engana e até mesmo esquece. Isso tudo por conta desta outra lógica não racional que nos acompanha. Apesar da importância dos estudos da Sociolinguística Interacional, penso que há o risco das estratégias de aproximação se transformarem em caricatura. Por conta do emprego de categorias muito fixas, a apreensão da cadeia afetiva que faz a regência do discurso poderá ser perdida. Não resta dúvida que a utilização dessas categorias traz segurança para o pesquisador, mas deve se cuidar para que não se transforme numa escala. Uma pedagogia do discurso médico pode ter utilidade na interação médico-paciente, mas não

¹⁹ Linguagem que imita a fala de um bebê.

creio na efetividade de um discurso fechado, pronto, desvitalizado de emoções. Penso que o efeito produzido pelas palavras encontra-se no poder delas de afetar o coração.

A Medicina é mais receptiva ao enquadre classificatório, uma vez que se pauta na racionalidade e clareza. Chaui (1996) afirma que o conhecimento científico busca a objetividade (estruturas universais e necessárias), a quantificação (medidas, padrões), a homogeneidade (leis gerais), a generalização, a regularidade, a constância, a frequência, a normalidade dos fatos investigados. Mas ... o que se pode dizer do conhecimento do humano e do psíquico?

No exercício da prática médica, o profissional canaliza todos os seus sentidos para a apreensão do que é visível, do que é passível de comprovação. Seu objeto de investigação é o corpo doente, tendo como guia, um roteiro nosograficamente preestabelecido, que inclui a observação clínica, a anamnese, o exame físico e a solicitação de exames subsidiários. Percorrido esse trajeto, elabora-se o plano terapêutico e conduta. Objetiva-se uma precisão diagnóstica direcionada para uma terapêutica eficaz. E o ser humano, que lugar ocupa nesta ordem de apreensão da realidade? E o real específico de sua condição, onde será examinado?

Ao ouvir as queixas do paciente, o médico lista automaticamente, conforme sua importância, as informações que poderiam auxiliar na sua investigação.

Clavreul (1983 apud PRISZKULNIK, 2000, p. 158) enfatiza que: “do que é dito, o médico só retém o que ressoa no discurso médico”. Exemplifica que:

quando um paciente tem sua primeira dor precordial no dia da morte de um parente querido, essa data da morte só terá importância para fixar uma data, pois essa espécie de sofrimento não tem ressonância no discurso médico, ou seja, mesmo se o médico der importância a isso, ele não terá como operar com este dado na formulação do diagnóstico (objetivo e racional), quando muito pode fazê-lo ter palavras de consolo para seu paciente (CLAVREUL, 1983 apud PRISZKULNIK, 2000, p. 157).

Na minha opinião, tudo o que o paciente conta na consulta médica é significativo para a elaboração de um diagnóstico. Não bastam as informações inerentes ao biológico, é preciso

que o médico colete dados da história do paciente, sua disposição emocional, seus hábitos, sua rotina, suas crenças sobre saúde-doença, suas relações pessoais e, em especial, na consulta ginecológica, informações acerca de sua intimidade.

Na conversa, junto com as palavras, fluem emoções e sentimentos que podem ser capturados por um médico sensível e empático. O “olho no olho”, que pode ser até um “olho torto”, uma escuta diferenciada, elementos que causam surpresa, captados num eventual ato falho, num tom titubeante, na equivocidade, apesar de provocarem certo constrangimento na relação, apontam para uma outra ordem de sentido ou verdade contida nas palavras. São passíveis de serem tomados em consideração e podem trazer ressonância significativa na relação médico-paciente. A atenção, a demonstração de interesse, o acolhimento do médico, são imprescindíveis na oportunização de uma abertura para o diálogo. Se o médico não disponibiliza o seu tempo para ouvir o paciente, muitas informações relevantes poderão ser perdidas. Em contrapartida, se o paciente divaga demais, o médico até poderá fazer “o corte”, redirecionando o assunto, desde que o faça de maneira sutil e delicada. Percebo que existem também as pacientes reticentes, mais discretas, que não desejam expor nada de sua privacidade para o médico, e o profissional precisa estar ciente disso e respeitar a atitude da paciente.

Por trás das queixas orgânicas, não raro, a paciente carrega ferimentos na alma, decorrentes de experiências desastrosas, perdas sucessivas, frustrações acumuladas ao longo da vida. Essas terminam por adoecer o corpo. Se essa dimensão do sofrimento não puder ser compreendida pelo profissional como fazendo parte da existência humana, a medicalização poderá ser utilizada numa tentativa de amputação dessas experiências insuportáveis. Pode um antidepressivo reparar a morte de um filho? Não pode. O médico sim, pode ser solidário, oferecer consolo, ouvir as queixas, um desabafo, e quem sabe, orientar, sugerir ou ... interpretar.

Fédida (1988) escreve poeticamente no texto “Amor e Morte na transferência”:

o médico está constantemente na relação com o amor porque as doenças físicas em sua evolução se apresentam como paixões amorosas. O médico cuida de Eros doente. Terapia em grego é o cuidado exercido sobre Eros doente. O médico deve restabelecer o equilíbrio do corpo para que Eros doente pelo excesso de amor, seja liberado desse excesso pelo amor que lhe traz o médico. Amor de médico é amor justo: estabelece uma contrapartida, um novo equilíbrio com a parte doente de Eros (p. 28).

Com o texto, o autor deseja ressaltar a importância tanto da relação médico-paciente no processo de cura das enfermidades, quanto a função terapêutica do médico.

Freud (1989c) escreve que os médicos têm praticado o tratamento anímico desde épocas remotas e que essa modalidade remete ao esforço do médico de provocar no paciente condições anímicas propícias à cura. O autor enfatiza o poder mágico das palavras na arte de curar.

É que as palavras são o mediador mais importante da influência que um homem pretende exercer sobre o outro; as palavras são um bom meio de provocar modificações anímicas naquele a quem são dirigidas, e por isso já não soa enigmático afirmar que a magia das palavras pode eliminar os sintomas patológicos; sobretudo aqueles que se baseiam justamente nos estados psíquicos (FREUD, 1989c, p. 276).

O médico deve dispor de sua personalidade para angariar a confiança e a simpatia do seu paciente. Freud também recomenda que o médico intencionalmente crie condições, no sentido de influenciar o estado anímico de seu paciente, de modo a induzir uma resposta terapêutica. Ele esclarece que a hipnose e a sugestão e, depois, a psicanálise são caminhos possíveis para o restabelecimento do paciente.

Paula (2003) investiga em profundidade as regras que organizam o campo da relação médico-paciente. Num primeiro momento, ela entrevistou as pacientes logo após terem passado por uma consulta ginecológica em um Hospital-Escola, e, em seguida, o ginecologista que as atendeu. Para análise, ela considera os relatos individuais de duas pacientes e de dois médicos (duas consultas). O objetivo foi extrair as representações que

médicos e pacientes têm acerca da consulta médica e apreender os fatores que interferem no estabelecimento de uma boa relação médico-paciente.

Dentre essas regras, do ponto de vista dos médicos, ela aponta a rotina hospitalar que impõe um ritmo acelerado de atendimento e sujeita o médico a condições massacrantes de trabalho (excessivo contingente de pacientes, condições espaciais precárias, tempo curto para as consultas).

No contexto hospitalar acima referido, a paciente não pode escolher o seu médico, fica submetida à rotatividade de profissionais, não recebendo um seguimento adequado para o seu caso. O médico termina por não conhecer a paciente, sendo necessário recorrer ao prontuário para conseguir as informações pertinentes. O serviço público impõe que as pacientes se adaptem ao sistema, não sendo elas atendidas nas suas próprias necessidades. Cria-se uma relação instituição-paciente que confere ao atendimento características burocráticas. A setorização do Hospital em especialidades gera uma verdadeira peregrinação do paciente em busca de resolver o seu problema. A demora pelo atendimento médico e as complicações advindas do marasmo institucional geram insatisfação na cliente que termina por fazer do médico seu “bode expiatório”. Os conflitos daí decorrentes produzem o desgaste do dia a dia do médico que opta pelo desligamento ou pelo distanciamento emocional.

A despeito das influências nefastas da rotina hospitalar para o atendimento médico, a configuração assistência-ensino acaba por estimular a reciclagem e atualização científica do corpo clínico, fator de motivação para o médico. Depreendo a partir dessa rotina, a instauração de um campo de espera para a paciente (espera pela consulta, espera pelo médico, espera por vagas, espera pelos exames, espera pelo retorno). Também foi possível perceber que a motivação do profissional e o grau de satisfação no trabalho interferem no estabelecimento de uma relação médico-paciente mais próxima.

Outra regra evidenciada foi a escuta. A escuta é fundamental na consulta. Os médicos entrevistados criticaram o tempo curto disponível da consulta e a seletividade da atenção voltada para os sintomas. Mencionaram as questões médicas e não médicas a serem captadas, e, em algum momento, inevitavelmente, as últimas deverão ser tomadas em consideração. Para o bom andamento do encontro é importante que o médico tenha respeito, paciência e afeição pelo paciente, só assim é que se estabelece um vínculo de confiança.

A disponibilidade e o preparo psicológico do médico também entram na lista de regras e dizem respeito ao acolhimento do médico ao que o paciente tem a dizer e à capacidade dele de ouvir e falar com a paciente. Implica não ser intempestivo com os prognósticos, ser gentil e sutil com os esclarecimentos, ser verdadeiro nas respostas. Estas capacidades encerram uma disponibilidade interna de lidar com o sofrimento de modo a veicular esperança para o paciente. Um profissional, sujeito da pesquisa citada, afirma que o envolvimento pode se dar naqueles “[...] cinco minutos de consulta que você conversa olhando no olho da paciente”. Por que olhar só nos cinco minutos? E o resto da consulta?

Percebo, a partir do relato da autora supracitada, que os médicos sentem-se impelidos a oferecer uma resolutibilidade às queixas de seus pacientes. Essa tarefa nem sempre é possível, melhor talvez seja se conformar.

Em se tratando do relato obtido das pacientes, aparece o desejo delas de encontrar um médico mais receptivo, disponível, interessado, a meu ver, até mesmo meio paternalista. Penso mesmo que a relação médico-paciente muitas vezes estrutura-se dessa forma, o médico sente-se na obrigação de resolver os problemas trazidos pela paciente e de prescrever-lhe recomendações; a paciente fica na ilusão de que o médico deva ter a chave para suas inquietações e de que ele possa tomar decisões por ela no que diz respeito ao rumo de sua vida. As pacientes desejam ser conhecidas do médico, que ele saiba o seu nome e reconheça sua individualidade, anseiam por serem vistas enquanto pessoas e não enquanto sintomas.

Esperam que o profissional esteja bem preparado científica e psicologicamente. As pacientes compartilham com os médicos das críticas feitas à rotina hospitalar que dificulta o atendimento.

Em resumo, ponderamos a relação médico-paciente sob vários aspectos: da literatura, trouxemos um modelo a ser ultrapassado, da Sociolinguística Interacional, exploramos a relação de poder vigente, da Medicina, a exigência da racionalidade e objetividade e, finalmente, enumeramos algumas regras que interferem, direta ou indiretamente, nesta interação.

Na página subsequente, faremos um estudo da relação médico-paciente, na consulta ginecológica, para trazer à baila a inquietação inicial de tornar o consultório médico um espaço de escuta e intervenção.

5.2 A Relação Médico-Paciente na Consulta Ginecológica

O que pretende uma mulher quando procura o ginecologista?

A princípio, esta parece uma pergunta óbvia tendo em vista que a consulta ginecológica de rotina a cada seis ou doze meses já é uma prática preconizada e instituída. Mulher nenhuma que se preze, deseja se ver às voltas com um câncer de mama ou ginecológico.

