UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**O FENÔMENO TRANSFERENCIAL NA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

José Juliano Cedaro

São Paulo
2000

JOSÉ JULIANO CEDARO

**O FENÔMENO TRANSFERENCIAL NA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de *Mestre* em
Psicologia

Área de Concentração:

- **Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano**

Orientadora:

- **Prof.^a Dr.^a Ana Maria Loffredo**

**São Paulo
2000**

O FENÔMENO TRANSFERENCIAL NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

José Juliano Cedaro

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ana Maria Loffredo (orientadora)

Prof. Associado Luiz Carlos Nogueira (PSC-IPUSP)

Profa. Dra. Maria Júlia Kovács (PSA-IPUSP)

Data da defesa pública: 25/05/2000

E mesmo que o papel do médico não fosse senão de prestar ouvido a uma palavra, enfim livre, é sempre na manutenção da censura que a escuta se exerce. Escuta de um discurso que é investido pelo desejo, e que se crê – para a sua maior exaltação ou maior angústia – carregado de terríveis poderes. Se é necessário o silêncio da razão para curar os monstros, basta que o silêncio esteja alerta, e eis que a separação permanece.

Michel Foucault

Ao meu filho Gianluca,

porque ao pensar em ti,
vão-se as dores, acaba todo o sofrimento
e há razões felizes para existir

À minha amada esposa Régi,

por tudo que *passamos* juntos

Aos meus pais e irmãos,

pelo senso de moral e justiça transmitidos

À minha orientadora Ana Loffredo,

por sua dedicação e zelo

... para vocês!!!

Agradecimentos:

À Nilde Mota de Lima

Ao Robson Oliveira

À psicóloga Edna Botelho

Ao Alessandro Amorin

Aos meus colegas do programa de mestrado

À banca de qualificação

E, especialmente, ao hospital e aos médicos que colaboraram com a pesquisa

Obrigado!!!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	xi
--------------------	----

INTRODUÇÃO.....	01
-----------------	----

PARTE I: REFERENCIAL TEÓRICO

A TRANSFERÊNCIA E A RUPTURA DE FREUD COM O DISCURSO MÉDICO	05
--	----

- Os primeiros passos para a ruptura.....07
- O nascimento do discurso psicanalítico.....23
- A transferência como fenômeno universal e instrumento tático da psicanálise28

AS INSTITUIÇÕES E O FENÔMENO TRANSFERENCIAL	35
---	----

- A gênese das instituições segundo a psicanálise35
- As instituições e suas representações43
- O nascimento da instituição hospitalar48

O FENÔMENO TRANSFERENCIAL NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	53
--	----

- Tecnologia e misticismo: anteparos à relação53
- Formação médica: negação da intersubjetividade55
- A reedição do ‘infantil’ e a *incomunicação* na relação médico-paciente58
- A necessidade do médico se preparar para ser um cuidador da alma62

PARTE II: MÉTODO

MÉTODO: SUBSÍDIOS TEÓRICOS	68
----------------------------------	----

OS PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE.....	73
--------------------------------------	----

OS SUJEITOS E A INSTITUIÇÃO EM ESTUDO	77
---	----

OS PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	80
---	----

- A primeira entrevista e a pré-análise82
- A segunda entrevista85

PARTE III: ANÁLISE

ANÁLISE: CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	88
------------------------------------	----

- Critérios para a nomeação dos sujeitos.....88
- Dispositivos para a *Análise*89

1. A FORMAÇÃO DO “DISCURSO MÉDICO”	91
--	----

- 1.a) Os motivos para a escolha da medicina. As fantasias e a “realidade” do curso91

1.b) Os primeiros contatos com os doentes e a preparação para lidar com o fenômeno transferencial	96
2. O “LUGAR” DO MÉDICO	102
2.a) A posição do médico na instituição hospitalar	102
2.b) O discurso frente a Ordem Médica	110
3. A QUESTÃO DA TRANSFERÊNCIA	115
3.a) Os discursos sobre a postura e os investimentos transferenciais do enfermo	115
3.b) Os discursos sobre as <i>ressonâncias internas</i> das manifestações transferenciais	127
4. AS ATITUDES DO MÉDICO DIANTE DA PRÓPRIA SAÚDE E DA MORTE	138
4.a) Como o <i>cuidador</i> se cuida: o médico como paciente	138
4.b) A morte e o morrer no discurso do médico	144

PARTE IV: DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

DISCUSSÃO	152
CONSIDERAÇÕES FINAIS	164

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	170
---	------------

ANEXO

RESUMO

CEDARO, José Juliano. *O fenômeno transferencial na instituição hospitalar*. São Paulo, s. n., 2000. 177p. (+ anexo). Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.

Este trabalho, fundamentando-se no referencial psicanalítico, estuda o fenômeno transferencial a partir dos discursos de médicos que trabalham em um hospital e pronto-socorro públicos, na cidade de Porto Velho, Rondônia. Os sujeitos são dez médicos, de ambos os sexos, distribuídos entre sete especialidades, incluindo recém-formados e profissionais com mais de 40 anos de exercício da medicina. Foram realizadas duas entrevistas com cada sujeito e suas falas são apresentadas e analisadas a partir de fragmentos discursivos, extraídos do material obtido das transcrições. A análise dos enunciados discursivos teve por objetivo compreender como as manifestações transferenciais são percebidas pelos médicos. Por intermédio desses enunciados foi possível detectar que, embora os sujeitos falem a partir de uma posição de autoridade, em função do *lugar* que ocupam na rede institucional, seus discursos foram marcados também pelo medo, solidão e impotência frente às agruras do exercício médico. Tal posição de autoridade se revelou paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que lhes oferece um *status* de figura admirada e imprescindível para a sociedade, também faz deles depositários de um imaginário de onipotência, levando-os a se defrontarem com situações difíceis de serem manuseadas, principalmente àquelas que partem das expectativas oriundas da clientela. Existe a consciência de que o fenômeno transferencial faz parte da relação com o paciente, como também o entendimento de que, em certos momentos, essas manifestações possuem um vínculo direto com o adoecer e com a reabilitação. Entretanto, os discursos apontaram para o despreparo dos entrevistados em lidar com tais investimentos, assim como com a ressonância dos mesmos sobre si próprios.

ABSTRACT

CEDARO, José Juliano. The transference at hospital institution. São Paulo, 2000. 177p. (plus appendage). Dissertation (Master Degree) Instituto of Psychology, University of São Paulo.

This work, based on the psychoanalytical reference, studies the *transference* from the speech of doctors who work in hospitals and public first-aid clinics in Porto Velho city: Rondônia state. They are ten doctors (both male and female ones), men and women distributed among seven specialities, including both just graduated ones and doctors who have been working for over 40 years in these areas. Two interviews with each doctor were made and their speeches are shown and analysed from discursive fragments on, taken from the material obtained by the transcriptions. The analysis of the discursive propositions aimed to realize how the manifestation of the transference are noticed by the doctors. Based on these propositions, it was possible to realise that, though the people speak in a position of authority, in function of the “where” they are in the institutional system, their speeches were also determined by fear, loneliness and impotence, face the displeasures of the medical duty. This position of authority was revealed as paradoxical, whereas it offers them the status of and admired figure and vital for the society and, at the same time, makes them consigners of an illusory of omnipotence, taking them to face some situations which are difficult to be handled, from the expectations derived from the clients. There is not just the sense of duty that the *transference* is part of the relationship with the patient, as the comprehension that, sometimes, these manifestations are closely linked to the “getting ill” and “getting better”. However, the speeches lead to the disqualification of the doctors at dealing such cathexis, as well as the inner response of theirs over themselves.

APRESENTAÇÃO

Aventurar-se causa ansiedade, mas deixar de arriscar-se é perder-se a si mesmo... Aventurar-se no sentido mais elevado é precisamente tomar consciência de si mesmo.

Kierkegaard

O interesse em investigar as relações que ocorrem dentro do espaço hospitalar nasceu ao longo do meu contato, tanto como aluno, quanto como profissional, com a realidade do atendimento hospitalar público, em Porto Velho, Rondônia.

O meu primeiro contato com essa questão se deu quando fiz parte de um grupo de estudantes de Psicologia, da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), que visava implantar o serviço de Psicologia Hospitalar em dois hospitais públicos, sediados em Porto Velho.

Éramos coordenados pela psicóloga Marisa Sá Leitão, docente do Departamento de Psicologia da UNIR, e portadora de um considerável currículo de atuação na área hospitalar, desde a década de 80, principalmente no nordeste do Brasil. Após a fase de preparação dos alunos, alguns começaram a desenvolver um trabalho junto aos hospitais.

No ano seguinte, matriculei-me no estágio supervisionado em Psicologia Hospitalar, desenvolvendo atividades num dos hospitais alvejados pelo programa de implantação do serviço.

Concomitante ao desenvolvimento do estágio curricular, iniciou-se a segunda etapa de um projeto de iniciação científica, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que visava estudar o fenômeno da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) em Porto Velho.

Nessa etapa, os sujeitos da pesquisa eram soropositivos ao vírus etiológico da aids. Muitos destes foram entrevistados quando estavam internados num hospital

público para tratamento de doenças infecciosas. Em tal local, pude verificar, também, o tipo de assistência oferecida aos doentes de aids e demais enfermos.

A pesquisa foi estendida por mais alguns meses, após a conclusão do meu curso de graduação e por meio dela pude tirar algumas conclusões a respeito da experiência de vida dos indivíduos soropositivos ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Permeada a essas conclusões aparecia uma indignação que era recorrente também nas minhas experiências em programas de extensão e no estágio curricular em Psicologia Hospitalar.

Essa indignação baseava-se na percepção da desconsideração institucional às necessidades básicas dos enfermos hospitalizados, como, por exemplo, o não fornecimento de um diagnóstico sobre a sua enfermidade ou sobre os procedimentos que estavam sendo adotados para a sua reabilitação. Além de, muitas vezes, haver o desrespeito à dignidade dos internos, cuja identidade é substituída pela doença ou pelo número do leito.

A partir dessas experiências, passei a me mobilizar com tal problemática, buscando, em primeiro lugar, entender por que essas situações ocorrem.

Nos primeiros anos de formado, buscando estabelecer-me profissionalmente, fui aprovado nos concursos públicos para o Hospital de Base de Rondônia e para docente da universidade, na qual fiz a graduação em Psicologia. Optei pela segunda, onde me tornei professor e supervisor da disciplina e do estágio supervisionado em Psicologia Hospitalar.

Como supervisor, pude acompanhar a mesma indignação nos estagiários ao se defrontarem com as dificuldades da interação humana dentro da instituição e, principalmente, no que diz respeito ao atendimento oferecido ao enfermo.

Um ano e meio após minha posse como docente na UNIR, ingressei nesse programa de mestrado. Diante da dificuldade em definir e delimitar um tema de pesquisa, pude perceber, a partir de observações da orientadora que, curiosamente, os

temas possíveis orbitavam o fenômeno transferencial e a relação deste com o poder de influência que determinadas pessoas exercem sobre as outras.

Questionando-me sobre o porquê dessa escolha, cheguei às minhas próprias dificuldades em lidar com situações fora do *setting* clínico, nas quais me percebia sendo colocado na posição de detentor do poder de influenciar, suggestionar etc. - característica peculiar à condição e à ação do professor.

Pude verificar que essa posição, aparentemente detentora do poder de transformar, não significa apenas que o profissional se “coloca” em tal situação, mas que há um espaço, na relação com os discentes, para tal ocupação. Existe o estabelecimento de uma relação, na qual o aluno, ao longo do seu crescimento pessoal e profissional, espera ser “governado” ou “convertido”. O professor é, então, colocado na posição de detentor do saber para poder facilitar o caminho do aluno à aprendizagem.