Os processos biológicos inerentes ao corpo feminino como a menstruação, a gravidez, o parto, a amamentação e o climatério, direcionam a busca por um atendimento especializado. Ao consultar o ginecologista, algumas pacientes desejam atestar suas condições de saúde sexual e reprodutiva.

Enquanto especialidade que cuida dos órgãos sexuais, a Ginecologia atrai para si a função de responder por dúvidas ligadas à intimidade e sexualidade. Trata-se de um espaço de

confidências, de segredos, de exposição, ali se espera o acolhimento das transgressões, contaminações e pecados.

No entanto, a esse encontro entre o médico e a paciente comparecem não apenas as questões orgânicas. Não é infreqüente que, por conta de alguma angústia subjacente, a paciente compartilhe os dramas e tragédias de sua vida, um discurso de amor, ódio e sofrimento, nem sempre apreensível pelo profissional à sua frente. É um fato que tumultua a consulta que se pretendia circunscrita ao âmbito biológico.

Essas revelações talvez aconteçam em virtude do caráter sigiloso conferido à consulta médica e às relações transferenciais que se estabelecem naquele momento.

Em minha experiência, observo que muitas pacientes já chegam ao consultório com uma demanda emocional que, ao encontrar a receptividade do médico, cria um espaço para falar e se expressar.

Percebo, também, que o exame ginecológico, ao provocar o desnudamento, a exposição, e um certo constrangimento na mulher, parece criar uma condição facilitadora para esse acesso à linguagem das emoções. Ao se despir para o exame, primeiro instala-se um certo desconforto que faz com que a mulher reclame do exame ou da situação, fique presa na coisa do pudor, cubra o rosto ou vire a cabeça, na tentativa de evitar algo de uma outra ordem que parece querer emergir (Vulnerabilidade seria uma boa palavra para descrever a sensação do momento!). Aos poucos, apaziguada a experiência emocional, ela se submete ao exame e é nesse momento que, muitas vezes, começa a falar. Como se o ginecologista, ao examinar o interior do seu corpo, pudesse também examinar a sua alma.

E o que faz o médico então?

Ouve, interrompe, aconselha, fica sem saber o que fazer, age intuitivamente. Ele até pensa que poderia e deveria ajudar a paciente, mas não se sente preparado para tal, procura

ater-se ao estritamente orgânico, isso porque, ao longo de sua formação pessoal e profissional, não aprendeu a considerar essa outra instância que inclui as emoções e os sentimentos.

Não são raros os cortes, as mudanças de assunto, os encaminhamentos. Sem tempo ou disponibilidade para ouvir, às vezes o ginecologista tem pressa de recomendar o psicólogo, o sexólogo, ou o psiquiatra para as questões emocionais. O médico não sabe que às vezes, a paciente deseja apenas falar, sentir-se compreendida, acompanhada por alguém que ela acredita ser melhor conhecedor dos revezes humanos.

Na minha prática diária, quando a paciente adentra a sala, costumo ter sempre em mente as perguntas: Como e em que medida eu posso ajudar essa pessoa? O que essa pessoa tem a me dizer? O que espera de mim? A postura expectante, antes de pensar em qualquer eliminação de sintoma, já pode prometer um bom começo. Ao invés de saber “a priori”, investigar junto com a paciente as motivações que a trouxeram a esse encontro, pode resultar em maior conhecimento.

Com um pouco de paciência, é possível vislumbrar o modo de as pacientes funcionarem, sua maneira de estar no mundo e de se relacionarem com os outros. Com cautela e muita delicadeza, vou apreendendo as relações transferenciais²⁰ que se apresentam. Ora é uma paciente submissa, passiva, que espera que você faça tudo por ela, ora a exigente que já chega reclamando de todos os médicos por que passou, ostentando o aviso “cuidado comigo, meu nome é encrenca”. Também tem aquela poliqueixosa, coitadinha que se posiciona como vítima, à espera de alguém que a adote e cuide dela, ou a outra muito agradável, bajuladora, manipuladora que não perde a chance de levar vantagem.

²⁰ Transferência é empregado no texto com o sentido de: “repetição de protótipos infantis vividos com uma sensação de actualidade acentuada” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1970, p. 669).

Não podemos esquecer também que aliada à transferência, o exame daquilo que se constitui como contratransferência²¹ pode ser útil para a direção das intervenções do médico, até mesmo para medirmos nossas limitações em cada caso.

Todas essas percepções vão nos dando a justa medida para as nossas intervenções. Assim, para uma paciente que diz que médico nenhum resolveu o seu problema, eu posso dizer: “Bem, então é pouco provável que eu também consiga resolver. Será que não está em você resolver?” Nesse ponto fiquei pensando se a frase interrogativa seria mesmo necessária, uma vez que acreditamos que o efeito emocional do que acontece no “aqui-agora” é que tem potencialidade transformadora. Comparando com uma piada, quando é engraçada, provoca risos, mas se precisar de alguma explicação paralela, perde totalmente a graça.

Para aquela paciente que chega atirando farpas para todos os lados, em um estado beligerante, eu digo: “Calma que eu não sou de briga”. É evidente que não existe uma generalização de condutas, as circunstâncias é que dirigem o processo. Com a batata quente na mão, ... cada um se vira como pode.

A escuta na obliquidade, desatenta para os sentidos reificados nas palavras, possibilita o aparecimento do elemento surpresa que pode então ser tomado em consideração. A interpretação na consulta médica, no formato de pequenos toques, do apontamento das contradições e equívocos, ao poder resultar em ruptura de campo, pode produzir mudanças e fazer o sujeito caminhar no sentido da flexibilidade.

O momento de abalo identitário que leva à ruptura de campo é fugaz, mas eficiente para amarrar, comprometer, aproximar médico e paciente. Há, por assim dizer, a configuração de um pacto mais estreito em torno do tratamento, a relação ocupa um lugar enquanto promotora de saúde.

²¹ Contratransferência – “Conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e mais particularmente à transferência deste” (LAPLANCHE; PONTALIS 1970, p. 146).

Em síntese, a relação médico-paciente na consulta ginecológica pode tornar-se mais produtiva com as pequenas, porém efetivas, intervenções advindas do método psicanalítico.

O próximo passo desta dissertação será o relato de trechos de consultas ginecológicas, com o objetivo de exemplificar o método interpretativo por ruptura de campo em ação no consultório médico.

5.3 A Consulta Ginecológica: Os Campos ...

Quem não é um acaso na vida?

Clarice Lispector

Relatos de caso “em miniatura”

Passarei a contar alguns relatos de casos pinçados de consultas ginecológicas que despertaram o meu interesse em investigar o tema da relação médico-paciente. No momento do atendimento, a minha preocupação era escutar a paciente, atenta para as questões de ordem emocional, procurando suspender os sentidos rotineiros das palavras, para encontrar outros sentidos inaparentes. Tais sentidos às vezes adivinham, apenas em um momento posterior, mais freqüentemente, durante uma supervisão ou orientação supervisionante. Nestes momentos ou movimentos, parecia tornar-se possível um maior afastamento da circunstância na qual eu estivera submergida e com a escuta “equiflutuante” da supervisora/orientadora novos sentidos possíveis puderam ser erigidos. Estávamos à procura, por assim dizer, das rupturas de campo e de descobrir se a Psicanálise, atuando no consultório ginecológico, poderia estar contribuindo para uma abordagem mais satisfatória das pacientes. Tive o cuidado de omitir os nomes e qualquer característica que pudesse identificar as pacientes

nesse relato. Escrever na forma de narrativa pareceu-me propiciar a maior objetividade possível de tais experiências.

a) LUÍSA EM TEMPO DE CONTRASTE ...

Chega ao consultório de Ginecologia uma jovem casada há quatro anos com a queixa de dispareunia, ou seja, dor às relações sexuais. Conta que tal dor é muito freqüente, levando quase sempre à interrupção do ato sexual. Enfatiza que sente 90% de dor e só 10% de prazer. Eu vou conversando com ela, demonstro interesse, trato-a bem. Durante o exame ginecológico, ela não oferece nenhuma resistência, não se queixa de dor. Eu até pergunto se dói, quando, durante o toque, mobilizo o colo uterino. Ela nega.

Não deixo passar a oportunidade e comento: “Eu lhe tratei bem e você não sentiu dor alguma durante o meu exame. Penso que talvez você já tenha sido maltratada em outro momento, razão para se queixar de tanta dor”.

Ela fica em silêncio, meio encabulada, suspira, e me conta de abusos sexuais na infância, perpetrados pelo padrasto, e de sua agonia, quando, ao relatar à mãe, esta não lhe deu crédito. Disse que jamais mencionara a alguém o ocorrido.

Fiquei pensando, na época, que, depois da nossa conversa e da emergência de uma revelação que poderia ter produzido algum efeito ou não, ficasse menos obscuro para aquela moça a conexão de seu sintoma com o mal resolvido assunto de família! Caso ela pudesse pensar a respeito, talvez encontrasse uma outra forma, menos dolorosa de vivenciar o sexo.

TEMPOS DEPOIS ...

Luísa despertou em mim, logo no início da conversa, o zelo, a delicadeza, o cuidado. Apesar da experiência impactante que foi essa consulta, que, sem dúvida, mobilizou emocionalmente Luisa, para minha surpresa, ela não retornou nem para trazer o

resultado do exame de colpocitologia. Foi bem tratada e não voltou. Possivelmente se encontrasse no “**Campo da manutenção da dor**”. O contato comigo talvez pudesse vislumbrar mudanças, por hora, não desejadas. A médica atenciosa estava na contramão do padrasto que abusou dela, da mãe que duvidou, ou do marido que a machucava na relação sexual. Outra interpretação aventada foi que, para essa a paciente, o exame de toque estava destituído de qualquer conotação sexual. Quando, aponto que foi bem tratada no exame e não sentiu dor, talvez, o toque pode ter adquirido conotação erótica. Constrangida, a paciente não retornou para o acompanhamento.

b) ALICE DESCASCANDO A ABOBRINHA ... OPA! COSTUMA SER ABACAXI!

Esta paciente tem marcado consultas comigo a intervalos cada vez mais curtos desde a primeira consulta quando me dispus a ouvi-la. Tinha uma teoria de que todos os seus problemas decorriam da “menopausa”. Contou do marido que sofre de Depressão, está em tratamento, e de como ela fica sobrecarregada doméstica e financeiramente. Fizemos os exames apropriados que atestaram que, do ponto de vista hormonal, ela estava bem. Nem assim, ela ficou convencida. Poliqueixosa, insistia nos sintomas e eu acabei orientando-a a que procurasse psicoterapia. Noutro momento, encaminhei-a ao psiquiatra.

Ela não aderiu a nada do que foi proposto ou recomendado nas consultas, no entanto, continuava vindo ao consultório e isso me chamava a atenção. Expressava o tempo todo sua impotência diante da vida e um amargo ressentimento.

Houve um dia em que chegou referindo uma dor fortíssima na barriga, que quase a matou, mas que, no momento, já havia amainado. Queixou-se de estar fraca, cansada, com insônia. Disse que estava envelhecendo rápido demais, apresentando muitas rugas. Examinei-a e não detectei qualquer anormalidade, resultado já esperado. Quando, enfim,

sentamos, eu lhe disse: “Com tudo isso que você está sentindo, você acha mesmo que é o seu corpo que está doente?”.

Ela desabou, por assim dizer, e disse que gostaria de encontrar uma explicação orgânica para suas queixas. Não queria ficar doente da cabeça, tinha medo de enlouquecer. Comentei que, mesmo acreditando que não conseguiria encontrar ajuda em lugar algum, ela estava sempre me visitando e que, de fato, eu estava disposta a ajudá-la. Minha hipótese era de que, ao se ver obrigada a enfrentar as dificuldades cotidianas advindas da doença do marido, sua alternativa era adoecer. Parecia-me que ela entrava em competição com ele na doença, e ressentia-se por acreditar que ele tinha privilégios ao adoecer e ela não.

Noutra consulta, a paciente manifestou-se assim: “Eu estava com saudades da nossa conversa de abobrinha!”.

A exigência que uma paciente assim impõe ao médico, bem como a sensação de impotência e paralisação despertadas, fazem com que o profissional deseje livrar-se dela, razão para os encaminhamentos. Mas, afinal, acabei constatando que a “conversa de abobrinha” poderia carregar muitos sentidos que permitissem estar, de alguma forma, ajudando Alice.

TEMPOS DEPOIS ...

Alice é o tipo de paciente que “dá canseira” no médico. Regularmente, vem às consultas, poliqueixosa, reclamona, não segue as prescrições porque nunca pode nada, nenhum tratamento é efetivo. Eu até tentei me desvencilhar dela com os encaminhamentos, mas não houve jeito. Ela insistia na “menos-pausa” (por isso me visitava tanto). Em consequência da doença do marido, sua vida sexual deveria ser

precária. Talvez por isso se sentisse desvitalizada, cheia de dores e de rugas²². Encontrei-a por acaso outro dia na rua; ela apressou-se em me dizer que não estava podendo pagar o convênio, mas que, quando tivesse dinheiro marcaria uma consulta no meu consultório particular e, ainda, pediu desconto no preço da consulta. Alice frequenta o **“Campo da menos-pausa e da sanguessuga”**.

c) DAIANE DE MARCHA A RÉ COM OU SEM BREQUE

Daiane, nos seus 23 anos, veio para a consulta ginecológica e trouxe um papelzinho com anotações sobre suas queixas. Contou que era virgem e que apresentava um corrimento com odor muito desagradável; segundo ela, chegava a enjoar com o mau cheiro. Portava um diagnóstico ultrassonográfico de ovários micropolicísticos e fazia uso de anticoncepcional para regular o ciclo menstrual. Também informou que tinha Fibromialgia. Eu lhe perguntei: “Como assim, Fibromialgia”?

Respondeu que sentia dores no corpo todo, até no fio de cabelo. Disse que, quando era mais jovem, os médicos lhe diziam que era dor de crescimento. Nesse ponto, comete um ato falho, ia dizer que cresceu, mas fala: “não cresci”. Eu repito meio interrogativamente: “Não cresceu?”.

Ela prontamente responde: “Não, não, cresci, mas a dor não sumiu”.

Dizia ser muito ansiosa – “Já nasci com ansiedade”. Já havia desistido de um curso na Universidade e estava terminando um segundo, mas assegurou que não sabia se era isso o que queria. Seu discurso foi marcado o tempo todo por sentenças adversativas, tinha sempre um “mas” presente, contrapondo uma idéia que pudesse estar avançando. Havia tentado terapia, **mas** desistiu. Em determinado momento, eu intervenho: “Você já falou

²² Ela reclama das rugas e está sempre envolvida em rugas –contendas.

muito nessa coisa de desistir, sabia que ovário policístico é a doença da desistência? O folículo cresce e desiste, vira cisto. Já Fibromialgia é a doença da impotência”.

No decorrer do exame, continuamos conversando, perguntei se já tivera algum relacionamento, ela negou num tom desesperançoso que despertou em mim uma fala mais impositiva, até mais vigilante: “Olha a desistência!”. Respondeu: “Eu sou a própria. Na minha casa, meu apelido é ‘fogo de palha’ ”.

Ficara um incômodo: Como fazer alguém crescer, movimentar, caminhar para frente e não para trás?

TEMPOS DEPOIS ...

Daiane é virgem, mas também é fogo de palha, fogo que apaga logo. Por outro lado, fogo na palha pode transformar-se em incêndio. Se Daiane crescer, vai ter que se deparar com sua sexualidade, talvez por isso tantas desistências no meio do caminho, a presença de tantos “mas” nas frases; seus sintomas tomam a forma do seu desejo. Daiane despertara em mim uma atitude vigilante: “Olha a desistência!”, entre outros exemplos. O **Campo** aqui estruturado é o do **“fogo de palha ou fogo na palha”**.

d) LÍLIAN PECADORA

Lílian procurou-me para dar seguimento a um tratamento de infecção genital por vírus HPV²³, realizado por um outro médico, que, por sinal, houvera optado por uma conduta mais agressiva. Apesar de ser casada, perguntou-me se corria o risco de transmitir a doença para outros parceiros, caso não usasse preservativo. Suspeitei que seu casamento pudesse não andar bem ou que possuísse um amante, mas não perguntei. Ofereci-lhe um espaço para a confissão, sem que me tivesse dado conta disso. Ela contou da mãe depressiva, de sua própria depressão, de um tio que ficara louco. Quando voltou ao

²³ Papiloma vírus causador de uma doença sexualmente transmissível conhecida como Condilomatose.

consultório para me trazer o resultado dos exames, confirmou que tinha um amante e, depois de um clima de suspense, confessou que o amante era um padre. Percebi que estávamos enredadas num clima de suspense, pecado e absolvição. Foi me contando aos poucos, que se casara grávida, que, já na infância, sentia-se atraída pelos amigos mais velhos do pai, que se envolvera com um cunhado, que seduzira o padre, que era assediada pelo marido de sua melhor amiga, enfim ... Chamei-lhe a atenção para seu “desejo torto”, seu funcionamento sedutor, do quanto sentia prazer em correr riscos. Suas consultas continuaram freqüentes, até que ela se mudou de cidade. Nas consultas, chegava contando algum fato pecaminoso e, depois, praticamente exigia que eu a examinasse para garantir que não ficaram marcas do pecado. Hoje, acredito que ela determinou no colega uma ação mais radical para a sua doença, tamanha era a insistência junto ao médico para que investigasse o seu corpo.

TEMPOS DEPOIS ...

Lílian coloca-se no mundo como Lolita, toda sedutora, disposta a pecar. Guardava segredos a sete chaves, só os revelava no confessionário. Seu desejo “torto” a levou a se envolver com um padre. Ela também me carregava para o confessionário, tornava-me sua confidente e me fazia examinar seu corpo à procura das máculas dos pecados. Ela corria riscos, expunha-se e acabou conseguindo uma doença sexualmente transmissível. Transita pelo **“Campo da sedução, da confissão” ou “Campo do pecado”**.

e) CARMEM, A COBRA E A CONFUSÃO

Carmem chegou ao consultório trazendo exames solicitados em consulta realizada há três ou quatro meses. Naquela ocasião, havia me contado que flagrara o marido com outra. Eu lhe tinha prescrito um ansiolítico que ela se negou a tomar. Perguntei como estava sua vida e ela respondeu que para ele estava tudo ótimo, em contrapartida, ela não

conseguia esquecer a traição. Optara por continuar casada, contudo, repleta de ressentimentos, empenhava-se em humilhar o culpado: “Não tenho freio na língua”, dizia ela. O marido atendeu a todas as suas exigências, respeitou suas condições, ainda assim, não foi suficiente.

Enquanto ela narrava os fatos, inflamava-se, sua fúria transbordava, chamava a isso: “orgulho ferido”. Torturava o marido e torturava-se, tentando arrancar dele detalhes da traição. A amante também era alvo de seus ataques, professava ameaças contra ela e vigiava os seus passos. Eu disse que ela era durona de agüentar tudo aquilo sem terapia e sem Lexotan. Ela comentou: “a minha filha é que foi para a terapia”. Eu estranhei e ela me contou que a garota estava rebelde, revoltada com ela. “Antes minha filha era doce, agora está mudada, irreverente, quer pôr tatuagem, pierceing, queria ir para uma festa com um monte de garotos. Pode uma coisa dessas? O quarto dela está uma bagunça, ela não quer saber de fazer nada. Eu não fui acostumada com isso, você pensa que eu respondia aos meus pais? Eu não admito desrespeito, ainda mais agora que eu não estou bem”.

Eu disse: “É, a vidinha dela está bagunçada como a da mãe”.

Carmem rebate: “Eu achei melhor enviá-la à psicóloga. Era para ela ir uma vez por semana, mas a psicóloga achou melhor duas. Como a gente está passando por dificuldades financeiras, numa semana ela vai uma, na outra, duas”.

Eu intervenho: “E você fica sem nenhuma!?”. Algo aconteceu no campo, quando me dei conta, ela havia introduzido um elemento completamente estranho: passou a falar sobre cobras. Eu recuperei a atenção e comentei: “É, a cobra está solta”. Ela olhou para mim surpresa e disse: “Está solta e é venenosa”. Eu remendo: “E como vamos fazer pra conseguir um antídoto? A maior vítima do veneno é você”. Ela passou a falar de religião, de encontro de casais, de visita ao “sex shop”, de streaptease, até que retomou novamente a raiva. Na saída, ela desarvorada, me pediu desculpas.

TEMPOS DEPOIS ...

Carmen é durona, estava acostumada a controlar o marido e a filha até que eles se rebelaram; ele arrumou uma amante e a filha tornou-se adolescente. Não aceitava a traição, muito menos, ser desafiada. Declarou guerra aos opositores, ambos merecem punição. Não suportava a idéia de perder, de ficar “sem nenhuma”. Tanto é, que quando eu provoquei, que poderia estar em desvantagem em relação à filha que estava fazendo terapia uma ou duas vezes por semana, e ela estava “sem nenhuma”, o campo se rompe e aparece uma cobra venenosa. Já no início da consulta, ela assinalava esse seu aspecto, quando eu perguntei como ela estava e ela, colérica, respondeu que a vida do marido estava indo bem, enquanto a sua própria, não. Este atrito provocado pela minha intervenção pareceu romper o campo da cobra venenosa, da mulher fálica, ambígua, enredada por sua própria armadilha. Algo de confusional se estabeleceu talvez no intuito de recuperar o solo identitário perdido. Estávamos no **“Campo da cobra e do veneno”**.

Bom seria se, neste final, eu reunisse tais narrativas e fizesse delas premissa para uma conclusão. Não o fiz, deliberadamente, por entender que se tratam de interpretações particulares de situações específicas.

O método em operação desvela algo que logo vai ser esquecido novamente. Cria um “incômodo salutar”, mas não oferece mudanças essencialmente adaptativas. Põe as pacientes e os médicos em alvoroço ..., os médicos ... Oh! Ai de mim! Quem diz que sois a esfinge? Acabei por perambular por tantos caminhos! Os efeitos de tal método fizeram-me buscar uma maneira mais criativa para o atendimento de minhas pacientes, fizeram-me enredar num mestrado em Psicologia Aplicada, na área da Intersubjetividade, tocar violão e cantar! Fiquei mais leve! Os e-(feitos)!

No próximo capítulo, o médico será o protagonista central do drama que ele mesmo enseja sem disso se dar conta.

6 DOUTOR, TEM CURA? DOUTOR TEM CURA?

*Estar cheio de vida é respirar profundamente,
mover-se livremente e sentir com intensidade.*

Alexandre Lowen

No primeiro tópico, serão resgatados alguns apontamentos de colegas ginecologistas colhidos a partir de conversas informais num Congresso de Ginecologia.

No segundo tópico, apresentaremos o relato obtido a partir dos grupos GIFT.

6.1 Nos Bastidores dos Consultórios ... Bate - Papo entre Colegas ...

O material apresentado abaixo suscitou muitas perguntas e serviu de inspiração para tomarmos os médicos ginecologistas como sujeitos nos grupos GIFT.

- Uma médica conta que recebeu um casal referindo queixas sexuais. Conversaram durante um hora e trinta minutos. No final, pensou: “Ah! Isso não é pra mim!”.