Percebi o quanto os alunos se põem (ou se encontram) numa situação de carência para além da matéria estudada. É possível supor que tal carência também se relaciona com identificações e com a construção de um modelo a ser seguido.

A carga de tais carências foi, pelo menos no início, o maior obstáculo que enfrentei no exercício do magistério. Estando, ao iniciar o exercício profissional, ainda na passagem da adolescência às responsabilidades da vida adulta, não conseguia me perceber como um modelo de identificação para outrem.

Aos poucos, percebi que esse fenômeno faz parte do processo de ensino-aprendizagem e, portanto, não deve ser ignorado, mas repensado e considerado ao longo da ação educativa.¹

Essa experiência permitiu que eu conhecesse, na vivência do meu dia a dia, as implicações do fenômeno que foi batizado por Freud como *transferência*.

¹ Registro um pequeno trecho do livro *Psicanálise e educação: o mestre do impossível*, da professora Maria Cristina Kupfer, por entender que ele resume as conclusões que cheguei com a experiência que ora relato, independente de uma orientação teórica prévia: “Aprender é aprender com [negrito da autora] alguém (...) Freud nos mostra que um professor pode ser ouvido quando está revestido por seu aluno de uma importância especial. Graças a essa importância, o mestre passa a ter em mãos um poder de influência sobre o aluno.” (1997:84-5).

O incômodo que me ocorreu na posição de professor foi fruto de um despreparo, ao contrário da minha atuação como psicólogo, cuja formação me orientou para a ocorrência do fenômeno transferencial. Na posição de terapeuta, seguindo uma orientação psicanalítica, sentia-me protegido pelo *setting* clínico e pela fundamentação teórica subjacente ao mesmo.

Consegui descentralizar minha ótica e perceber que esta ocorrência é algo que pode acontecer no trabalho de outros profissionais que atuam em situações semelhantes, isto é, em atividades que se envolvam com a complexa dinâmica das relações interpessoais.

Essa percepção sobre minhas dificuldades, mais a indignação provocada pelos destratos aos pacientes hospitalizados, levou-me ao discernimento de que se tratava de problemas de origem comum: o despreparo em lidar com os investimentos, fantasias e necessidades afetivas do outro que se encontra sob cuidados ou numa posição diferenciada.

A partir desta constatação, comecei a me interessar em investigar como os profissionais, que assistem ao enfermo hospitalizado, percebem e lidam, internamente, com a carga de sentimentos investidos sobre suas pessoas.

Definido “o que” gostaria de pesquisar para a dissertação de mestrado, e “onde” tal investigação se efetuarias, ficou a dúvida quanto à escolha “de quem” seria o sujeito do estudo.

Inicialmente, tinha como certo apenas o interesse em efetuar uma investigação junto aos profissionais da instituição hospitalar. Restava selecionar qual ou quais sujeitos pretendia pesquisar (enfermeiros, psicólogos, médicos, auxiliares técnicos etc.) e qual o método para a obtenção e compreensão do material que viesse a ser colhido.

Este processo seletivo que menciono foi realizado gradualmente, alicerçando-me, principalmente, em leituras, releituras e reflexões.

Nesse processo de ler ou reler trabalhos que poderiam trazer alguma perspectiva para o, então, projeto de pesquisa, encontrei o livro *A ordem médica*, de Jean Clavreul. Este autor faz uma importante crítica epistemológica do discurso médico, a partir de uma leitura psicanalítica, buscando mostrar o poder e a impotência de tal discurso na relação médico-doente, esclarecendo, ainda, os limites e as fronteiras dos campos da psicanálise e da medicina.

Ao ler essa obra de Clavreul, constatei que seu autor era um discípulo de Jacques Lacan, algo que de certa forma não coadunava com a linha teórica que sempre trabalhei ao longo da minha carreira profissional. Incluindo-se aí, as pesquisas realizadas.

Apesar disso, a leitura da obra de Clavreul foi importante, porque me ofereceu a inspiração para a escolha dos sujeitos da pesquisa. Para tal escolha, levei em consideração o fato dos médicos se encontrarem na posição de maior reverência e autoridade dentro da instituição hospitalar, conforme é apontado pelo referido autor. Em função disso, tornam-se o alvo principal dos conteúdos transferenciais dos enfermos.

O mesmo livro² suscitou questionamentos quanto ao próprio papel do fenômeno transferencial na relação médico-paciente. Para seu autor, tal relação seria um *mito* – um encontro que nunca acontece - prevalecendo, ao contrário, uma relação do profissional com a doença. Escreve Clavreul:

A relação “médico-paciente”, é substituída pela relação “instituição médica-doença” (...) o médico, é o objeto do desejo do doente numa relação de tipo transferencial como fala a psicanálise (...) O saber médico é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui. (1983:49,115 e 121).

² Em função da importância das idéias de Clavreul para a estruturação e delimitação do objeto de estudo da presente dissertação, decidi referenciá-lo, em linhas gerais, em alguns momentos deste trabalho, embora não se fundamente na linhagem teórica do referido autor.

Esse postulado de Clavreul é compartilhado por inúmeros autores, fundamentados em referenciais teóricos diversos, sendo que, alguns deles³ serão citados ao longo da presente dissertação.

Tal concepção, exposta por diversos teóricos e pesquisadores, levou-me a um questionamento central se é possível haver uma articulação entre o discurso médico - que seria um discurso do saber sobre a doença - e o discurso psicanalítico, no qual o saber emerge da relação intersubjetiva estabelecida, sem, contudo, esperar que o primeiro se transforme no segundo.

O ponto chave desta questão, no meu entender, é o fenômeno transferencial, pois como assinalou o próprio Clavreul (1983:184): “A clínica psicanalítica começa (...) nas manifestações transferenciais, que é o lugar onde se detém a clínica médica.”

Partindo dessa premissa e dos questionamentos oriundos da minha prática, resolvi estudar as representações do fenômeno transferencial para o grupo dos médicos, independente do mesmo ser nomeado dessa forma ou não.

Tal postura se justifica pelo entendimento da transferência como um evento universal, inevitável nas relações humanas, ocorrendo, principalmente, em situações onde há uma suposição de saber e de autoridade atribuídos a uma das partes envolvidas.

A diferença entre a ocorrência do fenômeno transferencial no *setting* psicanalítico e na relação médico-paciente (poderia dizer também na relação entre professores e alunos, líderes religiosos e fiéis - e tantas outras), é que, no primeiro, o profissional é preparado para manuseá-lo, desde que a transferência é o seu instrumento de trabalho por excelência.

A questão que fica é a seguinte: como tal situação é percebida pelo médico? Pois o fato de não ser trabalhada, não significa sua anulação ou inexistência.

³ São eles: Balint, Bleger, Missenard e Foucault. Estes autores e suas idéias, sobre o referido assunto, serão apresentados nos capítulos *As instituições e o fenômeno transferencial* e *O fenômeno transferencial na relação médico-paciente*.

Além disso, a presença de conteúdos transferenciais pode significar um empecilho para a relação e um incômodo para as partes envolvidas, face aos sentimentos mútuos emanados, nem sempre agradáveis ou moralmente aceitos. Um problema enfrentado pela psicanálise, em suas origens, que parece persistir na relação médico-paciente.

A partir dessa indagação, outros questionamentos foram aparecendo. Entre eles: qual é a reação que os profissionais de medicina têm sobre os conteúdos emocionais, fantasias e desejos manifestados pelos pacientes hospitalizados perante o relacionamento de ambos ao longo do tratamento? As fantasias e a interpretação subjetiva que o paciente faz de si e do adoecer são fenômenos percebidos como obstáculos para o tratamento, ou como algo a ser valorizado, na tentativa de ajudar o paciente a se restabelecer? O médico tem consciência do seu poder de sugestão sobre o paciente, entendendo que este pode ser usado em benefício da reabilitação? Como procedem aqueles profissionais que afirmam acreditar neste poder e como o utilizam em benefício do paciente? E, finalmente, como o médico discursa sobre a sua relação com o paciente hospitalizado?

Embora, evidentemente, não tenha a pretensão de responder todas essas perguntas, ao longo da presente dissertação, elas foram úteis para o estabelecimento de pontos norteadores e delimitadores do meu objeto de estudo.

O problema, a partir daí, passou a ser o surgimento de alguns ‘complicadores’ para a realização da pesquisa, isto é, o método a ser empregado, pois, embora a transferência seja um fenômeno universal, trata-se do campo das formações inconscientes, envolvidas nas relações intersubjetivas nas quais emergem. Investigar o fenômeno transferencial, implica, necessariamente, em ter que ‘apreender’, de alguma forma, eventos que nem sempre são conscientes ou pertencem ao campo da consciência dos sujeitos pesquisados. Dizendo isso de outra maneira, conforme apontou o próprio fundador da psicanálise, o inconsciente é algo que só dá sinal de

sua existência através de seus efeitos, como chistes, atos falhos, sonhos e sintomas. (Freud, 1976g:90).

Se, porventura, optasse por tal empreendimento, significaria fazer uso das estratégias técnicas da psicanálise, uma vez que a *associação livre* e a *atenção flutuante* não só são os veículos de acesso às manifestações do inconsciente, como, por si mesmas, também investigam. (Freud 1969b:149-50).

Tendo optado pelo uso de entrevistas para a coleta de dados, o ‘complicador’ remetia-se, exatamente, ao fato da minha relação com os sujeitos da pesquisa não se tratar de um encontro analítico. Neste sentido, o problema recaía em quais seriam os parâmetros de minha situação de escuta dos enunciados dos sujeitos,⁴ bem como da análise dos mesmos, pois não estaria munido dos instrumentos de trabalho próprios ao *setting* analítico.

Tratando-se de entrevistas com médicos inseridos uma instituição hospitalar e, ao mesmo tempo, sendo uma pesquisa fundamentada no referencial psicanalítico sobre as interações humanas, encontrei subsídio, para dar encaminhamento a essas questões metodológicas, em alguns trabalhos de Guirado, principalmente, nas idéias desenvolvidas em seu livro *Psicanálise e Análise do Discurso* (1995).

Assim, o presente estudo pretende investigar as ocorrências transferenciais dentro da instituição hospitalar, sob o ponto de vista de um dos seus agentes – os médicos.

⁴ Registro a importância das contribuições dos professores Luiz Carlos Nogueira e Maria Júlia Kovács, que compuseram a Banca de Qualificação, principalmente, no que se refere, aos esclarecimentos quanto a esses impasses teórico-metodológicos.

INTRODUÇÃO

*Ai palavras, ai, palavras,
que estranha potência, a vossa!
Ai palavras, ai, palavras,
sois de vento, ides no vento,
no vento que não retorna,
e, em tão rápida existência,
tudo se forma e se transforma!*

Cecília Meireles

O presente trabalho será dividido em quatro partes: *Referencial teórico*, apresentação do *Método*, a *Análise* dos discursos coletados e, finalmente, *Discussão* e *Considerações finais*.

Inicialmente, no *Referencial teórico*, acompanharei o processo de ruptura realizado por Freud com o discurso médico ao inaugurar um novo saber que, por sua vez, tem nos fenômenos transferenciais o ponto chave de sua ação.

Ainda neste espaço – no qual serão feitos pequenos recortes dos primeiros escritos da psicanálise, antes mesmo de seu batismo - apresentarei as referências de seu fundador ao poder das palavras e da figura do médico para o restabelecimento do enfermo. Uma relação que, desde o início, Freud dizia depender de confiança e de uma suposição de saber e poder, depositada na autoridade do profissional.

Seguindo esse percurso histórico, acerca da importância da transferência para a psicanálise, discutirei o fenômeno transferencial, tendo como cenário as instituições e a sua importância para as relações intersubjetivas. Nesse momento ainda será exposto como a psicanálise concebe a gênese das instituições e de que modo ocorre a relação transferencial entre clientes e agentes institucionais. Mostrarei, em linhas gerais, a história do nascimento dos hospitais na civilização ocidental no sentido de contextualizar o início do processo de desencontro entre os profissionais que atuam nesta instituição e o enfermo.

Encerrando o *Referencial teórico*, ressaltarei alguns pontos dos conteúdos transferenciais presentes na relação médico-paciente, destacando que a inobservância desse fenômeno, ou sua negação, começa na formação acadêmica do profissional em questão.

Será lembrada a importância do papel do médico como um "padre confessor", bem como a possibilidade de poder fazer uso de sua autoridade para a reabilitação do enfermo, inclusive por meio do efeito placebo. Finalizo com uma proposição fundamentada em Platão - e com ressonância em Freud - segundo a qual a medicina é a arte que se deve ocupar dos fenômenos do amor, sendo o *amor* do médico fundamental para a cura.

Na segunda parte da dissertação, descreverei o embasamento teórico para o *Método* e apresentarei os procedimentos para a realização deste estudo, incluindo os critérios para a escolha dos sujeitos.

Farei, ainda, uma breve descrição da instituição à qual os sujeitos da pesquisa estão vinculados, apresentando um panorama que pretende situar o leitor em relação à realidade desse hospital público, caracterizada por uma demanda excessiva e, por isso mesmo, oferecendo pouca oportunidade para um contato efetivo entre os profissionais e a sua clientela.

Na terceira parte procederei à *Análise dos Discursos* dos médicos pesquisados. Tal procedimento será efetuado a partir dos fragmentos (recortes) dos discursos coletados. Estes fragmentos, por sua vez, serão divididos em núcleos temáticos, sendo cada um deles subdividido em dois blocos.

Tais núcleos incluem, primeiramente, os fragmentos dos discursos a respeito do porquê da escolha pela medicina (pergunta disparadora da primeira entrevista) e como cada entrevistado declarou ser preparado para as questões transferenciais (ou, simplesmente, "subjetivas") na relação como o doente.

O segundo temário da Análise refere-se aos discursos dos entrevistados acerca de suas relações com as instituições com as quais estão vinculados, ou seja, o hospital e a ordem médica.

Em seguida, analisarei os recortes dos discursos relativos ao fenômeno transferencial, no que diz respeito ao ponto de vista do médico quanto aos investimentos do enfermo em relação a si e como isto pode influir no processo de tratamento.

Concluindo esta parte do trabalho, será feita a análise dos fragmentos discursivos que apontam para algumas questões cruciais da profissão em questão: os cuidados do médico com a própria saúde e sua percepção dos fenômenos relacionados à morte e ao morrer.

Finalmente, na quarta parte, será efetuada uma discussão a partir dos dados obtidos através das *análises dos discursos*, voltadas para os pontos de maior relevância em relação ao objeto de estudo. Dessa forma, será feita a exposição dos enunciados que apareceram com mais ênfase ao longo das falas, expondo, assim, como os sujeitos pesquisados compreendem e lidam com o fenômeno transferencial dentro da instituição hospitalar.

PARTE I:
Referencial teórico

A TRANSFERÊNCIA E A RUPTURA DE FREUD COM O DISCURSO MÉDICO

A ruptura de Freud com o discurso médico foi um processo longo e envolveu grandes reformulações no seu pensamento teórico, como também ao método empregado para o tratamento de seus pacientes, como sintetiza Birman.

Durante anos Freud se afastou progressivamente do campo da neuropatologia e se voltou para os intrincados problemas colocados pelas neuroses. Esse transcurso foi marcado por um conjunto de minuciosas rupturas teóricas e articulações conceituais, que resultaram na composição inicial do campo psicanalítico. (1991:136-7).

Esse processo de ruptura envolveu o estabelecimento de alguns pontos dissonantes com os postulados médicos do final do século XIX como a descrição da existência de um corpo representado, ou simbólico, contrapondo-se à idéia reinante de que o organismo se limitava ao anatômico e, portanto, todas suas doenças poderiam ser descritas e tratadas neste campo.

Em relação ao tratamento empregado na tentativa da cura dessas doenças que transcendiam o orgânico, Freud também se viu obrigado a romper com o saber médico. O ponto chave desta cisão estava no *simples* fato de propor que a fala é um importante instrumento de cura, pois o sujeito ao falar de sua dor teria um canal de vazão e elaboração para o seu sofrimento.

Tais sofrimentos se referiam à patologia denominada histeria, que desafiava o saber médico da época quanto a sua origem, uma vez que não se encontrava uma lesão anatômica para explicá-la.

Em decorrência deste ponto de vista, o tratamento empregado, na época, apresentava resquícios de métodos usados na Idade Média. Limitava-se a eletroterapias ou banhos quentes, por exemplo. Isso, quando o enfermo não era

percebido e rotulado como se estivesse possuído por figuras demoníacas. (Trillat, 1991:43-58).

Ao se interessar pela histeria, Freud acabou sendo influenciado por outros médicos que estudavam esta patologia, destacando-se, entre eles, Charcot e Bernheim.

As idéias desses autores eram divergentes, conforme explanarei posteriormente, mas Freud, embora não concordasse inteiramente com nenhuma das duas, soube aproveitar ambas as concepções para a instrumentalização e elaboração de suas teses que viriam a compor o saber psicanalítico. Entre elas, destaco a observância do fenômeno da transferência e seu papel na interação humana, como descreve Birman a seguir:

Desta inquirição teórico-clínica [Charcot X Bernheim] se constituirá posteriormente, no percurso freudiano, o conceito de transferência, através do qual o discurso psicanalítico vai conseguir articular a exigência charcotiana de reconhecimento da singularidade do sintoma histérico e a racionalidade sugestiva de Bernheim. (1991:140)

Acompanhando o processo histórico através do qual Freud vai, aos poucos, rompendo com o discurso médico, buscarei fazer um recorte dos passos iniciais da psicanálise neste período, no qual seu fundador estabelece uma fronteira entre os dois discursos - médico e psicanalítico - tendo a transferência como o seu marco.

A hipnose e a sugestão estavam em continuidade direta com o discurso médico no sentido de que o médico, aí, mantinha o comando sobre as idéias justas que o doente devia ter – no lugar de suas próprias – para que desaparecesse a neurose (...) A clínica psicanalítica começa (...) nas manifestações transferenciais, que é o lugar onde se detém a clínica médica. (Clavreul, 1983:181 e 184).

Em decorrência disto, irei me deter inicialmente nos textos da fase denominada pré-psicanalítica, principalmente na que abrange os anos de 1888 e 1895, dando destaque ao artigo *Tratamento psíquico (tratamento da alma)* e ao livro *Estudos sobre a histeria*. Em alguns momentos, porém, farei breves diálogos com outras obras, que demonstram o processo de evolução das concepções de interesse central neste trabalho.

Após este pequeno levantamento histórico, apontarei, de maneira também resumida, os trabalhos nos quais a teoria da transferência apresenta suas principais modificações dentro do discurso psicanalítico instituído, considerando em especial os textos até 1915, quando é publicado *Observações sobre o amor transferencial*.

- **Os primeiros passos para a ruptura**

Começo esse recorte pelo artigo *Histeria*, de 1888, no qual Freud faz as seguintes menções:

Nenhuma outra doença dispõe o médico a fazer tantos milagres ou mostrar-se tão impotente (...) No tratamento de histerias agudas, nos quais a neurose constantemente produz fenômenos novos, o trabalho do médico é penoso: é fácil cometer erros, e os êxitos são raros. (...) No sanatório as percepções *deformadas do paciente diante da segurança amável e animadora do médico e sua convicção* [itálicos meus], que logo transferem para o paciente, revelam que a neurose não é perigosa e pode ser curada rapidamente... (1990a:101,102-3).

Esses escritos iniciais de Freud, após os dois primeiros anos de atendimento clínico em consultório, são, no meu ponto de vista, as referências primordiais do discurso freudiano acerca da importância do médico e da relação deste com o paciente para o sucesso do tratamento.

Ainda no ano de 1888, Freud escreveu o prefácio à tradução, para a língua alemã, do livro *De La suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, de Hyppolite Bernheim, no qual discute a questão da hipnose a partir do ponto de vista desse autor.

Bernheim era vinculado à escola de Nancy, cuja tese sobre esse fenômeno era que o mesmo possuía uma base psíquica, ou seja, o hipnotizador influenciaria o hipnotizado por meio do seu poder de sugestão sobre este. A hipnose, para os seguidores dessa escola, estava relacionada com o poder de influência de um

indivíduo sobre outro, não havendo, assim, um substrato orgânico para sua manifestação.

Ainda neste *prefácio*, Freud questiona se a hipnose exhibe fenômenos psíquicos (tese de Bernheim) ou fisiológicos (tese de Charcot). Responde tal indagação com a hipótese de que a sugestão seria o núcleo do fenômeno hipnótico.

Conclui, então, que é a influência da pessoa com o poder da sugestão - no caso, o médico - sobre a pessoa hipnotizada, que estabelece os efeitos da hipnose. Ou seja, existe uma predisposição do paciente em ser influenciado, via hipnose ou não, pelo seu médico. Ressaltou Freud:

... gostaria de apresentar o ponto de vista de que o elemento que distingue uma sugestão de outros tipos de influência psíquica, como dar uma ordem ou fornecer uma informação ou orientação, é que, no caso da sugestão, é despertada no cérebro de outra uma idéia que não é examinada quanto à sua origem, mas que é aceita como originada espontaneamente no cérebro dessa pessoa. (1990b:132).

Freud não estava em total acordo com o postulado de Bernheim sobre a influência psíquica no processo hipnótico, mas apontava para o papel do médico, ou de um outra pessoa, em estimular uma reação interna no indivíduo – uma reação independente da ordem de quem influencia, porém, manifestada a partir da ação do estímulo externo.

Na segunda edição, em alemão, desse mesmo livro (*De la suggestion*), em 1896, Freud insiste no fato de que, embora a sugestão pudesse explicar a hipnose, não haveria, ainda, uma explicação para o fenômeno sugestivo em si. Em outras palavras, pergunta-se: por que a hipnose ocorre e em que se funda a capacidade de uma pessoa hipnotizar, ou simplesmente, influenciar outra? (1990b:138).

Em 1889, Freud elabora uma resenha para o livro da pessoa que o apresentou à Bernheim, conforme menciona James Strachey (1990) nas notas preliminares aos *Artigos sobre hipnotismo e sugestão*. O livro era *O hipnotismo, sua significação e seu manejo* e o autor era o psiquiatra suíço August Forel.

Nessa resenha, Freud torna mais evidente seu interesse pelo poder de influência de uma pessoa sobre a outra. Diferente das duas obras citadas anteriormente, cuja referência sobre essa temática se dá de uma forma sutil, algumas citações em *Resenha de Hipnotismo* trazem a preocupação a respeito dos efeitos do poder sugestivo do médico.

... um médico – mesmo que não pratique a hipnose – nunca se sente mais satisfeito do que depois de haver recalcado um sintoma da atenção de um paciente mediante *o poder de sua personalidade e a influência de suas palavras – e de sua autoridade*. [itálicos meus] (1990c:146-147).

Neste trecho, é feita menção ao poder instituído a um indivíduo para que esse possa influenciar outras pessoas, especificamente, se ele estiver ocupando determinada posição de autoridade, como é o caso do médico.