Para mim, enquanto pesquisadora, ficaram algumas perguntas: Por que escutou tanto tempo? O que escutou? Não é para ela, por quê?

- Num diálogo meu com duas colegas aparece o assunto: Questões emocionais na consulta ginecológica. Uma delas comenta: “Eu não tenho paciência. Não dou para isso. Eu encaminho”. A outra enfatiza: “Eu converso um pouco. Eu até deveria comprar uns livros, mas ... depois eu encaminho”.

Novas perguntas vão surgindo: De onde vem a indisponibilidade de “conversar” da primeira? Será que advém de aspectos de sua personalidade ou por contribuição da formação médica que negligencia a instância afetivo-emocional? Quanto à segunda: Por

que ela pensa que, recorrendo aos livros, conseguirá melhor compreensão de suas pacientes? Interessante também é a questão do encaminhamento. Quando, como, por que e para quem o médico encaminha estes casos?

- Uma profissional após ouvir críticas sobre determinado medicamento rebate: “- Se não melhoram os sintomas, se funciona como placebo, a gente precisa então é conversar com nossas pacientes. E aí, o pessoal [referindo-se aos colegas médicos] fala que eu sou uma boba”.

Ela fala como se a tarefa de “conversar” com o paciente fosse um desprestígio.

- Outro colega menciona que, há muito tempo, atende pacientes graves, mas que sua maneira de lidar com os seus pacientes mudou completamente quando alguém adoeceu na família, quando o seu pai teve câncer.

Será que é preciso viver na carne o sofrimento para poder acolher o sofrimento do outro?

- Um colega envolvido com ensino relata que questiona os estudantes sobre que tipo de médico querem ser. - “Seria como um mambembe? Se entra uma paciente séria, você fica sério, se entra uma paciente sedutora, você vira o doutor gostosão, se entra uma paciente extrovertida, você vira palhaço. Não, você tem que descobrir o seu jeito”.

Parece que este médico acredita ser necessário algo diferente do re-vestimento a que é submetido a cada demanda de paciente.

Estes registros revelam dificuldades que os profissionais da Medicina experimentam nas suas atividades e que, muitas vezes, deveriam ser encarados como rico manancial de reflexões a respeito de posturas psico-metodológicas que poderiam esclarecer e qualificar o mais nobre dos momentos da vida de um médico: o do contato com o paciente.

6.2 Relato dos Grupos (GIFT) e Discussão

Foram realizados três grupos GIFT, cuja dinâmica, passo a considerar:

Primeiro grupo

Para o primeiro grupo, após receberem o convite, algumas perguntas dos ginecologistas se destacaram: “Quantas reuniões você pretende fazer?”, “Qual será o tempo de duração do grupo?”. As perguntas pelo tempo cronológico pareciam veicular o quanto de disponibilidade interna de cada um seria despendida naquele encontro e o que poderia ser mobilizado. Também apareceram comentários do tipo: “Vai ter muito choro.”, “Nós estávamos precisando disso.”, talvez prenunciando que o grupo pudesse ter uma função terapêutica.

Foram convidados 14 participantes dos quais compareceram 9. Alguns que não compareceram telefonaram justificando a falta por motivos ligados à profissão: reunião no hospital, cesariana de urgência, viagem para São Paulo por conta de Mestrado.

“Os médicas²⁴”, todas mulheres à exceção de um, chegaram pouco a pouco. A primeira (S1), a mais jovem e com menos tempo de profissão, chegou no horário ou alguns minutos antes. Entrou meio ressabiada, quase se desculpando por estar no horário, ela discorreu a respeito de suas atividades profissionais atuais e revelou o gosto pela área cirúrgica. Por algumas vezes ela repetiu: “Eu ainda tenho fôlego”.

À medida que vão chegando, cada integrante lamenta-se pelo atraso, alegando que “estava com paciente”. Ninguém aparentava tranquilidade, estavam todos esbaforidos. Dessa apreensão surgiu mais tarde a compreensão de que quem tem paciente, quem se atrasa por estar com paciente, expressa ter sucesso profissional. Quanto maior o número de pacientes, maior o sufoco, e portanto, garantia de sucesso. É necessário perder o fôlego para obter esse

²⁴ O artigo foi propositalmente empregado na forma masculina para enfatizar a postura masculinizada que aparece no comportamento das médicas.

reconhecimento. Essa percepção vem de encontro à noção de Princípio do Absurdo (HERRMANN, 1999b) proposta pela Teoria dos Campos: “Não desejamos o que queremos nem tampouco ficamos muito satisfeitos de encontrar o que desejamos” (p. 12). Uma vez realizado todo desejo mostra-se profundamente indesejável ou, para dizer em outras palavras, quando algo atinge o seu limite e o ultrapassa, imediatamente revela o seu contrário.

Segundo o autor acima referido, a loucura do nosso mundo é simplesmente o resultado direto de como o construímos. O cotidiano tenta esconder o que a loucura faz questão de mostrar. A desmedida é parenta do êxito profissional. Ao ingressar no mercado de trabalho, o médico trabalha exaustivamente para adquirir uma clientela e reconhecimento, quando finalmente isso acontece, torna-se prisioneiro de sua roda-vida, muitas vezes encontrando a sobrecarga, a exaustão e a depressão.

A médica S2 trouxe-me um livro intitulado: “O Branco e a Rosa”, produzido e distribuído por um grande laboratório farmacêutico, cujo propósito era refletir sobre a relação do ginecologista com sua paciente. A primeira coisa que me chamou a atenção foi o fato de ser um livro sem autoria, ou melhor, foi redigido segundo se depreende, a partir de informações coletadas junto às pacientes através de entrevistas individuais com a equipe de pesquisadores (cerca de 500 entrevistas) e grupos de discussão conduzidos por psicólogos (8 grupos de discussão), num projeto encaminhado por uma agência de marketing. O objetivo, segundo consta na introdução, era fazer do livro um instrumento de informação para ajudar o médico na sua prática diária. Acontece que o ginecologista, muito pouco participa desse empreendimento, talvez num único grupo de discussão. Sendo assim, a reflexão acerca da relação médico-paciente restringe-se à opinião das pacientes, àquilo que consideram o atendimento ideal. Pensar uma relação tão complexa como essa sob o prisma de opiniões unilaterais, incorre-se no risco de pensar o assunto sob a égide moral, valorativa, num julgamento de certo ou errado. Quando uma empresa de marketing expropria o lugar de um

autor e propaga um livro a ser consumido pela classe médica, ficamos pensando que essa ação encobre intenções mercadológicas ocultas. A função do médico parece ficar sobredeterminada pelo marketing, o profissional é expropriado de sua práxis cotidiana e de seu corpo de saber. O marketing encapsula a função do médico que passa a ser a etiqueta. O laboratório lhe dá a “dica” ou a griffe.

Herrmann (1997) alerta que, em vez da inconseqüência provisória do pensamento que poderia abrir caminhos para a criatividade do pensar, pensamos o mundo via opiniões. Ao emitir uma opinião, eu saio do mundo e acabo expressando alguma ideologia propagada pela mídia. Nesse aspecto, o referido livro figura como uma cartilha para o médico com sugestões de como lidar com sua paciente, não só no que diz respeito ao contato interpessoal, mas principalmente no plano das aparências, que tanto é valorizado hoje em dia: a decoração do consultório, a secretária, a maneira de se vestir, etc.

Não acredito que o marketing pessoal do médico possa ser erigido a partir das recomendações propostas caso não haja um mínimo de contato e de troca emocional entre médico e paciente.

O título do livro: “O Branco e a Rosa” inspira-nos a pensar. Branco é o médico; Rosa, a paciente. No entanto, a rosa estampada na capa é branca. Será que o médico excluído não veio parar aí, nesta imagem pictórica para ser tomado em consideração? A situação do médico é delicada, tendo que se ater às prescrições da indústria farmacêutica, tendo que se submeter à demanda das pacientes e dos serviços de saúde, às condições desgastantes de trabalho, com pouco espaço para analisar suas dificuldades pessoais e profissionais. Os médicos estão clamando e reclamando por um espaço de re-conhecimento daquilo que lhes foi tirado, seqüestrado: seu corpo, seus afetos, seu saber.

A conversa circulou informal e alguns participantes pareciam desconfortáveis com a sensação de improdutividade. Em alguns olhares transparecia a ansiedade, como se dissessem:

“Quando é que essa reunião vai começar?”. O modelo biomédico demanda do profissional a organização, um jeito maquínico de funcionar onde cabe a aceleração, não a ociosidade.

Respeitando o princípio de deixar surgir para tomar em consideração, aguardávamos, as duas observadoras e eu. Íamos nos deixando enredar pelos assuntos com cuidadoso zelo para não tomá-los um a um como se fossem assuntos distintos.

A princípio, a conversa girou em torno de uma médica do grupo (S7) que está sendo processada por uma paciente que era “muito sua amiga”; a própria médica a tinha em conta como amiga. O parto havia sido normal, mas deixou seqüelas graves para o recém-nascido. A paciente “doída-doida” pleiteou na justiça uma gorda indenização pelo filho “seqüelado”. Adjetivo-a “doída-doida”, primeiro porque nitidamente evidenciamos a sua dificuldade de aceitação da situação dramática de seu filho, já o “doida”, correu por conta dos colegas médicos tendo em vista seu comportamento desvairado no momento do segundo parto, a seguir relatado.

A médica acusada (S7) mostra-se desgastada, “no seu limite”, arrasada. A sobrecarga permeia o seu discurso. O grupo todo lhe é solidário.

A paciente em questão, recentemente deu a luz a um segundo filho. A médica que a acompanhou no parto também se encontra no grupo (S2) e relata como a paciente tentou reproduzir a experiência dolorosa do parto anterior, optando novamente por via vaginal, fazendo-a ler e assinar um relatório explicitando regras para parto normal. Conta que a paciente fez um curso de capacitação em parto normal e assumiu uma postura de desafio em relação a ela. A paciente insistiu em ficar na posição de cócoras, não fez restrição alimentar, queria que o parto se realizasse no quarto do hospital e não no Centro Obstétrico, contou com a presença de uma acompanhante psicóloga; tais condutas assustaram a médica (S2). A paciente acabou mobilizando toda a equipe que a acompanhava: obstetra, pediatra e psicóloga

e, nas proximidades do parto, entrou em pânico. Possivelmente, com essa atitude quisesse isentar-se de alguma culpa advinda do nascimento do bebê comprometido.

Em dado momento, eu, estupefata comento meio interrogativamente que não sei como que a segunda médica (S2) agüentou. Ela (S2) diz: “não sei se é porque eu estava passando por uma crise de relacionamento brava ... mas, tentei ir acompanhando ... ir vendo como as coisas iam ficar” e afirma: “[...] a gente não sofre no dia. O dia, a gente não sofre ou, o dia é que a gente tem que sofrer”.

A atenção para com a equivocidade das palavras suspende a escuta aqui para lembrar o ditado popular que reza que a gente não deve sofrer de véspera, deve-se deixar para sofrer na hora ou no dia. Com o médico, a situação é diferente, na hora ele não pode sofrer, precisa ficar sintonizado com a instância biológica do paciente.

As duas médicas em questão (S7 e S2), vamos descobrindo, são muito parecidas na sua prática, engendram-se numa relação muito próxima e generosa com suas pacientes, correndo o risco da perda de parâmetros ou limites. Por que tanta complacência? Corajosas ... ou pouco cautelosas? Sem ter o crivo de juízo, essas perguntas suscitam o nosso pensar.

S2 conta que a paciente adora S7. Como é que fica isso? Adora e processa? A queixa maior da paciente deve-se ao fato de a médica (S7) ter omitido a gravidade do comprometimento da criança. Teria sido intencional ou uma negação defensiva?