Mais adiante, no mesmo texto, Freud afirma que a hipnose só é possível graças a alguns fatores. O primeiro e mais importante deles seria a capacidade de alguém influenciar outra pessoa *psicologicamente*. Os outros dois fatores seriam a constituição fisiológica e a disposição do hipnotizado para que a sugestão seja efetivada, à qual denomina auto-sugestão. “No entanto, apenas o primeiro desses métodos está estabelecido: a produção por idéias – sugestão. Em nenhuma das outras formas de produzir a hipnose parece possível excluir a ação da sugestão, de uma ou de outra forma.” (Freud, 1990c:149).

A posição de autoridade é, portanto, imprescindível ao hipnotizador para que este possa ter o poder de levar o paciente a um estado alterado de consciência. Este fato implica em uma entrega. Isto, por sua vez, supõe uma relação – uma relação baseada na confiança.

Freud menciona a necessidade de o profissional ser uma pessoa entusiasmada, paciente, segura e dotada de astúcia e inspiração: “Aquele que tentar hipnotizar *seguindo um padrão predeterminado*, [itálicos meus] que teme a desconfiança ou o escárnio da pessoa a ser hipnotizada, ou que já começa com um estado vacilante, conseguirá pouca coisa.”. (1990c:153).

Ainda no prefácio do livro de Forel, creio que Freud registra, sutilmente, os primeiros indícios de conceitos que se tornariam marcos na constituição da clínica psicanalítica, embora naquele momento possuísem uma conotação diferente daquela que ganhariam ao longo do estabelecimento do saber psicanalítico.

Esses conceitos são: a *resistência*, a partir de um fenômeno observado clinicamente, quando destacou a luta de alguns pacientes contra a sugestão (p. 153); o *enquadramento* ou *setting* analítico, ao citar a “atmosfera sugestiva” da clínica de Nancy (Hippolyte Bernheim e Auguste Ambroise Liébeault), como fator que contribui para a cura dos pacientes (154); e a *mudança interna*, conforme pode ser visto a seguir:

... a mudança efetuada tem *dentro de si mesma* a força para se manter entre os elementos da dinâmica do sistema nervoso. Por exemplo, suponhamos que uma criança, por meio de uma sugestão, interrompeu a enurese noturna. Então o hábito normal pode conseguir estabelecer-se tão firmemente como o hábito anterior, indesejável. Ou (...) que alguém sofra de insônia, fadiga e enxaqueca. Então a sugestão lhe assegura o sono e, assim, melhora seu estado geral, e o retorno da enxaqueca é evitado permanentemente. (p 155).

No ano de 1890, Freud publicou *Psychische behandlung (seelenbehandlung)*⁵. Este artigo fazia parte do livro *Die Gesundheit [A saúde]*. Neste artigo, Freud apresenta argumentos contundentes sobre a importância das palavras e da pessoa do médico para o tratamento de perturbações físicas e psíquicas, além de se referir ao bem-estar (a felicidade) como uma condição de proteção contra o adoecer.

Nesse recorte do início do percurso freudiano para a construção do saber psicanalítico, especificamente a relevância da subjetividade do paciente para o seu adoecer e à sua cura, detenho-me em pormenores desse artigo de 1890, por entender que ele traz grandes contribuições do fundador da psicanálise sobre este assunto.

No primeiro parágrafo, Freud esclarece o termo “tratamento psíquico” como sendo o “... tratamento que parte da alma (...) seja de perturbações anímicas ou físicas – por meios que atuam, em primeiro lugar e de maneira direta, sobre o que é

⁵ *Tratamento psíquico (Tratamento da alma)*. Na *Standard* brasileira, seguindo a inglesa, consta como se fosse datado originalmente de 1905, sob o título *Tratamento psíquico (ou anímico)*, embora o editor inglês explique que se trata da 3ª edição do livro *Die Gesundheit*, que, naquele ano foi publicado sem nenhuma alteração ao original de 1890 e, por equívoco, foi posto no volume 7 da *Standard*.

anímico no ser humano.” (p. 267). Esses meios, prossegue o autor, são essencial e primordialmente ligados ao poder das palavras.

O leigo por certo achará difícil compreender que as perturbações patológicas do corpo e da alma possam ser eliminadas através de “meras” palavras. Achará que lhe estão pedindo para acreditar em bruxarias. E não estará tão errado assim: *as palavras de nossa fala cotidiana não passam de magia mais atenuada*. [itálicos meus] Mas será preciso tomarmos um caminho indireto para tornar compreensível o modo como a ciência é empregada para restituir às palavras pelo menos parte de seu antigo poder mágico. (p. 267).

Freud apresenta, então, seus primeiros registros sobre os quais deixa explícita sua então pressuposição sobre o potencial de cura da fala, ou seja, *o falar de si, com afeto*, e do mal estabelecido, para outrem, teria o efeito equivalente à ingestão de um fármaco para uma moléstia específica. O falar, para Freud, naquele momento, seria a expurgação do agente causal. Tratando-se, portanto, do método catártico.⁶

Em *Tratamento psíquico*, Freud registra o desprezo que os médicos do século XIX tinham pelos que se preocupavam com o anímico – no caso, os filósofos. “Eles [os médicos] pareciam temerosos de conceder uma certa autonomia à vida anímica, como se com isso fossem abandonar o terreno da cientificidade.” (p. 268).⁷

Registra, também, a visão equivocada daqueles que estudavam os efeitos dos afetos e das emoções sobre o que se denominava parte física do sujeito, principalmente a respeito do papel do sangue e do coração sobre a alma humana.

Comentando sobre esse ponto de vista, Freud aponta para os efeitos do anímico sobre determinados órgãos ou tecidos, o que teria levado à concepção do coração, por exemplo, como o responsável pelas emoções. Mas segundo o próprio Freud, este raciocínio não seria totalmente equivocado, porque existe uma relação direta de algumas situações emocionais e as respostas manifestadas pelo organismo.

⁶ Discutirei o método catártico quando discorrer sobre o livro *Estudos sobre a histeria*.

⁷ O comportamento dos médicos do século XIX se justificava pela tendência positivista da época e pelas investigações das patologias se fundarem na análise anatômica, as quais buscavam uma lesão estrutural, que demonstrasse o porquê e o lugar da moléstia. Tratava-se de um avanço à prática médica que, antes do século XVIII, era voltada aos livros, conforme registram Foucault (1984 e 1994) e Jean Clavreul (1983). Esse assunto será melhor abordado nos próximos tópicos desta parte do trabalho, quando discutirei a transferência nas instituições e na relação paciente-médico.

Uma dessas situações ocorreria quando determinado sentimento é demasiadamente intenso ou muito freqüente. Este passaria a ter um efeito direto sobre o organismo, seja maléfico ou benéfico. Ou seja, para o bem-estar ou para a doença.

Os estados afetivos persistentes de natureza penosa, ou, como se costuma dizer, “depressiva”, tais como desgosto, a preocupação e a tristeza, abatem a nutrição do corpo como um todo, causam o embranquecimento dos cabelos, fazem a gordura desaparecer e provocam alterações patológicas nas paredes dos vasos sangüíneos. Inversamente, sob a influência de excitações mais alegres, da “felicidade”, vê-se o corpo inteiro desabrochar e a pessoa recuperar muitos sinais da juventude. Evidentemente, *os grandes afetos têm muito a ver com a capacidade de resistência às doenças infecciosas; um bom exemplo disso é a observação médica de que a propensão a contrair tifo e disenteria é muito mais significativa nos membros de um exército derrotado do que na situação de vitória.*[itálicos meus] (p.271).⁸

A partir do que se expõe acima, é possível conjecturar a antecipação de Freud a respeito das origens das patologias somáticas, que se fundam em sentimentos não elaborados e/ou em situações frustrantes que se repetem constantemente, de forma intensa e por um tempo prolongado.

Tais patologias receberam o nome de doenças psicossomáticas (anímico/corpo) e ganharam notoriedade a partir de Helmholtz (1818)⁹, a quem se atribui o batismo nosográfico, e dos trabalhos de Georg Grodeck (1917)¹⁰.

Os processos de volição e atenção também são capazes de influenciar profundamente os processos físicos e de desempenhar, nas doenças somáticas, um grande papel fomentador ou inibidor (...) em meio a uma epidemia correm maior perigo aqueles que têm medo de adoecer. (Freud, 1989b:272-3).

Freud passa a defender, nesse artigo de 1890, a necessidade do sentimento inverso ao que menciona na última linha da citação anterior, ou seja, é necessário algum grau de expectativa confiante para o enfermo se reabilitar da doença que o

⁸ Em 1914, falando do amor no artigo *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud esboça idéias parecidas: “Um egoísmo forte [o amor] constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar.” (1974b:101).

⁹ Cf. Ribeiro da Silva e Caldeira, 1992:113. In: *Psicossomática hoje*. (Organizado por Júlio de Mello Filho).

¹⁰ Grodeck, G. (1917[1966]) *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo, Perspectiva, 1992, pp. 97-102.

assola. Cita exemplos relacionados aos milagres freqüentes em espaços religiosos, para os quais se atribui o poder da fé como o elemento sugestionador para a cura.

Dessa forma, Freud se remete à origem sacerdotal da medicina, queixando-se, ao mesmo tempo, da perda do poder e da capacidade do médico inspirar a mesma confiança e admiração que possui o curandeiro religioso.

A solução apontada para o estabelecimento de confiança entre médico e paciente é o uso do *rapport*, equivalente ao que faz o hipnotizador frente ao hipnotizado, visando à sugestão que, por sua vez, exige credulidade.

Para que isso ocorra, Freud registra a existência do potencial diferenciado entre profissionais, diretamente relacionado com a personalidade destes, capazes ou não de despertar a confiança do enfermo. “Há médicos cuja capacidade de conquistar a confiança dos doentes tem um grau mais elevado que em outros; nesses casos, é freqüente o enfermo já sentir alívio ao ver o médico entrar em seu quarto.” (p. 275).

Segundo Freud, um empecilho para a relação médico-paciente é quando um não pode *escolher* o outro. Um fato muito freqüente nas instituições, sobretudo as públicas, nas quais não há a possibilidade do paciente escolher o profissional que lhe inspira confiança, para o qual estaria disposto a se “desnudar psiquicamente” e a se deixar influenciar por seu saber.

Embora ainda não se refira ao fenômeno transferencial, Freud alerta os médicos para o seu poder de invocar fantasias no doente, sustentando que o profissional deve prevenir-se de tais investimentos:

Há toda uma série de meios psíquicos muito eficazes de que o médico deve privar-se. Ou não tem o poder, ou não pode arrogar-se o direito de invocá-los. Isso aplica sobretudo à provocação dos afetos mais intensos e, portanto, aos meios mais importantes pelos quais o anímico atua sobre o físico (...) Estaria estes em seu poder provocar medo e temor para fins curativos, mas, exceto no caso de crianças, ele deve ponderar muito sobre o recurso a essas medidas perigosas. Por outro lado, *o médico deve romper todas as relações com os doentes que estejam ligadas a sentimentos de ternura*, [itálicos meus] por causa da significação vital desses estados anímicos. (p. 276-7).

O médico vienense temia e alertava os colegas para o fato das emoções provocarem efeitos desconhecidos e até incontrolláveis sobre o organismo do paciente e sobre a própria conduta deste, a ponto de deixar o médico impotente diante da relação e dos sentimentos inerentes a ela. “O destino muita vezes cura as doenças através das grandes emoções de alegria, da satisfação das necessidades e da realização dos desejos, com os quais o médico, amiúde impotente fora de sua arte, não pode rivalizar.” (p. 277).

Como forma de tratamento inovador, para a época, refere-se à hipnose como instrumento de cura, pois esta técnica investiria o médico do poder mágico dos sacerdotes de outrora. Seu interesse recaía na *relação* hipnotizador-hipnotizado, como fator crucial no fenômeno da hipnose, como pode ser verificado a seguir:

... a marca mais significativa da hipnose, e para nós a mais importante, reside na atitude do hipnotizado perante o hipnotizador. Enquanto o hipnotizado comporta-se perante o mundo externo como se estivesse adormecido, com todos os seus sentimentos desviados dele, está *desperto* para a pessoa que o hipnotizou (...) Esse fenômeno, chamado *rapport* na hipnose, encontra um paralelo na maneira como algumas pessoas dormem – por exemplo, a mãe que está amamentando um filho. (p. 278).

É, então, assinalado o *tom mágico* da palavra (da fala) do hipnotizador e à situação de dependência e de submissão que a técnica induz, que seria semelhante à posição dos filhos perante os pais, e dos amantes entre si. “A combinação da estima exclusiva com a obediência crédula costuma estar entre as marcas distintivas do amor.” (p. 280).

A sugestão é descrita como fenômeno evidente, mesmo fora de situações hipnóticas e está diretamente ligada ao poder que uma pessoa tem sobre a outra. Por isso, Freud destaca, nesse texto, os ganhos que a psicologia e a medicina estavam obtendo a partir da hipnose, comparando o médico ao hipnotizador e o doente ao hipnotizado.

Tal comparação também é feita quanto às limitações da prática médica e também da hipnose, pois embora exista uma situação de submissão na segunda, esta não é incondicional. Por exemplo, é possível verificar a oposição às ordens que

contrariam a moral do hipnotizado, da mesma forma que se observa a renúncia (consciente ou não) ao tratamento por parte do enfermo: “... quando lidamos com um doente e o impelimos, através da sugestão, a renunciar a sua doença, notamos que isso significa para ele um grande sacrifício, e não uma pequena oferenda.” (p. 284).

Nessa citação, Freud faz menção às suas observações sobre a resistência ao tratamento, por parte do paciente, conforme também já aponte, quando descrevia, páginas atrás, sua resenha sobre o livro de Forel.

Nesse artigo, apresentam-se também alguns esboços dos primórdios do método que viria ter na fala o instrumento essencial para o tratamento das doenças ditas psíquicas:

Agora começamos também a compreender a “magia” das palavras. 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. (p. 276).

No ano seguinte, 1891, Freud escreveu o artigo *Hipnose*, no qual menciona a necessidade de certos cuidados éticos (1990d:163) face à possibilidade do profissional ser acusado de abuso por parte do paciente. Recomenda algumas medidas para evitar tais transtornos, mas alerta que as mesmas podem ser empecilhos ao tratamento, como, por exemplo, a presença de um outro profissional. Todavia, afirma que esses transtornos devem ser afrontados como riscos próprios ao exercício da profissão médica.

Freud deixa transparecer nesta recomendação, mesmo não sendo explícito, que a acusação de abuso, porventura atribuída a um profissional, pode ser produto da imaginação (fantasias) do paciente. Embora, por outro lado, não descarte a existência de condutas antiéticas de alguns colegas.

Em outras palavras, penso que Freud conjectura sobre a posição dos sujeitos dentro da relação médico-paciente, criando uma atmosfera propícia ao envolvimento emocional ou até sexual.¹¹

Ainda no artigo *Hipnose*, é destacada a importância do preparo emocional do médico para que este possa saber lidar com as resistências à técnica e, por consequência, ao tratamento. E, falando em termos da resistência à hipnose, afirma que ela não exige fé, bastando a colaboração e a obediência do paciente às ordens do profissional. (1990d:162-7).

Este mesmo comentário, curiosamente, é feito em 1913, no artigo *Sobre o início do tratamento*, quando ele recomenda aos médicos que não esperem e não façam exigência de fé à psicanálise aos seus pacientes (1969c:167). Estes devem apenas seguir seu enquadramento e manter-se na livre associação.

Tanto no artigo de 1891, quanto no de 1913, Freud demonstra que o poder de influência da figura do profissional pode levar o paciente a *ressignificar* ou a *elaborar* o seu sofrimento. Este poder do profissional estaria na associação que o paciente faz com figuras importantes e capazes de impor ordens, direta ou indiretamente, como, por exemplo, os seus pais.

As fantasias do paciente acerca desse poder do profissional, associando-o às figuras detentoras de autoridade, também residiriam na postura assumida por este último - aquele que sabe sobre o paciente e sua doença e detém o poder na relação. Isto seria semelhante à relação pai-filho, na qual o primeiro costuma decidir quais os hábitos que o segundo deve adotar e até os caminhos a serem seguidos. Tal associação pode ser exemplificada, dentro da relação profissional, na ordem do hipnotizador para o paciente dormir e na recomendação do analista, ao seu cliente, que se deite antes de começar a falar.

Essa recomendação para o analisante deitar no divã (ou o paciente dormir, no caso da hipnose) seria equivalente às ordens paternas, conforme apontou Sandor

¹¹ Comentários semelhantes são feitos por Freud no artigo *Observações sobre o amor transferencial*, publicado em 1915. Neste momento, fala especificamente do amor transferencial, inclusive fora do contexto da psicanálise, onde tende a ser mascarado. (Freud, 1969e:208-21, passim).

Ferenczi em 1909, no livro *Introjeção e transferência*, citado por Freud em *Psicologia das massas e análise do eu*.(1976c:160)¹².

A ordem para dormir ou deitar, do hipnotizador ou do psicanalista, respectivamente, seria similar às ordens dos pais para a criança se afastar da realidade e se entregar ao inconsciente e, por conseqüência, a seus desejos (o sonho). Para o paciente, portanto, o profissional está substituindo os pais; está na posição um dia ocupada por eles. Isto, naturalmente, pode levar à transferência dos investimentos psíquicos da infância para aquele momento.

Em *Psicologia das massas*, 30 anos após a publicação do artigo *Hipnose*, Freud registra que o princípio desta técnica não se baseia em percepção e raciocínio, e sim no vínculo erótico¹³, havendo uma relação direta entre o estar amando e a hipnose.

Do estado de estar amando à hipnose vai, evidentemente, apenas um certo passo (...) Existe a mesma sugestão humilde, que há para o objeto amado (...) A relação hipnótica é a devoção ilimitada de alguém enamorado... (1976c:144-5).

Retornando ao período em que se dá a formação do saber psicanalítico, sabemos que em 1893 Freud e Joseph Breuer publicaram o artigo *Comunicação preliminar*, seguido, em 1895, do livro *Estudos sobre a histeria*, no qual se incluem o ensaio lançado dois anos antes.

Em *Estudos sobre a histeria* ambos expõem o trabalho e as idéias acerca desse mal antigo - a histeria - que foi e ainda é, alvo de várias constelações explicativas, tendo sido um fenômeno endêmico no final do século XIX e princípio do século XX em Viena e em toda Europa urbana.¹⁴

¹² Ressalto o fato desta obra, na edição *Standard Brasileira*, estar nomeada como *Psicologia de grupo e análise do ego*.

¹³ Em uma carta (09/02/1909) a um amigo, o pastor Oskar Pfister, Freud chama atenção para a transferência erótica (vínculo erótico) entre os fiéis e o líder religioso. Este fenômeno, segundo Freud, possibilitaria o poder deste último em influenciar e comandar seus seguidores, conforme o que se segue: "Junto ao senhor encontram-se jovens atraídos à sua pessoa, com conflitos recentes prontos para sublimação, e para a forma mais cômoda da mesma, a sublimação religiosa. O senhor certamente não duvida de que seu sucesso tem sido alcançado através do mesmo caminho pelo qual o nosso é, ou seja, através da transferência erótica à sua pessoa." (Freud, 1998:25-6).

¹⁴ Cf. Trillat, 1991.

É apresentada uma forma de tratamento baseada na tese de que tal patologia seria originária de um trauma não extravasado, recalcado a regiões não conscientes do psiquismo. Tal situação decorreria da incapacidade do sujeito reagir adequadamente a um fato que teria gerado grande excitação, provocando, assim, o estrangulamento do afeto em relação à sua representação.

A técnica consistia em expressar o *afeto* estrangulado no discurso, ou seja, a força atuante do trauma não simbolizado ganharia vazão por intermédio da fala. Breuer denominou este processo de método catártico.¹⁵

O alcance do método catártico foi observado no que Breuer efetuou na paciente conhecida como Anna O.. Em alguns momentos, quando estava sendo atendida, Ana O. usava, em inglês, a expressão *Chimmey-sweeping* (limpeza de chaminé) para descrever o alívio que sentia ao falar de si para o médico. Para esse processo denominava, também em inglês, *talking cure* (cura pela fala).¹⁶ Assim, começava a nascer a idéia de que o represamento de um afeto poder provocar o adoecimento, e a fala como o instrumento a ser utilizado para superá-lo.

Quando a reação é reprimida, o afeto permanece vinculado à lembrança. Uma ofensa revivida, mesmo que apenas com palavras, é recordada de modo bem diferente de outra que teve que ser aceita. A linguagem também reconhece essa distinção, em suas conseqüências mentais e físicas; de maneira bem característica, ela descreve uma ofensa sofrida em silêncio como “uma mortificação”. A reação da pessoa insultada em relação ao trauma só exerce um efeito inteiramente “catártico” se for uma reação *adequada* – como, por exemplo, a vingança. Mas a linguagem serve de substituto para a ação; com sua ajuda, um afeto pode ser ‘ab-reagido’ quase com a mesma eficácia. Em outros casos, o próprio falar é reflexo adequado; quando, por exemplo, essa fala corresponde a um lamento ou é a enunciação de um segredo torturante, por exemplo, uma confissão. Quando não há uma reação desse tipo, seja em ações ou palavras, ou, nos casos mais benignos, por meio de lágrimas, qualquer lembrança do fato preserva sua tonalidade afetiva do início. (1987a:45-6).

É possível perceber que neste fragmento está contido um resumo das idéias de Breuer e Freud a respeito do método catártico, bem como a base teórica que

¹⁵ A origem do termo catarse reporta-se à *Poética* de Aristóteles, uma vez que o termo catarse vem do grego *Catharsis*, significando purificação ou purgação, conforme pode ser verificado na citação a seguir: “A tragédia é a representação de uma ação elevada, de alguma extensão e completa, em linguagem adornada (...) despertando a piedade e temor, tem por resultado a catarse dessas emoções. [itálicos meus] (...) O efeito da tragédia se manifesta mesmo sem representação e sem atores...” (Aristóteles, 1999:43 e 45).

¹⁶ Freud e Breuer, 1987a:64-5.

fundamentava sua prática terapêutica. Além disso, trata-se do primeiro trecho, destinado ao público, em que aparecem os termos ab-reação¹⁷ e catarse.

O objetivo do método catártico era promover a descarga emocional de maneira que libertasse o *afeto* ligado à recordação do evento traumático (ab-reação). Dessa forma, tal lembrança, uma vez recordada, deixava de ser eliciadora de dor e sofrimento para o sujeito.

O veículo para a catarse, como foi mencionado anteriormente, é a fala. Falar de si, limpar as sujeiras psíquicas, como disse Anna O. metaforicamente, permite ao sujeito *ressignificar* suas vivências e a afetividade de suas lembranças.

Para chegarem a essa conclusão, os dois autores contaram exatamente com a fala de suas pacientes: Breuer usava a hipnose para induzir suas pacientes à rememoração do trauma e à catarse deste, tendo o discurso como via. Freud, por sua vez, utilizou a técnica de Breuer por algum tempo, mas foi modificando sua forma de atuação, conforme explanarei a seguir.