O encontro de ambas (S7 e S2) gera, no início do grupo, certa tensão, uma persecutoriedade na primeira (S7) como se justificasse: “Eu não procedi errado, não sou culpada” e a segunda (S2): “Eu assumi esta paciente mas, continuo do seu lado como colega”. Reconciliam-se por terem passado por grandes dificuldades com essa paciente.

Ao término da reunião, S7 anuncia: “já fiquei ..., tô ficando descolada”. Esta fala soou como se tivesse a intenção de dizer “escolada”. Será que aqui sua fala já não é um prenúncio

da compreensão de que é importante descolar das pacientes? Colar, fazer amizade, aproximar-se demais, implica sofrer alguma consequência.

Esse caso ilustra as dificuldades infringidas ao médico quando aspectos de ordem emocional ou psicopatológica do paciente vêm à tona, podendo pegá-lo despreparado ou desprevenido.

Fiquei pensando no estado de apreensão crônica em que fica o médico na sua prática, susceptível de ser processado a qualquer momento quando algum resultado não corre como o esperado. Uma boa relação médico-paciente nem sempre é suficiente para manter um clima harmônico no momento do desastre. Não tendo às vezes a quem culpar pelo seu infortúnio, o paciente e sua família se dirigem à pessoa do médico, despejando toda a sua frustração e raiva. É o médico que está na linha de frente, ele encarna o inimigo, “o testa de ferro” e sofrerá as consequências. Se o médico não estiver seguro de ter agido da melhor maneira possível, se não compreender essa dinâmica emocional (que faz parte de qualquer relação humana), poderá submeter-se a um clima de persecutoriedade e culpa que compromete sua capacidade de pensar e trabalhar.

Retomando o grupo, a médica (S3) afirma que, quando o médico está com problemas pessoais, sucede-se o comprometimento da relação médico-paciente. Presta um depoimento de suas próprias dificuldades num processo complicado de separação: “Quando eu estava atendendo e a paciente vinha falar que não estava com vontade de ter relação sexual com o marido, eu tinha vontade de esganá-la. Foi uma época muito difícil, cheia de reclamações das pacientes!”. S8 também relata que, quando o marido apresentou doença grave, queria estar em casa e não no consultório.

A conversa gira em torno de honorários médicos, da pressão angustiante a que o médico vive submetido e da dificuldade das médicas de conciliarem seus papéis de profissional, mãe, esposa, dona de casa, etc... A fala de uma integrante do grupo (S6) documenta esse momento:

“Eu acho que o médico deveria ter 3 supra-renal ou 4 né! Porque a adrenalina vai aumentando, o horário tá ali agendado, agenda é agenda. A gente vive sob uma pressão de relógio, né?”.

Diante de tanta reclamação, o varão ali presente (S9) mais parecia um peixe fora d’água, desentendido ou, quem sabe, constrangido, na posição de “bendito é o fruto entre as mulheres” ou na função de “ter que colocar ordem no galinheiro”, como muitas a ele se referiam. Uma colega (S7) apazígua: “Você está vendo mulheres à beira de um ataque de nervos”. Ele (S9) menciona o nome de Almodóvar. Por falar nisso, parece que questões de gênero estão prontas a emergir, sugerindo que a profissão médica exige uma postura masculinizada da mulher, inclusive da ginecologista. Isso transparece na minha fala: “Quero olhar para o médico” (na ocasião éramos só mulheres) e na fala corriqueira: “Ela opera como homem”, com o sentido de que opera bem.

O diálogo segue tratando das exigências que a profissão médica demanda: estudo, dedicação, doação, muito mais do que em qualquer outra área. Ao sair da escola, a pessoa pode estar capacitada, mas não tem experiência de vida. A cobrança é real uma vez que se trata do jogo entre a vida e a morte. No entanto, uma espécie de autoritarismo prescreve a maneira “à força”, impositiva, que domina a formação médica. Algumas falas denunciam a passividade e a impotência do médico frente ao megamodelo biomédico: “Ninguém é de ferro!”, (Perdoe o leitor, mas tenho que retrucar: É de ferro sim, é máquina, é duro, põe no piloto automático, crê-se super-herói, agüenta mais do que pode ...), “[...] mas eles [a universidade] não ensinam que você é gente, que você é limitado, que você vai trabalhar com pessoas de trocentas capacidades e níveis.”, “Você tem que estar com o negócio na ponta da língua.”, “O médico não se dá o direito de errar. Ele não se dá o direito de não saber, né?”.

Encontramos, no texto de Herrmann (1997) “O mundo em que vivemos”, alento para essa problemática. Segundo ele, somos formados num processo autoritário que impõe sentidos

fixos a todos, que exige obediência à ordem dominante. Somos catequizados para funcionar conforme um modelo padrão que dita as regras a serem seguidas. O processo autoritário garante-se no discurso, nas práticas, no campo veritativo. À medida que toda ação concreta requer apegar-se a alguma verdade, uma idéia recebe o status de verdade conveniente e torna-se fato.

Surge um dilema no grupo: O médico deve assumir uma postura mais humana junto ao seu paciente ou deve manter um distanciamento eficaz que lhe confira uma postura técnica, neutra e objetiva? Impasse.

O médico (S9) acredita na importância da imagem idealizada do médico para sustentar a crença do paciente de poder ser ajudado: “ele [o médico] é dotado de poderes baseados na técnica, mas que trás uma aura [...] o paciente também vê você como uma coisa diferente”. Ele também assente que o médico não deve deixar transparecer para o paciente as suas fraquezas: “eu não sei se eu admitiria como ela colocou: ‘Não, eu vou estudar o seu caso’. Eu diria: - a gente tem que aguardar o resultado, ou – você vai usar esse remédio aqui, depois ia lá escondidinho e lia. Eu não sei se eu talvez desmascarasse esse lado que a gente tem de ..., de lado falho humano, demonstrando para o paciente que você é humano ..., demonstrando para o paciente assim uma quebra ali, como se fosse uma ranhura, uma fraqueza, às vezes é inevitável, mas, se eu puder evitar”.

Em seqüência, levanta-se a questão se o médico deve saber a priori ou se deve investigar; uma postura dogmática versus uma postura interrogante.

O assunto recai para o problema da confiança. Todos concordam que dela depende boa parte da eficácia do tratamento, mas parece que a credibilidade no médico diminuiu, a parafernália tecnológica envolvida no diagnóstico tomou o seu lugar.

O tempo da consulta médica ganha o centro da discussão. Duas correntes emergem: quem disponibiliza o tempo e quem não o faz. Uma das médicas (S7) justifica sua demora

baseada no “seu jeito”, ela gosta de conversar. “Eu cheguei à conclusão que eu sou assim. O dia que eu corro, pra mim é ruim, eu fico mal. [...] Eu não sei explicar, eu sou demorada pra isso. Sabe, às vezes eu tenho um devaneio, um deslize, por exemplo, às vezes ela faz um comentário: - Eu vim aqui porque eu sou colega do seu irmão lá ... – Ah! É mesmo? Pois é, você ficou sabendo que ele casou? Quer dizer, eu sempre dou essa conversadinha ... e isso é coisa minha. Às vezes a culpa não é da paciente. [...] Eu tenho uma dificuldade de corte muito grande ... Eu tenho dificuldade de cortar o paciente, eu tenho dificuldade de cortar a irmã que chega lá vomitando problema na minha cabeça. Eu tenho dificuldade de cortar ... tudo!”, “Não é só a paciente que chega e começa a falar, não. Eu também gosto de falar, eu também gosto ... eu também gosto ... de ... sabe ..., de dar um entremeio assim na conversa”.

Opa! Surpresa! A consulta não se presta apenas a ser espaço de escuta do paciente, serve também, como descarga de ansiedade do médico.

Outra médica (S2) que também demora no atendimento reflete uma postura muito exigente consigo mesma e muito complacente para com a paciente: “Fico sem comer por causa de paciente, o dia inteirinho.”, “Paciente que vai comigo, eu tenho obrigação.”, “Mas aquela paciente, tudo o que ela precisar falar, ela vai falar naquela consulta. Eu não importo. Eu prefiro cortar o resto.”. Para essa profissional fica a impressão de que imiscuída na relação médico-paciente encontram-se normas de direitos e deveres.

A segunda corrente que atende mais objetivamente configura perfeitamente o funcionamento maquínico. Começa pelo apelido de uma médica (S5): “Tesourinha”.

Ela argumenta que desde a faculdade começou a ter que controlar o tempo, “[...] mas com aquela preocupação, e isso me cansa muito, porque ... eu tento fazer no tempo menor que eu tenho, tudo que eu acho que a paciente precisa, mas eu sei que, essa parte de ouvir as histórias, eu corto muito porque senão, realmente [...]”.

A idéia de máquina está expressa como: “Então a paciente está conversando, eu tô no computador. Ela vai me contando e eu vou digitando. A hora que eu termino a consulta, a ficha dela está até ‘imprimida’²⁵ [a palavra também sai espremida]. Não fica só na tela. A ficha dela está ‘imprimida’. Ela já sai ‘imprimida’. Eu checo desde se a guia entrou [...], minhas antenas estão todas ligadas.”, “Quando a paciente entra, eu já desliguei a minha tomadinha. Eu já desliguei o pessoal que está de fora, tudo. O meu rendimento assim é o máximo, eu acho que é o máximo.”, “Eu extraio o máximo dali.”, “Eu tô ligada.”.

Acontece que maquininhas se cansam, falham, têm depressão. Como conseguir então cuidar dos pacientes? Amputando sua humanidade? Boa pergunta! O uso do piloto automático parece ter sido uma boa saída para S5: “[...] quando eu tive depressão, a hora que eu saia pra trabalhar ..., muitas vezes eu não queria ir, ligava: Hoje eu não tenho condição de ir. Mas, se eu ia, se eu fosse ... o dia que eu sentia que não dava, eu não forçava também [...] às vezes, eu chegava em casa na hora do almoço, eu ia direto para a cama, fechava a porta, deitava ali. Aí, dentro de uma hora, que eu tinha que me preocupar em voltar para o consultório, eu não tinha nem almoçado, você vê, eu levantava todo dia e ia ... e pronto, vai passando”.

Nessa exposição fica evidente a interface da máquina na relação médico-paciente. A tecnologia invadiu o espaço que deveria ser destinado para o diálogo na consulta médica.

Em cima do muro, entre quem atende em menos tempo e quem demora mais, apreendemos que não é o tempo cronológico que irá ditar a qualidade do atendimento, mas a disponibilidade interna do profissional. Pode ser que uma consulta longa, no formato de aula, repleta de explicações se torne tediosa para o paciente.

Com S5 emerge a questão da resolutividade da consulta: “Nunca em cinquenta minutos que chega, você não dá conta de resolver o problema dela. Resolve?”. A idéia de solucionar o

²⁵ Em vez de impressa, ela utiliza o termo imprimida.

problema é acabar com ele, bem dentro dos preceitos médicos. O que dizer da escuta terapêutica, do aconselhamento, do conforto que a pessoa do médico pode prestar?

A saída estratégica para as dificuldades quando a paciente comenta sobre sua vida afetiva ou sexual é o encaminhamento. O profissional sente-se aliviado em ter o psicólogo ou sexólogo para encaminhar.

Nesse ponto do grupo, sucede-se a apresentação de casos graves ou de prognóstico fechado que desafiam a rotina médica. O médico fica imbuído da função de portador das más notícias. São os casos de Câncer, de AIDS, de más formações congênitas.

A médica S8, quando fala sobre os bebês mal formados, silencia o grupo. Conta da dificuldade que é para um casal receber uma notícia dessas e de como fica comprometida a relação médico-paciente. “Porque eu acho que mexe com o ego do casal. Eles sempre têm a imagem do bebê perfeito. Você vai quebrar aquela imagem. Então é muito difícil”.

A mesma médica relata sua experiência com uma mãe, cuja criança apresentava uma má-formação grave, incompatível com a vida, diagnosticada no início da gravidez. Nas proximidades do parto, a mãe já estava distribuindo uma lembrancinha, daquelas que são entregues na ocasião da visita ao recém-nascido, com os dizeres de que para Deus nada é impossível. O depoimento da colega é embargado pela emoção: “Você está diante de um mal formado que às vezes você sabe que é incompatível com a vida. Mas você tem que respeitar o lado de lá, então a mãe ainda tem aquela esperança de que esse feto pode sobreviver. Então como é que eu vou quebrar essa ilusão da paciente? Mas, ao mesmo tempo, eu tenho que trazer a mulher para a vida real. Então a mulher não pode divagar demais, mas ao mesmo tempo você não pode ... Afinal de contas ... o futuro adeus, pert ... [gagueja], a Deus pertence”.

Observe o leitor, como a médica, sem se dar conta, titubia, tropeça nas palavras e denuncia que essa criança: adeus! Ela não tem futuro.

Talvez essa menção de quebra da visão idealizada que os pais têm do filho, tenha alguma conexão com aquela outra de quebra da imagem idealizada que o paciente tem do médico. Como é difícil quebrar qualquer visão idealizada! - a que se tem de si e a que se tem do outro. Muito doído também para uma cirurgiã que não sabe cortar, rever a visão que tem de si mesma!

Acredito que, nesse momento, houve no grupo uma tênue reconciliação entre a onipotência e impotência médicas, encaminhando satisfatoriamente para um desfecho para a questão do processo jurídico que se impusera logo de início, e que provocara considerável mal-estar. A prosa no grupo, sem que percebêssemos, encaminhou no sentido de encontrar respostas para as inquietações iniciais, quais sejam: insucesso, processo médico, indignação, quebra de expectativas e idealização – o filho malformado – o médico mal formado. Esse último assume no processo a pecha de mau médico. Os significados sofrem desdobramentos...

Ao final do primeiro grupo, eu interrompo a conversa e explico o meu propósito de estar dando continuidade às reuniões e que, para isso, escolheríamos data e horário convenientes a todos.

A médica (S6) categoricamente informa que não está disponível para participar, enquanto os demais parecem animados. S9 brinca que estaria disposto a pagar pelo encontro. A expressão “terapia de grupo” foi mencionada. Marcamos o grupo seguinte e eu explico que, naquela ocasião, discutiríamos a respeito dos assuntos abordados na primeira reunião. No final, as duas observadoras e eu, sentamos e discutimos o material coletado, juntamos nossas apreensões e elaboramos um relatório para ser apresentado ao grupo.

Segundo Grupo

Para o segundo grupo, eu confirmei de véspera a presença dos participantes, e convidei outros cinco ou seis médicos. Nos trinta minutos antes de a reunião começar, recebi vários

telefonemas dos colegas cancelando presença, outros faltaram sem justificativa. Compareceram três médicas apenas, além da observadora e eu.

O assunto novamente se encaminhou para a sobrecarga diária das médicas com as atividades profissionais e aquelas envolvendo filhos e casa. Em sequência, foi falado sobre maridos desonestos que traem e enganam. A médica (S10) contou como sua irmã, também médica, tinha sido enganada pelo cônjuge que administrava as suas finanças. Ele esteve envolvido com agiotagem e acabou perdendo todas as suas economias. A irmã, cega, não tinha qualquer controle de sua conta bancária, não tinha autonomia sequer para fazer compras ficando na dependência do marido para lhe fornecer os cheques. Ela só veio a descobrir a fraude muito depois e acabou se separando dele.

Decorreu daí a reflexão de que a profissional, às vezes, fica tão entretida com seu trabalho que não presta atenção à realidade a sua volta, tornando-se presa fácil para os golpistas. Foi comentado que a formação médica não contempla os aspectos administrativos da profissão: “O médico aprende trabalhar, mas não aprende como ganhar dinheiro”.

A questão do processo médico discutido no grupo anterior retomou a cena. S7, a médica acusada, tinha comparecido numa audiência e conta como se sentiu acuada. Até o advogado de defesa estava desesperançoso com o veredito final. Ela, sentada, assistia ao “teatro” e pensava: “Na hora em que eu me levantar daqui, alguém vai ter que me carregar”. Apresentamos hipóteses plausíveis do ponto de vista psicológico, que poderiam ajudá-la na compreensão do lamentável episódio e, caso fizessem sentido, poderiam livrá-la da imposição culpabilizadora nela colocada. Tais hipóteses levaram em conta a posição do médico na linha de frente do campo de batalha, a amizade constituída na relação médico-paciente e a dificuldade para uma mãe quando nasce um filho cujo futuro: adeus! Como forma de reassseguramento, foi lhe dito que elaborar tudo aquilo não seria de uma hora para outra, nem

sozinha, que se tratava de uma questão complexa e de cunho coletivo para os médicos envolvidos.

A médica (S10), talvez identificada com o sofrimento da colega (S7), contou uma experiência dramática e extremamente impactante para o grupo. Tinha sido obrigada a fazer uma cesariana em uma paciente querida, cuja anestesia não foi eficaz. A médica teve que operar sob os gritos da paciente, e o anestesista, anestesiado, recusou-se a fazer outra intervenção. A experiência foi devastadora para a cirurgiã e sua auxiliar. No relato, é notória a impotência da médica que não conseguiu enfrentar o colega e, ainda, teve, no final, que se justificar diplomaticamente com a paciente e seus familiares. Além do mais, ela ficou por muito tempo na expectativa de ser processada (Olha, a linha de frente do campo de batalha!).

A reação do grupo, nesse momento, foi de profunda indignação. A passividade de (S10) foi insistentemente questionada. Novamente sem saída, com dificuldades de se expressar, ela conseguiu pronunciar: “Eu ... na hora ... foi tão ... foi uma experiência tão brutal, foi uma descarga adrenérgica tão grande, que eu não estava nem raciocinando naquela hora”. Ela nessas alturas já estava sob o comando do piloto automático!

A sensação de impotência e esgotamento da colega é flagrante: “Eu não tinha mais ..., eu já tinha pedido tanto para ele fazer alguma coisa, sei lá, faz um Dormonid ... Sei lá o que ele tinha que fazer, eu gritei pra ele: ‘Passa para anestesia geral!’ ”.

O efeito retardado da situação traumática veio como dores insistentes por todo o seu corpo e foi necessário buscar ajuda junto a uma psicóloga. No final, a paciente continua sendo atendida pela médica (S10), mas, desistiu de ter outros filhos. Uma boa relação médico-paciente permitiu que o vínculo continuasse, a despeito da tragédia, mas deixou profundas cicatrizes.

Essa reunião foi importante para se detectar a posição de fragilidade e dependência das médicas em relação à figura masculina (o marido enganador e o anestesista durão).

Interessante isso! A mulher assume uma postura masculinizada para cumprir com eficiência a tarefa de ser médica, no entanto, ainda recua ante a autoridade masculina.

Agora, cabe aqui um parêntese, parte do relato desse grupo foi resgatado da memória, não através da transcrição da fita gravada. Sob o impacto da ausência dos participantes, o fato foi que a fita dessa reunião foi perdida. À primeira vista, eu pensei em sonegar essas informações, como se a segunda reunião não tivesse acontecido. A decepção foi tão grande, que eu acho que queria mesmo apagar a experiência; o psiquismo faz muito isso. Em compensação, pensar a ausência pode ser significativo para a nossa pretensão de investigar o campo da relação médico-paciente na consulta ginecológica. O médico se confronta com a ausência, quando a paciente marca a consulta e não comparece, também quando seus horários da agenda não são todos preenchidos. Ficamos então à mercê de nossas fantasias: “A ausência teria algo a ver comigo?”. Esquecemos que o ser humano é volúvel, muda de idéias e intenções num piscar de olhos, e nós não temos qualquer controle sobre isso. Faz parte da natureza humana a desistência, o cancelamento, o esquecimento.

O grupo potencialmente configurou-se como um campo emocional que mobilizou angústias pessoais e pôde produzir abalos na identidade médica. Sendo assim, é de se esperar que o desejo de participar corra paralelo com o desejo de faltar.

Quando eu já estava conformada com a perda da fita, eis que ela aparece. A gravação esteve o tempo todo no lado B, da segunda fita do grupo 1. Fiquei ocupada demais com o primeiro grupo para não lembrar da frustração advinda do segundo. Eu “cortei” a experiência do segundo grupo porque foi dolorosa.

No primeiro encontro, apareceu em vários momentos a dificuldade do médico de “cortar”. No segundo, numa espécie de conexão, emergiu o desespero que é cortar sem anestesia. Como que o médico consegue? A que custos? Loucura. Princípio do Absurdo! O médico aprende a sair cortando: as conversas, as dores, as emoções ...

Terceiro Grupo

Mais uma vez eu liguei convidando os participantes e, no dia previsto, confirmei a presença. Dos 12 profissionais convidados compareceram 05. O médico (S11) estava vindo pela primeira vez. O assunto se desenrolou a partir de um relato de caso. A médica (S7) conta casualmente como uma paciente sua que está prestes a dar à luz, perdeu o bebê anterior “com aquela morte do sono”. A criança estava com seis meses e, quando a mãe chegou ao quarto, ela estava morta. A médica segue contando do medo da mãe de novo insucesso. Ela demorou a resolver ter outro filho e, naquele mesmo dia, encontrava-se em trabalho de parto. S7, apesar de animada e otimista, parece acreditar que, de certa forma, possui um tropismo para os casos difíceis: “O trem me persegue”.

Sensibilizada com o susto da mãe e com aquela informação chocante, apenas de passagem mencionada, eu afirmo que estamos falando de tragédias e que eu também tenho uma para contar. Momentos antes eu tinha atendido uma moça cuja história mexeu muito comigo. Eu fiquei impregnada da minha condição de médica e me bandeiei para o lado das colegas, afastando-me da posição de pesquisadora. A observadora tomou o meu lugar. É claro que só nos demos conta disso muito tempo depois.

A observadora interveio: “Vamos ver, gente, qual tragédia é pior!”. A médica (S7) defensivamente nega que esteja falando em tragédia. O médico (S11) entra na competição: “Olha que eu ganho!”. Eu relato o caso de uma moça que eu atendi horas antes, que foi vítima do golpe “Boa noite, Cinderela”. Em resumo, ela foi sedada, estuprada, ficou grávida e teve o filho longe da família, em São Paulo. O clima é de indignação. Enquanto eu comento a respeito da assistência obstétrica precária que ela recebeu, que culminou numa deiscência da episiorrafia²⁶, o médico (S11) detalha minuciosamente, com conhecimento de causa, como é a assistência médica pública numa metrópole. Quando ele fala, deixa transparecer como acha

²⁶ Trata-se da abertura espontânea dos pontos realizados no procedimento de episiotomia, vulgarmente conhecido como “pique”.

importante e se prende em detalhes como: a procedência do profissional, a estrutura física do serviço, a burocracia do sistema. Ele também conta seu caso trágico: uma moça estuprada pelo ex-namorado, ficou grávida de gêmeos e o pai a expulsou de casa.

Por hora, basta de tragédias! A colega (S7) propõe: “Agora, vamos falar um caso melhorzinho?”. Seguem-se piadas para espairecer o clima e risos ... Ufa!