A primeira paciente com a qual Freud fez uso da hipnose por um período mais extenso, conforme está registrado em *Estudos sobre a histeria* (p. 79), foi a senhora Emmy von N.. Freud teria trabalhado com ela sete ou oito semanas, possivelmente entre os anos de 1889 e 1890, em uma casa de saúde de Viena.¹⁸

Em relação a essa paciente, destaco a referência de Freud às limitações da técnica hipnótica, quando mencionou a inacessibilidade aos conteúdos psíquicos mesmo quando ela estava em estado de consciência alterado. Haveria, portanto, uma resistência a ser superada. “Embora não se possa negar que no estado de sonambulismo ela era altamente sugestionável, estava longe de exibir uma ausência patológica de resistência.” (p. 120).

Pode-se dizer que, mesmo nos anos áureos da hipnose, Freud admitia as deficiências desta técnica.

¹⁷ Antes disso, numa carta a Wilhelm Fliess, em 29 de junho de 1892, Freud usou esse termo. “O motivo pelo qual estou escrevendo para você é porque Breuer concordou que publicássemos juntos a *teoria da ab-reação* [itálicos meus] e nosso trabalho sobre a histeria.” [tradução minha] Cf. Freud, 1954:62.

¹⁸ Declarou Freud “... foi o primeiro caso em que empreguei o método catártico em larga escala.” Cf. Nota de rodapé, p. 125.

Entre os anos de 1892 e 1893, Freud atendeu duas pacientes: Lucy R. e Elisabeth von R.. O marco destes dois casos está no abandono da hipnose e o uso da técnica da pressão sobre a fronte como forma de sugestão, principalmente no tratamento da segunda.

Freud confessa, ao descrever o caso clínico Lucy, que não se sentia à vontade com a hipnose e percebia limitações pessoais em usá-la (pp. 128-9). Cômico que nem todos os pacientes são hipnotizáveis, ele “... pedia apenas ‘concentração’; e ordenava ao paciente que se deitasse e deliberadamente fechasse os olhos como meio de alcançar essa ‘concentração’.” (p. 129).¹⁹

Incomodado por ter abandonado a hipnose, que seria, naquele momento, a única forma segura de provocar catarse, uma vez que colocava o paciente em um estado alterado de consciência, Freud recorre à técnica aprendida em Nancy com Bernheim, baseada em uma ordem e pressão da mão²⁰ sobre a testa. Esta técnica também era capaz de levar o paciente a recobrar lembranças, mesmo fora da hipnose.

Esboçando confiança nesse método, apontava poucas possibilidades de falha quando é empregado com segurança. Ao descrever alguns problemas que o método da pressão poderia trazer, afirma, inicialmente, que seriam apenas dois os obstáculos a serem superados para o desenvolvimento da técnica com eficiência. Após apresentá-los,²¹ aponta para um terceiro empecilho, caracterizando-o como oriundo de fontes externas e não inerente ao material psíquico apresentado.

Esse último é enfatizado como o pior deles a ser enfrentado: “Isso acontece quando a relação entre o paciente e o médico é perturbada (...) No entanto, podemos esperar encontrá-lo em qualquer análise relativamente séria.” (p. 291). Ressaltando a origem desta perturbação em pensamentos eróticos, assinala como tática para sua

¹⁹ No artigo, *Sobre o início do tratamento* (1913), mencionado anteriormente, Freud refere-se aos rituais psicanalíticos, especialmente o uso do divã, como um resquício desse momento. (Cf. Freud, 1969c:176).

²⁰ A técnica da pressão remete-se ao magnetizador alemão Franz Anton Mesmer que, no século XVIII, afirmou a existência da influência (magnética) de um corpo sobre outro. (Trillat, 1991:85-104). No século XIX, um dinamarquês chamado Carl Hansen aplicava os conhecimentos de Mesmer. Freud assistiu uma apresentação sua, em Viena, quando ainda era graduando. Tal experiência foi apontada, por ele mesmo, como a origem do seu interesse pela hipnose. (1976f:28).

²¹ Os dois obstáculos são: 1) quando “... não há nada a ser encontrado – e isso é algo que podemos reconhecer pela completa serenidade da expressão facial do paciente” e, 2) quando se esbarra “... numa resistência que só pode ser superada mais tarde (...) algo que podemos inferir da expressão facial do paciente, que se acha tensa e dá mostras de esforço mental.” (Freud, 1987a:290).

superação o amor do médico (seu empenho e cordialidade), somado à cooperação do paciente.

Fazendo uso exclusivo da pressão das mãos e por ter presenciado uma situação na qual Bernheim obteve mais sucesso neste empreendimento do que quando havia hipnotizado uma paciente, Freud chega à seguinte decisão: “Resolvi partir do pressuposto de que meus pacientes sabiam tudo o que tinha qualquer significado patogênico e que se tratava apenas de uma questão de obrigá-los a comunicá-lo.” (p. 130). Em outras palavras: o paciente sabe, embora inconscientemente, dos fatores relacionados com a sua história de vida que o levou a adoecer. Dessa forma, a hipnose não seria necessária para fazê-lo lembrar e resgatar o afeto estrangulado, bastaria ao profissional criar uma relação de confiança e respeito com o mesmo, permitindo, assim, que ele possa *falar com emoção*.

Isto significou mais um passo na ruptura freudiana com o discurso fundado no saber do profissional, pois revela, implicitamente, que é o paciente o possuidor dos conhecimentos acerca de sua patogenia.

Com a outra paciente, a senhorita Elisabeth, Freud dá outros grandes saltos no caminho que seguiu até essa ruptura. Sendo esta paciente uma pessoa resistente à hipnose, ele optou por dispensar a técnica hipnótica. Seus ganhos são descritos no que se segue:

... foi a primeira análise integral de uma histeria empreendida por mim, cheguei a um processo que mais tarde transformei num método regular e empreguei deliberadamente. (...) Eu começava por fazer com que a paciente me contasse o que sabia e anotava cuidadosamente os pontos em que alguma seqüência de pensamentos permanecia obscura ou em que algum elo na cadeia causal parecia estar faltando (...) Enquanto fazia o relato, ela [Elisabeth] não ficava sob hipnose, mas eu a fazia deitar-se e conservar os olhos fechados, embora não me opusesse a que os abrisse ocasionalmente, mudasse de posição, se sentasse e assim por diante. (p. 155).

Freud admite, ao longo da descrição e da discussão da história do tratamento de Elisabeth, o incômodo frente ao método de simplesmente ouvir a fala da paciente

e, também, um sentimento de “estranheza”, ao perceber que seus relatos de casos clínicos pareciam como contos.

Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e eletroprognósticos, e ainda me causa estranheza que os relatos dos casos que escrevo pareçam contos e que, como se poderia dizer, falte-lhes a marca da seriedade da ciência. Tenho de consolar-me com a reflexão de que a natureza do assunto é evidentemente a responsável por isso, e não qualquer preferência minha. A verdade é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte alguma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, como as que estamos acostumados a encontrar nas obras dos escritores imaginativos, me permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso de sua afecção. Os casos clínicos dessa natureza devem ser julgados como psiquiátricos; entretanto, possuem uma vantagem sobre estes últimos, a saber: uma ligação íntima entre a história dos sofrimentos do paciente e os sintomas de sua doença – uma ligação pela qual ainda procuramos em vão nas biografias das outras psicoses. (p.172).

Admitiu também que, como médico, percebia as confissões da paciente, à primeira vista, como sendo uma grande decepção: “... nós [os médicos] nos contentávamos com a afirmação de que um paciente era constitucionalmente histérico e sujeito a desenvolver sintomas histéricos sob a pressão de excitações intensas de *qualquer natureza*.” (p. 159).

Não conseguia entender, naquele momento, como as confissões da paciente, fora da hipnose, pudesse ajudar na cura ou pelo menos oferecer-lhe alguma explicação para as patologias.

Não era fácil verificar que tipo de influência a Srta. Elisabeth poderia obter da recapitulação da história de seus sofrimentos de anos recentes – com os quais todos os membros da sua família estavam acostumados – para um estranho que a ouvia com solidariedade apenas moderada. (p. 159).

Mais adiante, afirma ter sido obrigado a admitir que a paciente estava certa e sem ela não teria lançado novas luzes sobre a histeria. E, ao descrever a insistência da paciente em querer ser simplesmente ouvida, resistindo à hipnose, Freud revela, mais uma vez de forma implícita, o fenômeno transferencial que, talvez, começava a vislumbrar.

... ela nunca deixou de repetir que ainda se sentia doente e que suas dores continuavam intensas, como sempre; e, quando dizia isso olhando-me com

sua expressão maliciosa de satisfação por eu estar confuso, eu não podia deixar de me lembrar da opinião do velho Sr. von R. sobre sua filha predileta – que ela era muitas vezes “insolente” e “convencida”. Mas eu era obrigado a admitir que ela estava certa. (p. 160).

A experiência clínica que Freud teve com Emmy e com Elisabeth, deu-lhe subsídios para que evoluísse da hipnose para o procedimento da *associação livre*. Contudo, o melhor exemplo dos ganhos obtidos por Freud ao ouvir as confissões de suas pacientes, sem hipnotizá-las, pode ser verificado no relato do caso Katharina, também contido em *Estudos sobre a histeria*.

• O nascimento do discurso psicanalítico

Freud estava de férias nos Alpes Orientais, mais precisamente na montanha Rexalpe, em agosto de 1893. Após escalá-la e chegar ao seu topo, é abordado por uma jovem de dezoito anos, que se queixa de falta de ar, cefaléia, vertigens e outros sintomas diagnosticados por ele como próprios à histeria.

Curioso sobre como tal patologia pudesse ter-se desenvolvido em uma altitude tão elevada, e certo que a hipnose ou a técnica da pressão naquela situação não pareciam adequadas, decide fazer uso daquilo que denominou uma “simples conversa”. (p. 144).

Não se tratava apenas de um palpite técnico para ajudar a moça tristonha, clemente à sua ajuda. Freud possuía um arcabouço teórico acerca da origem dos sintomas histéricos e aquele período correspondia ao interstício do atendimento de Emmy e Elisabeth, nos quais, principalmente no último, chegou a abandonar o uso da hipnose e se ‘limitar’ a ouvir o relato das mesmas.

Para poder oferecer uma visão mais clara das hipóteses e procedimentos de Freud com respeito a Katharina, transcrevo o trecho a seguir:

Eu havia constatado com bastante frequência que, nas moças, a angústia era consequência do horror de que as mentes virginais são tomadas ao defrontarem pela primeira vez com o mundo da sexualidade.

Então lhe disse:

- Se você não sabe, vou dizer-lhe como *eu* penso que você passou a ter ataques. Nessa ocasião, há dois anos [quando começaram os sintomas], você deve ter visto ou vido algo muito constrangedor e que preferia muitíssimo não ver. (p. 144-5).

Freud tinha suas hipóteses a respeito da origem do mal que afligia a jovem. Um ponto interessante de transição, pois é evidente a presença do discurso médico: “Se você não sabe, vou lhe dizer como *eu* penso que você passou a ter seus ataques...”²² Por outro lado, fornece espaço para a interlocutora discursar sobre o problema, como se houvesse um ‘misto’ de um Freud dentro do discurso médico e outro na gênese do discurso psicanalítico.

Katharina teve uma compreensão do problema que atravessava a partir daquela exposição de Freud, registrada na última citação. Ela começou, então, a fazer associações dos eventos recentes de sua vida e outros de outrora, percebendo que essas lembranças poderia ser o cerne do seu sofrimento.