Uma piada que trata do orgasmo feminino atrai o assunto para a sexualidade. A observadora narra uma piada em que o ginecologista interroga a cliente se ela tem orgasmo. Sem saber do que se trata, a paciente se reporta ao marido que responde: “Orgasmo não. Só temos Unimed!” (Risos).

O grupo passa a discorrer acerca dos pretextos que as pacientes usam para esclarecer dúvidas sexuais e de como isso é o “Calcanhar de Aquiles” do médico ginecologista. O médico, às vezes despreparado, recorre à mirabolantes explicações científicas ou, acuado, encaminha: “Oh! Isso aí não é área minha não”.

Discute-se acerca da dúvida das pacientes sobre se a abstinência sexual é prejudicial à saúde. Os médicos S11 e S7 são categóricos e suas respostas são paradigmáticas do modelo médico: “Do ponto de vista orgânico, não, mas do ponto de vista emocional [...]”. A médica (S3) introduz o “depende”. Ela comenta que tenta apreender da fala da paciente, o que ela deseja saber realmente. “Porque, às vezes, a gente pensa que entendeu o que ela tá querendo ... e de repente, ela sai com outro comentário que desmonta tudo aquilo que você tinha pensado”. Nesse ponto, o médico (S11) que já tinha uma resposta pronta, a priori, volta atrás, um tanto perdido: “O que que você quer? Pode não ser e pode. Às vezes, a resposta é esta: ‘pode’. Não vai dar super detalhes de sexualidade” (Opa! Abalo! Quem achava que sabia a resposta, perdeu a certeza).

Comenta-se que, quando alguém faz uma pergunta, a gente deve tentar captar que sentido tem aquela pergunta para a pessoa.

Sexualidade na consulta ginecológica, para alguns, é assunto complicado: “[...] o tempo da consulta é restrito e esse tipo de conversa pode virar uma coisa difícil e você ser chato. Porque, é óbvio, se você abrir espaço [...] Então é uma coisa que cada um tem a sua receita, isso tem muito da própria personalidade do médico, da forma como o médico vai ..., se é homem, se é mulher, se é novo ou se é velho ..., se é experiente, se é uma pessoa que tem a própria sexualidade bem resolvida ou não.”.

Do terceiro grupo, novos sentidos foram captados com o assunto da tragédia. O médico recebe treinamento para atuar prontamente e com segurança nas situações de emergência. Seu tropismo é primeiramente para os casos agudos e que denunciam gravidade. Penso que seu “sensor” dispara quando algum sinal ou sintoma no paciente demonstram que algo não vai bem. Então aquelas queixas crônicas, corriqueiras, comuns a todos os mortais são banalizadas e, em consequência, negligenciadas. O paciente não tem conhecimento para discriminar a necessidade ou não da interferência médica, quer apenas resolver o seu problema, seja ele pequeno ou grande.

Fica difícil para o ginecologista esquivar-se de tomar em consideração as queixas sexuais de suas pacientes. É uma questão por si mesmo atrativa. Porém, é necessário, nos casos mais complicados, conhecer em profundidade a questão, se é que isso seja possível.

Multiplicação de sentidos: médica cega, moça sedada - quando acorda ... tragédia! Piada da paciente que não sabe o que é orgasmo – desfecho: ginecologista também não tem orgasmos, tem convênios!

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos nos aproximando dos momentos finais do trabalho de parto: o período expulsivo. Obstáculos, força, muito suor derramado.

Até agora, acumulamos conhecimentos, rompemos campos, fizemos descobertas, mas, sem dúvida, a etapa mais difícil é passar tudo isso para o papel, transmitir ao leitor a experiência visceralmente vivida.

A escrita vacila entre a objetividade, a organização, e o fluxo espontâneo de idéias, pensamentos e sentimentos. O segundo caminho mostra-se irreprimível, não há como o controlar, pede a vez e a voz.

Contradições vão aparecendo ...

O corpo teórico desse estudo foi se constituindo aos poucos e por partes. Foi muito difícil integrar tudo! Em alguns momentos “minha escrita foi se escrevendo” muito sucinta e, já na etapa final, foi preciso que eu “cortasse” os excessos. Não sabia se optava pelo pronome impessoal ou primeira pessoa. Ora recebia influências do modelo médico, ora do modelo psicanalítico.

No princípio da pesquisa, eu estava obstinada em encontrar uma maneira de fazer com que o médico enxergasse seu paciente como um todo, não apenas a doença, que não objetalizasse o indivíduo. No entanto, aqui estou com tamanho impedimento de “enxergar” o meu próprio trabalho como um todo! O que uma coisa teria a ver com a outra? Que conhecimento aprisionado, esta apreensão estaria tentando me mostrar?

Como juntar o que está fragmentado, quebrado, estilhaçado ... o corpo do paciente, o corpo do médico, a relação médico-paciente, um corpo de saber, uma autora dividida?!

Na busca de respostas, vamos encontrando mais perguntas. No entanto, o questionamento é um bom começo para a abertura, para a multiplicação de sentidos, para a flexibilidade.

Diagnosticamos que a relação médico-paciente e o médico estão em dificuldades. E então? ... Como humanizar a relação médico-paciente? Como cuidar do cuidador?

Retomo Paula (2003), quando afirma que o discurso por uma prática médica humanizada serve para ocultar as regras do real e institui como verdade “que não há o que fazer” para mudar a situação. Bem sabemos como mudanças de qualquer ordem são complicadas! E como diria di Lampedusa (s/d, p. 32): “Depois tudo ficará na mesma, embora tudo tenha mudado”. É certo que as mudanças vão acontecendo e nós não as reparamos. Eu cheguei mesmo a pensar que eu não tinha descoberto nada no meu tortuoso caminho cheio de obstáculos. Porque enquanto meu projeto germinava, eu tinha grandes pretensões para a relação médico-paciente. Acreditava que poderia sensibilizar meus colegas para despender mais tempo e disposição no contato com suas pacientes e até fazê-los interessar-se pela Psicanálise. Quanta ousadia! Não passava de ilusão, eu buscava uma solução mágica.

Já próxima do final, não me tornei cética, pelo contrário, aprendi a contabilizar os pequenos resultados, um a um, e percebo que funcionam da mesma maneira que os grandes. Quando Herrmann (1992) afirma que: “Cada encontro significativo em que o homem seja escutado plenamente e em que o cruzamento dos olhares permita um reconhecimento recíproco [...] é expressão natural da função terapêutica”, é possível acreditar que, enquanto restar ao homem uma centelha de humanidade, há esperanças!!!

Descobriu-se que a relação médico-paciente pode estar estruturada pelo **campo da pressa**. É na véspera, ou, antecipadamente e apressadamente, que os médicos sofrem já que, no momento do procedimento têm que demonstrar competência estrita, funcional e distanciamento.

Para a relação médico-paciente, para começar, basta que o médico ofereça ao seu paciente alguns minutos de atenção, um olhar carismático, um sorriso aberto, um toque acolhedor, uma palavra de conforto, uma escuta **paciente**.

A solução para o médico talvez seja mais complexa. Na sua formação profissional, ele vai aprendendo “a cortar” e corta tanto, e até sem anestesia, que sobra pouco para si: de tempo, calor humano, lazer, prazer.

O peso que a vida tem vai se tornando insustentável, pesado, um fardo ... – apreensão essa, testemunhada pelos colegas nos grupos GIFT. Cada encontro foi se organizando em meio à descontinuidade e a balbúrdia: ausências, pessoas falando ao mesmo tempo comprometendo a escuta, disputa pela fala, uns muito participativos, outros, muito calados, e configurou perfeitamente a situação emocional dos participantes. Pessoas desgastadas, perdidas, confusas, ruídas, ... mas que, felizmente ou não, dispõem de mecanismos que eu chamei de “piloto automático” que garantem a funcionalidade do corpo maquínico. Se fosse diferente, diante de algum conflito, o médico poderia fraquejar e comprometer o seu propósito de curar as doenças e aliviar o sofrimento.

Em meio à turbulência encontrada, penso que a troca de experiências entre os participantes possibilitou um re-conhecimento entre pessoas que compartilham das mesmas dificuldades e veio a se constituir numa possibilidade para cada um, de repensar a própria vida. A exposição de diversas atitudes ou características de personalidade por parte dos médicos tais como: excesso de complacência, traços obsessivos, funcionamento maquínico demandou coragem dos profissionais. Poucas são as oportunidades para o médico de admitir suas falhas, seus defeitos ou sua fragilidade. Isso foi captado nas palavras de um dos colegas: “Eu não sei se eu talvez desmascarasse para o paciente esse lado que a gente tem de ..., lado falho humano, demonstrando para o paciente assim uma quebra ali, como se fosse uma ranhura, uma fraqueza.”. O colega expressa-se com muita pertinência. O médico, muitas

vezes, precisa usar a máscara de todo-poderoso, de infalível, de dono da verdade e sair à luta. Nós já mencionamos como ele se encontra na linha de frente no campo de batalha. Ele vai ter que se defender como pode, senão ... sucumbe.

Alvejado pelos processos, pela insatisfação dos pacientes, pelo bombardeamento constante da indústria farmacêutica, pelos ataques da mídia que denunciam com vigor os erros médicos, não resta qualquer saída digna a não ser o recuo. Foi o que ouvi de um colega ginecologista: “Não quero mais ouvir conversa de paciente, não quero mais fazer obstetrícia, quero fazer uma consultinha básica, ganhar junto com a consulta, o exame de ultrassom, e pronto, sem stress”. Talvez da alma do ginecologista se pudesse ouvir: a gente não sofre no dia; a gente tem que se acautelar, anestesiá-lo!

O grupo também contribuiu no sentido de colocar em questão idéias que se encontravam mumificadas e confrontar possibilidades de ação: o médico tem que saber versus o médico tem que investigar, solidariedade com a paciente versus companheirismo com o colega, atendimento rápido versus atendimento demorado, médico “gente” versus imagem idealizada, postura mais humana versus postura mais técnica. O atrito advindo dessas comparações, creio que contribuiu para um movimento de abertura rumo à aprendizagem.

Na primeira reunião, surgiu a compreensão dos sentidos subjacentes que mobilizam uma paciente perturbada a processar o médico e houve um momento singular de reconciliação entre onipotência e impotência médicas.

Nós médicos estamos sujeitos aos insucessos, ou, melhor diria, fracassos. E quando escrevo “nós”, ocorre-me nova apreensão: nos grupos, eu não consegui “descolar”, afinal também sou médica. Fiquei sensibilizada com as queixas, com as histórias, com as experiências que também são minhas. Como manter a neutralidade requerida ao pesquisador?

Se eu tivesse que descrever com uma frase as vivências do grupo, eu diria “mulheres à beira de um ataque de nervos”. Esse foi um “insight” importante para tomarmos em

consideração o quanto a médica, em geral, e a ginecologista, em particular, acumula funções e se sobrecarrega na sua dupla ou tripla jornada. Esse assunto com certeza merece a dedicação de outros pesquisadores. Interessante também para investigação a conexão entre a dificuldade de “enxergar”, a médica cega, a paciente sedada. Será que nós mulheres não estamos precisando abrir os nossos olhos? Ou, quem sabe, expandir as nossas mentes?

Outra “pulga atrás da orelha” que surgiu, foi como motivar o médico a considerar a sua vida emocional. Como vencer uma resistência inicial em participar de uma reunião cuja intenção se encaminhe no sentido de um aprimoramento pessoal e não científico-tecnológico? Vários colegas relataram já terem feito psicoterapia, mas ficou no ar uma impressão de descrédito. O divã aparece como solução idealizada e, neste sentido, acaba perdendo sua potência disruptiva e transformadora. Encaminhar para um outro lugar corrobora a idéia que nada se há de fazer no cotidiano a não ser re-clamar.