Após efetuar a associação entre os seus sintomas e uma cena de dois anos antes, Katharina começa a discorrer sobre sua história pregressa, usando, inicialmente, uma frase que revela o tipo de poder que se institui à figura do médico: “Suponho que se pode contar *tudo*²³ a um médico.” (p. 145).

Para Mahony (1990:35), o caso clínico de Katharina representa o alvorecer da psicanálise, uma vez que Freud faz uso apenas da livre associação, mesmo que ainda não a tenha denominado desta forma.

Nesta linha, Martins (1999), que dedicou uma dissertação de mestrado ao caso Katharina, afirma que neste encontro houve a ruptura do pensamento freudiano

²² Mais adiante (p. 149), investigando o que seria a origem do trauma, Freud diz: “Diga-me apenas uma coisa. Qual foi a parte do corpo dele que você sentiu naquela noite?” Uma clara referência a hipótese da genealogia da histeria vinculada a questões sexuais e que ele, como médico, *sabia* exatamente do que se tratava.

²³ Mahony (1990:45) afirma, em nota de rodapé, que na edição alemã (*Gesammelte Werke*) esse termo não está em itálico e tal feito se deve a James Strachey. Mahony prefere usar a expressão *qualquer coisa* (pronomes indefinido + substantivo feminino), ao invés de *tudo* (simplesmente o pronome indefinido). A frase ficaria assim: “... pode-se dizer qualquer coisa a um médico.”

com a tradição médica (p. 161), considerando que não se tratou apenas de uma “simples conversa”. Escreve o citado autor:

... a natureza do diálogo que Freud manteve com Katharina, de fato, abrange toda a gama de novidade clínica que podemos observar não apenas do ponto de vista do uso de uma matriz clínica como forma de compreensão do psiquismo, como também traz o elemento novo: o diálogo como tendo o valor de técnica, mesmo que não explicitado como tal. E nesse sentido, estamos elevando o diálogo de Freud e Katharina a uma condição paradigmática do tratamento dos sintomas histéricos, em *modus operandi*, já nesse início da clínica freudiana, se pensássemos a literatura psicanalítica com um todo (...) Freud pareceu confiar naquela conversa, no sentido de produzir lembranças em Katharina. Então, o objetivo da psicoterapia parecia, de forma geral, estar assegurado (...) Freud parecia crer na existência de um processo associativo, que se desenvolvia no decorrer do relato da jovem Katharina, enquanto esta descrevia o que lhe teria acontecido, portanto, enquanto a jovem relatava um fato, outros novos surgiam (...) o diálogo estava funcionando para Freud como técnica. (pp. 145, 146 e 147).

O livro *Estudos sobre a histeria* é encerrado com o capítulo *Psicoterapia da histeria*, escrito por Freud, no qual foi explicado como funciona o método psicoterapêutico proposto pelos dois autores. Ao ressaltar que existem obstáculos ao mesmo, destaca, entre eles, contingências da própria relação médico-paciente. Fica evidente, que tal relação começa a ganhar destaque no discurso freudiano quanto ao sucesso ou ao fracasso do tratamento, conforme descrevi nos recortes feitos linhas atrás.

Freud começa a perceber, *pari passu*, que o vínculo estabelecido com o médico repete outros laços estabelecidos pelo paciente, especialmente aqueles mais significativos. Sobre isso, enfatiza Lagache: “São os fracassos da análise catártica e da sugestão com imposição de mãos que o levam a questionar especificamente as perturbações da relação médico-paciente.” (1990:08).

As perturbações do relacionamento médico-paciente, de que fala Freud em *Estudos sobre a histeria*, referiam-se às resistências do primeiro ao tratamento, cujo principal fator identificado como a origem deste problema, foi a associação do terapeuta a lembranças de fatos ou de pessoas do passado do enfermo. Tal atitude, denominou-se, inicialmente, de *falsa ligação*. (Freud, 1987a:94-7).

O grande marco, nesse momento da obra de Freud - de interesse fundamental para a presente investigação - é o fato de ele ter percebido e nomeado esse evento, ligado a repetições e resistências ao tratamento, como *transferência*. Trata-se de uma repetição observada, via recordação ou atuação, das cenas e objetos do passado do paciente, transferidas ao relacionamento com o profissional.

Ao analisar as situações relacionadas ao encontro médico-paciente, verificou que o enfermo, de forma inconsciente, colocava o profissional numa posição de substituto de figuras importantes.

A transferência²⁴ para o médico se dá por meio de uma falsa ligação. (...) Numa de minhas pacientes, a origem de um sintoma histérico específico estava num desejo, que ela tivera muitos anos antes (...) que o homem com quem conversava na ocasião ousasse tomar iniciativa de lhe dar um beijo (...) O desejo assim presente foi então, graças à compulsão a associar que era determinante na consciência da paciente, ligado a minha pessoa (...) provocou-se o mesmo afeto que forçara a paciente, muito tempo antes, a repudiar esse desejo proibido. Desde que descobri isso, tenho podido, todas as vezes que sou pessoalmente envolvido de modo semelhante, presumir que uma transferência e uma falsa ligação tornaram a ocorrer. Curiosamente, a paciente volta a ser enganada todas as vezes que isso se repete. (pp. 291-2).

Como foi mencionado anteriormente, o objetivo do tratamento catártico era retirar das trevas da mente do doente as lembranças sobre o incidente eliciador dos sintomas. Por meio da fala, o paciente deveria despertar a lembrança e associá-la a uma emoção. O aparelho psíquico começava a ser visto em termos de um aparelho de linguagem, cuja expressão, via fala, tornar-se-ia instrumento de cura.²⁵

Cabe destacar, entretanto, que essa passagem do discurso médico para o discurso psicanalítico não deve ter sido fácil para Freud, pois sendo médico, estava inserido dentro do discurso que sustenta essa profissão. Ao hipnotizar ou usar de qualquer outra técnica sugestiva para fazer o paciente falar, a ordem médica se fazia presente. Embora se adote uma postura de escuta, o objetivo é convencer o paciente

²⁴ Esta é a primeira referência, na *Standard*, da palavra *transferência* (*Übertragung*) no seu sentido psicanalítico.

²⁵ Na realidade, em termos de formulação, essa concepção já havia sido apresentada por Freud, pelo menos cinco anos antes da publicação dos *Estudos sobre a histeria*, como pode ser verificado no artigo *Tratamento psíquico (tratamento da alma)*, de 1890, já citado aqui; e, principalmente, em *A interpretação das afasias* (1891). Neste, Freud apresenta o aparelho lingüístico como o elemento estruturante do aparelho psíquico: "Pretendemos agora ver (...) o que é que nos ensina o estudo das perturbações da linguagem em torno da função deste aparelho. A este propósito pretendemos separar o mais possível o aspecto psicológico do anatômico, do objeto em exame." (Freud, 1977:66-7).

de que ele, o médico, possui o saber sobre o seu sofrimento, sendo que, a este saber, deve-se obediência.

Além disso, a hipnose e a sugestão baseiam-se na tentativa de eliminar a doença, excluindo qualquer possibilidade do paciente elaborá-la ou mesmo compreender as razões que o levaram a tal condição.

O nascimento do discurso psicanalítico passou, portanto, pela suplantação da hipnose e da sugestão; e isso significa a superação do discurso médico. Em outras palavras, com o nascimento da psicanálise, aquele que sabe, ou tem a possibilidade de obter o saber sobre a doença e suas causas, é o próprio doente.

Em *Estudos sobre a histeria* também aparecem os primeiros sinais do que viria ser a *associação livre* - conforme mencionei ao descrever os relatos clínicos de Elisabeth e Katharina - e a *atenção flutuante*²⁶, como pode ser verificado a seguir:

Durante a análise (...) adoto como norma reservar minha avaliação da reminiscência que surge independente do reconhecimento da mesma pelo paciente. Jamais cansei de repetir que somos forçados a aceitar tudo o que nossa técnica traz à luz. Se houver algo nela que não seja autêntico ou correto, mais tarde o contexto nos dirá para rejeitá-lo. (p. 289).

Dessa forma, em *Estudos sobre a histeria*, têm-se os elementos essenciais do discurso psicanalítico, mesmo que suas formulações ainda estejam um tanto toscas, se comparadas com o polimento que receberam ao longo dos estudos posteriores a essa obra. Tais elementos são: a *associação livre*, a *atenção flutuante* (que é a contrapartida do psicanalista) e a *transferência*. Na associação livre, o saber, antes centralizado na figura do médico, passa a ser valorizado no discurso do paciente, e é este procedimento de Freud que demarca seu rompimento com a ordem médica.

A transferência, conforme assinala Birman (1991:171), ocupava ainda uma posição periférica, embora sua formulação estivesse implícita nas articulações conceituais de Freud. Seu contexto se baseava na idéia de resistência à cura e era percebida como um obstáculo inevitável ao tratamento. Não sendo a transferência

²⁶ Esta nomeação apareceu em 1912, no artigo *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. (Freud, 1969b:149-150).

tratada como motor do processo psicanalítico, outro eixo do trabalho, a interpretação “... permanece sendo uma comunicação consciente, racional, daquilo que é desvendado por uma simples investigação e reconstrução do passado traumático.” (Ibid.:175).

- **A transferência como fenômeno universal e instrumento estratégico da psicanálise**

Em 1901, quando Freud escreveu o “Caso Dora” (*Fragmentos da análise de um caso de histeria*), só publicado em 1905, refere-se a este fenômeno usando o plural – *transferências* - pois passa a considerá-lo dentro de todas as relações inter-humanas, portanto, universal e não exclusivo do campo analítico.

Freud afirma no posfácio (1989a:110) a esta obra, que o que cura é o médico, ou seja, sua presença, sua relação com o paciente, e não o método. Portanto, a transferência passa a ser um instrumento estratégico para o tratamento, e não mais um obstáculo a ser superado, conforme assinalava em *Os estudos sobre a histeria*.

O tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras coisas ocultas na vida anímica. (...) A transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente. (pp. 111-2).

Ressaltando que a psicanálise não cria a transferência, apenas a revela, Freud aponta para o fato de esta ser observada em relações entre médico e paciente fora do espaço analítico. Nesses casos o amor transferencial tende a ser traduzido como simpatia e confiança. Se isto não ocorre, o paciente busca outro profissional que lhe traga esses sentimentos, caso seja possível.²⁷

²⁷ Um comentário parecido é feito no artigo *Tratamento psíquico* (1890): “... a abolição da livre escolha do médico, aniquila-se uma importante condição para influenciar o doente em termos anímicos [itálicos do autor].” (Freud, 1989b:276).

Para a psicanálise, esses sentimentos despertados em relação ao profissional, sejam amistosos ou hostis, são aproveitados para os fins que a mesma se propõe. Tais sentimentos são referenciados como sintomas criados pelo vínculo com o médico, representando, assim, uma reedição de conteúdos mnêmicos de relacionamentos do pretérito do paciente.

O paciente monta, no presente, a mesma *cena fantasmática* do passado. Estabelece-se uma *equação simbólica* entre a cena fantasmática e a cena da relação médico-paciente. O desvendamento da segunda é a condição da possibilidade de se explicitar a primeira, que pertence a história do sujeito. (Birman, 1991:174).

A montagem dessa cena é o que Freud chamou de *neurose de transferência*, como é explicado no artigo de 1914 *Recordar, repetir e elaborar*:

... uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para outra é efetuada.(...) A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. Trata-se de um fragmento de experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada. (1969d:201).