Em relação às minhas pacientes, de posse do saber advindo do método interpretativo, eu acredito que seja possível ampliar a compreensão do “aqui-agora” na consulta ginecológica, mesmo que as revelações venham a se processar a posteriori. Cada relação que se estabelece, na sua singularidade, demanda uma intervenção diferente. Para algumas pacientes, nosso encontro poderá ser terapêutico e até curar, dentro da concepção de cura para a Teoria dos Campos: “[...] desvelar o olvidado (alethéia), mostrar o descentramento e a ruptura internos do sujeito, para curá-lo do excesso de fragmentação” (HERRMANN, 2001, p. 16). Pelo menos, essa iniciativa é muito mais plausível do que aquela de humanizar o corpo maquínico!

Opa! Acabei fazendo muitas descobertas! Quando fui me reconhecendo na fala dos ginecologistas – no sufoco aprisionante do sucesso, no querer ser perfeito obsessivamente, na imagem cobiçada de super-herói, no querer ser gente e não poder, não poder sofrer no dia ... veio a crise ... e a renovação, ou, recuperei o fôlego. Para amenizar a carga, “achei” tempo

para tocar violão, para cantar, para fazer atividade física, para perder peso. Como já disse anteriormente, fiquei mais leve, o casulo virou borboleta, voei ...

Se a Psicanálise me ajudou? Não tenho dúvidas. Evidente que sim. Encontrei em mim mesma um amante e me apaixonei, descobri como posso ser capaz de muitas coisas. Para minha surpresa, três colegas ginecologistas que participaram do GIFT, admitiram que, seguindo o meu exemplo, reduziram sua carga de trabalho e estão repensando sua vida. Uma delas abriu espaço em sua agenda para três horas semanais de aula de música. Outra, que esteve presente uma única vez nas nossas reuniões, veio a saber depois que apresentava câncer de mama bilateral e passou por um processo terapêutico traumático. Sobreviveu à dura provação, que não podemos sequer imaginar, e me revelou noutro dia como saiu fortalecida da experiência. Comentou que se tivermos no futuro outro grupo, ela vai ter muitas coisas para falar ... E o futuro ... a Deus pertence ...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. **O médico**. 4ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2002.

ÁVILA, L. A. Doenças do corpo e doenças da alma: uma apresentação. **Estudos de Psicologia**, v. 2, n. 13, p. 47-58, maio/ago. 1996.

BALINT, E. La técnica Del Flash: su libertad y su disciplina. In: _____. **Seis minutos para el paciente** – Las interacciones en la consulta con el medico general. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1979. p. 35-40.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Tradução de Roberto Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BASTOS, A. M. **Corpo e subjetividade na medicina**: impasses e paradoxos. 2002. 273f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), IMS, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRUN, D. Medicina e psicanálise: intercâmbio e colaboração. **Pulsional**, São Paulo, v. 12, n. 118, p. 07-10, 1999.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: **O ponto de mutação**: A ciência, a sociedade e a cultura emergente. Álvaro Cabral. São Paulo: Editora Cultrix, 1982. p. 116-155.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1996.

COMMELIN, P. **Mitologia grega e romana**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

CORRÊA, L. ; MARTINE, C. Análise da constituição e reprodução no discurso médico-paciente: uma abordagem sociolinguística interacional. In: TARALLO, F. (org.). **Fotografias sociolinguísticas**. Campinas: Fontes/Ed. Univ. Federal de Campinas, 1989. p. 239-268.

CRESPO, J. **A história do corpo**. Lisboa: DIFEL, 1990.

DI LAMPEDUSA, T. **O leopardo**. Tradução de Rui Cabeçadas. São Paulo: Círculo do Livro, s/d. Título original: Il gattopardo.

DOMENE, C. E. Função terapêutica da psicanálise na consulta médica. In: BARONE, L. M. C. (coord.). **O psicanalista hoje e amanhã**: O II Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos por escrito. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 269-276.

FÉDIDA, P. **Clínica psicanalítica** - Estudos. São Paulo: Escuta, 1988.

FERENCZI, S. Influência de Freud sobre a medicina. In: _____. **Obras Completas – Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 85-96.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FREUD, S. Dois verbetes de enciclopédia. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1989a. p. 287-312.

_____. A História do movimento psicanalítico. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1989b. p. 13-87.

_____. Tratamento psíquico (ou mental). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1989c. p. 265-285.

HERRMANN, F. A Psicanálise, a psicanálise e as demais psicoterapias em face do absurdo. **Jornal da Psicanálise**, São Paulo, v. 32, n. 58/59, p. 93-132, nov. 1999a.

_____. A travessia da incerteza. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 36, n. 66/67, p. 167-194, dez. 2003.

_____. **Clínica psicanalítica: A arte da interpretação**. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

_____. **Introdução à teoria dos campos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____. **O divã a passeio: À procura da psicanálise onde não parece estar**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

_____. **O que é psicanálise: para iniciantes ou não...** 13ª ed. São Paulo: Psique, 1999b.

_____. **Psicanálise do cotidiano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HERRMANN, F.; DE LUCIA, M. C.; MINERBO, M. **Psicanálise, morte e vida: uma experiência de intervenção em hospital geral**. Trabalho apresentado na mesa redonda “Interdisciplinaridade: um olhar psicanalítico sobre a instituição hospitalar” na XXX Reunião Anual de Psicologia - “Psicologia no Brasil: Diversidade e Desafios” da Sociedade Brasileira de Psicologia, Brasília, 2000.

HERRMANN, L. Função terapêutica - Apresentação. In: BARONE, L.M.C. (coord.). **O psicanalista hoje e amanhã: O II Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos por escrito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 257-259.

HIPÓCRATES. **Juramento de Hipócrates**. Disponível em: <http://members.tripod.com/themedpage/info_juramento.htm>. Acesso em: 28 mar. 2005.

ISMAEL, J.C. **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada**. São Paulo: T. A. Queiroz, 2002.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário de psicanálise**. Tradução de Pedro Tamen. Portugal: Moraes Editores, 1970. 707p.

LIMA-GONÇALVES, E. A formação do médico. In: **Médicos e ensino da medicina no Brasil**. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 60-70.

LUFT, L. **Perdas e ganhos**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

MACHADO, M. H. (coord.) As condições de trabalho médico. In: **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 163-186.

MELLO FILHO, J. Winnicott e Balint: a psicanálise, a medicina e o respeito ao ser humano. In: OUTERAL, J.; ABADI, S. (coord.). **Donald Winnicott na América Latina – Teoria e clínica psicanalítica**. São Paulo: Revinter, 1997. p. 191-201.

NEVES, F. S.; LANZONI, M. P. Z. Grupo de Investigação em Função Terapêutica GIFT – uma nova forma de psicanálise no Hospital Geral. In: BARONE, L. M. C. (coord.). **O psicanalista hoje e amanhã: O II Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos por escrito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 261-267.

PAULA, C. M. **O Campo da relação médico paciente: sobre a dimensão de escuta na consulta médica**. 2003. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo, 2003.

PERES, M. C. T. S.; ROMERA, M. L. C. A Vivência da gravidez e da maternidade de prostitutas. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 10, n. 1, p. 119-132, jan/jun. 1999.

PRISZKULNIK, L. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. **Psicologia USP**, v. 11, n. 1, p. 11-28, 2000.

ROMERA, M. L. C. Ensino - Transmissão da psicanálise: ser ou não ser... Algo mais?! **Jornal da Psicanálise**, v. 27, n. 51, p. 51-62, 1994.

SENNETT, R. **Carne e pedra: O corpo e a cidade na civilização ocidental**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVEIRA, J. Estratégias de aproximação na comunicação médico-paciente. In: **Sociolinguística interacional: antropologia, linguística e sociologia em análise do discurso**. Porto Alegre: AGE, 1998. p. 239-247.

TOLSTÓI, L. **A morte de Ivan Ilitch**. Porto Alegre: L&PM, 2002.

WINNICOTT, D. Pediatria e Psiquiatria. In: _____ **Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise**. Tradução de Jane Russo. 4ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 287-311.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Autorizo sem nenhum constrangimento a utilização e publicação de informações por mim fornecidas durante consulta ginecológica junto à médica Márcia Cristina Terra de Siqueira Peres, (CRM. 22727 (M.G.), Carteira de Identidade: M2-890908, cujo consultório situa-se à rua Alexandre Márquez – 851, Bairro Martins, na cidade de Uberlândia - M.G., telefone: (0xx34) 3255-9568), salvaguardadas as condições de anonimato.

Estou ciente de que a pesquisadora está envolvida num projeto de Mestrado intitulado: “A Psicanálise e a Função Terapêutica na consulta ginecológica”, cujo objetivo é investigar a relação médico-paciente que se estabelece no consultório ginecológico e visa construir conhecimentos sobre o tema.

Também estou ciente de que tenho a liberdade de retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Uberlândia, _____

Ass: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da UFU.- Fone (0xx34) 3239-4131.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: *A Psicanálise e a Função Terapêutica na consulta ginecológica.*

PESQUISADOR: Márcia Cristina Terra de Siqueira Peres

FUNÇÃO: Médica Ginecologista, Mestranda em Psicologia - CRM: 22727

2. DURAÇÃO DA PESQUISA: 10 a 12 meses (fevereiro a dezembro de 2004)

Caro colega ginecologista,

Você está sendo convidado a participar desse estudo. Trata-se de um estudo onde serão formados Grupos de Investigação em Função Terapêutica conforme vem ocorrendo no Hospital das Clínicas de São Paulo, cuja tarefa será a discussão reflexiva sobre aspectos da relação médico-paciente.

Sua participação neste estudo é voluntária. Você tem o direito de recusar participar ou desistir em qualquer ponto deste estudo.

O teor das conversas no decorrer dos grupos será registrado em fitas cassetes, cuja transcrição ficará sob responsabilidade da pesquisadora. Pretende-se a inclusão de uma observadora (psicóloga) no grupo para colaborar na coleta dos dados.

A divulgação dos resultados prezará o anonimato dos participantes.

Estima-se a ocorrência de no mínimo 03 e no máximo 06 encontros com duração aproximada de lh.15min. - lh.30min., realizados na clínica onde trabalha a pesquisadora, sendo que os horários e intervalos entre os encontros serão acertados pelos participantes.

Acredita-se que a investigação proposta poderia contribuir sobremaneira para nosso crescimento profissional (e até pessoal) no que diz respeito à relação médico-paciente, bem como facilitar a compreensão dos entraves que perpassam o atendimento médico, produzindo dispositivos para contorná-las. A pesquisadora compromete-se a divulgar os resultados da pesquisa aos participantes e deixa claro que não haverá custos para os participantes, nem pagamentos.

Para participar você deve estar de acordo com os termos expostos acima, e assinar o TC anexo.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Uberlândia, ____ de _____ de 2004.

assinatura do pesquisador

assinatura do sujeito da pesquisa

NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA

PESQUISADORA: Márcia Cristina Terra de Siqueira Peres

Rua Alexandre Márquez - 851 Bairro: Martins Fone: (034)3255-9568

ORIENTADORA: Prof . Dra. Maria Lúcia Castilho Romera

CEP: Comitê de Ética em pesquisa: (34) 3239-4131

1. FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU - Setor de
Catalogação e Classificação

P437c Peres, Márcia Cristina Terra de Siqueira.
Campo-relação na consulta ginecológica : considerações
psicanalíticas a partir da Teoria dos Campos / Márcia Cristina
Terra de Siqueira Peres. - Uberlândia, 2005.
106f.
Orientador: Maria Lúcia Castilho Romera.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlân-
dia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Psicanálise - Teses. 2. Médico e paciente - Teses. 3. Gine-
cologia - Aspectos psicológicos - Teses. I. Romera, Maria Lúcia
Castilho. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2(043.3)

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.