O objetivo da psicanálise passa a ser a cura da neurose infantil por meio desta neurose artificial, onde o passado poderá ser revivido por meio das recordações das ações repetitivas mencionadas por Freud na citação acima.

A neurose de transferência está diretamente vinculada às multicitadas ações repetitivas, cujo conceito Freud introduziu nesse artigo de 1914, como *compulsão à repetição*.

O que nos interessa, acima de tudo, é, naturalmente, a relação desta compulsão à repetição com a transferência e com a resistência. Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que *a repetição é uma transferência do passado esquecido*, [itálicos meus] não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual. (1969d:197).

Retomo, então, o ponto de compreensão da transferência como uma repetição de um passado esquecido e, também, uma forma de resistência ao tratamento.

No que diz respeito à repetição, o que se tem é o resgate, por via da relação com a figura do profissional, dos *afetos* estrangulados pelo processo de recalçamento que os separaram da representação original.

Assim, essas manifestações psíquicas são reeditadas sobre o objeto que ocupa uma posição específica. No caso, é para aquele está em uma posição de cuidador. Como tal, é investido de poderes para sugestionar mudanças na vida de quem faz tais investimentos.

Estar sob cuidados e às ordens de outrem é ficar suscetível a um processo de reedição do “infantil”, principalmente no que se refere aos sentimentos ambivalentes para as figuras maternas e paternas. Dizendo isso de outra maneira, a transferência é uma reedição do *Complexo de Édipo*:²⁸

... o paciente não fica satisfeito de encarar o analista, à luz da realidade, como um auxiliar e conselheiro (...) Pelo contrário, o paciente vê nele o retorno, a reencarnação, de alguma importante figura saída de sua infância ou do passado, e, conseqüentemente, transfere para ele sentimentos e reações que, indubitavelmente, aplicam-se a esse protótipo (...) A transferência é *ambivalente*: ela abrange atitudes positivas (de afeição), bem como atitudes negativas (hostis) para com o analista, que, via de regra, é colocado no lugar de um ou outro dos pais do paciente (...) Uma vez que a transferência reproduz a relação do paciente com seus pais, ela assume também a ambivalência dessa relação. (Freud, 1975:201-3).

No que diz respeito às resistências, dois pontos cruciais precisam ser assinalados.

O primeiro deles se refere ao comportamento do paciente em relação ao tratamento, pois, segundo Freud, os primeiros indícios de resistência podem ser percebidos nas manifestações transferenciais para o profissional. Repetem-se, em forma de *atuação* (acting-out) compulsiva, as fantasias que se estabeleceram por figuras importantes da história psíquica. (1969d:196-7).

²⁸ Em 1909, na publicação do relato clínico “O Homem dos ratos” (*Notas sobre um caso de neurose obsessiva*) Freud (s.d.:196-211) aponta para a ambivalência dos sentimentos aos pais, sendo transferida ao analista. Por isso, passa a diferenciar os sentimentos ternos ou hostis de, *transferência positiva* ou *transferência negativa*, respectivamente.

Esta atitude seria uma forma de *repetir* o vivenciado em outrora, assim como é uma resistência para expor, com franqueza, os conteúdos que incomodam à consciência e à moral. (Freud, 1969c:180-1).

Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (*acting out*) (repetição) substituirá o recordar (...) Se o paciente começa o tratamento sob os auspícios de uma transferência positiva branda e impronunciada, ela lhe torna possível, de início, desenterrar suas lembranças tal como o faria sob hipnose (...) Mas se (...) a transferência se torna hostil ou excessivamente intensa (...) o recordar imediatamente abre caminho a atuação (...) O paciente retira o arsenal do passado as armas com que se defende contra o progresso do tratamento – armas que lhe temos de arrancar, uma por uma. (Id., 1969d:197-8).

O segundo ponto diz respeito ao comportamento do profissional e como ele lida com as suas próprias resistências e com a ressonância interna deste fenômeno em seu inconsciente e, por consequência, na relação com o paciente.

Preocupado com isso, Freud passa a falar, em 1910²⁹, da indispensabilidade do terapeuta elaborar as próprias resistências internas, para que, assim, possa evitar se deixar influenciar pelos conteúdos transferenciais do paciente – fenômeno ao qual denominou de *contratransferência*.

Para deixar essa *exigência*³⁰ mais explícita, dois anos depois, em 1912, ao falar da comunicação de inconscientes entre profissional e paciente, no artigo *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud faz a seguinte determinação:

... se o médico quiser estar na posição de utilizar seu inconsciente desse modo, como instrumento na análise, deve ele próprio preencher determinada condição psicológica em alto grau. Ele não pode tolerar quaisquer resistências em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente; doutra maneira, introduziria na análise nova espécie de seleção e deformação que seria muito mais prejudicial que resultante da concentração da atenção consciente. Não basta para isto que ele próprio seja uma pessoa aproximadamente normal. Deve-se insistir antes, que tenha passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz. (1969a:154-5).

²⁹ *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*. (1970:130).

³⁰ Cf. Birman: 1991:189.

Essa purificação de que fala Freud neste seu artigo de 1912, não é atingida pela auto-análise, ou análise dos próprios sonhos, como ele próprio chegou a apregoar. A análise do psiquismo depende da presença do outro.

Retomando Freud, quando o campo do desejo é postulado com esse grau de complexidade e o analista está submetido ao mesmo poder que os analisados, para ser psicanalista não basta que o sujeito empreenda a análise dos seus próprios sonhos, num acesso solitário e secreto ao seu inconsciente. A revelação deste passa pela presença do Outro, por uma relação transferencial, espaço por onde o inconsciente se desdobra em todas as suas vicissitudes. (Birman, 1991:191).

A relação transferencial, tornando-se o eixo central do trabalho da psicanálise, inevitavelmente vai contrapor-se à idéia da introspecção como a forma de promoção do autoconhecimento, uma vez que ela – a transferência - insere a figura do *outro* como elemento essencial para tal.

É na intersubjetividade da transferência que se instala o papel do outro e a possibilidade de superação da doença, pois é nesta relação que as forças psíquicas envolvidas podem ser revividas. É, ainda, na relação com o outro, que se cria a atmosfera propícia para dar condição ao enfermo de lutar contra o mal que o assola.

Esta assertiva, por sua vez, também vale como recomendação ao analista – e, falando-se em linhas gerais, a todos aqueles que lidam com o enfermo - pois todos estão sob as mesmas *leis* psíquicas ora mencionadas. Portanto, não são intocáveis aos fenômenos transferenciais e suas vicissitudes.

Como sugere Freud (1969b:154), o inconsciente, via fala, é o campo de trabalho do analista. O inconsciente de ambos, analista e analisante.

Da mesma forma que se exige do paciente submissão à *regra psicanalítica fundamental* das associações livres, do analista se exige, como contrapartida para a realização deste trabalho, a *regra da atenção* flutuante. O analista deve poder circular livremente em seu próprio inconsciente, sem opor resistências ao que o analisando lhe provoca. (...) e se o analista fica submetido a uma regra análoga à do analisando, então o *universo da representação coerente* completou o seu processo de esboroamento. Estamos inteiramente lançados no *campo da invisibilidade*, que supera as duas figuras da relação. Ninguém detém um poder onipotente sobre o campo do inconsciente, que submete as figuras do analista e do analisando aos seus mais delicados efeitos: por isso, para experimentar e dominar a transferência é preciso ser capaz de manejar a contratransferência, coisa

que, em princípio, não está mais assegurada ao analista que aos analisandos. Acabou-se, assim, definitivamente, o universo da segurança e da garantia absolutas que a representação coerente fornecia, afirmando que aquele que detivesse o seu código também deteria o poder divino. (Birman, 1991:190-1).

A teoria da transferência evolui nos escritos freudianos, pelo menos sob o ponto de visto clínico, até o ano de 1915, quando é publicado o artigo *Observações sobre o amor de transferência*³¹, no qual se busca diferenciar o amor desencadeado pela relação transferencial e o dito amor comum. Com isso, são feitas recomendações àqueles que trabalham com a psicanálise, sobre como procederem em relação à carga de sentimentos investidos pelo paciente, sem cair num discurso moralizante e respeitando a ética profissional, conforme pode ser verificado neste trecho:

... não estou escrevendo para pacientes, mas sim para médicos que têm sérias dificuldades com que lutar (...) neste caso, posso remontar a prescrição moral à sua fonte, ou seja, a conveniência. Encontro-me, nesta ocasião, na feliz posição de poder substituir o impedimento moral por considerações de técnica analítica, sem qualquer alteração de resultado. (Freud, 1969e:213).

Essa afirmação denota, conforme assinala Lagache (1990:71), que a contratransferência, ou seja, os sentimentos que partem do analista perante os investimentos do paciente, é algo teoricamente simples de ser definido ou identificado, mas o mesmo não se pode dizer da postura do profissional diante dela. Ou seja, as fantasias e as emoções que emergem da relação com o paciente, podem ser transformadas num obstáculo para o tratamento.

A formulação da ocorrência da contratransferência passa a ser o motor da imprescindibilidade do analista ser previamente analisado.

... pretendendo vir a ser suporte de um processo intersubjetivo, ele [o analista] deve passar por esta experiência através da própria análise. Assim, tendo desmistificado o lugar de um código interpretativo racional no processo analítico, Freud constata que, para que alguém possa ser analista, não basta conhecer a teoria psicanalítica. Birman (1991:208).

³¹ Não posso deixar de registrar minha concordância com Pierre Fédida na palestra *Amor e morte na transferência* (Fédida, 1988), quando este critica o artigo supramencionado de Freud, por este se limitar a expor o amor transferencial na relação entre o médico/psicanalista e a paciente.

É preciso, seguindo esse raciocínio de Joel Birman, conhecer as próprias resistências e fantasias perante as interações pessoais estabelecidas, para, assim, o analista possa funcionar para o paciente como “... um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado.” (Freud, 1969b:157).

Isto não ocorrendo, as projeções de ambos, profissional e paciente, se confundirão. E, assim, o primeiro:

Cairá facilmente na tentação de projetar para fora algumas das peculiaridades de sua própria personalidade, que indistintamente percebeu, no campo da ciência, como uma teoria de validade universal; levará o método psicanalítico ao descrédito e desencaminhará os inexperientes. (Id., Ibid.:156).

Em decorrência da inobservância de alguns profissionais, ditos seguidores do método psicanalítico, que não obedeciam ao cânone primordial de se submeter à técnica antes de fazer uso da mesma, levou Freud a demonstrar sua decepção ao relatar *A História do movimento psicanalítico*, em 1914. Sobre isso, assinala Birman: “Ele observa, desiludido, alguns de seus discípulos retornarem a posições pré-psicanalíticas quando se defrontam com resistências insuperáveis nas próprias análises.” (1991:208).

Esse retorno às posições pré-psicanalíticas significa abrir mão da transferência como o veículo que possibilita o acesso e o manejo das resistências, inibições e sintomas do paciente. É, portanto, sujeitar-se ao fenômeno da transferencial como um obstáculo ou mera resistência ao tratamento.

Isto significa optar pela (su)posição de ser conhecedor e detentor do poder sobre o paciente, impondo-se como sujeito na relação. Em outras palavras: um retorno ao discurso médico.

AS INSTITUIÇÕES E O FENÔMENO TRANSFERENCIAL

- **A gênese das instituições segundo a psicanálise**

No livro de 1921, *Psicologia de massas e análise do eu*, Freud busca contrapor-se à concepção de um instinto gregário, como um fenômeno natural do animal humano. Afirma que o homem é um animal individual, que vive em horda (em grupo), sob condução de um líder, ao qual cabe unificar os interesses da coletividade, contendo os impulsos egoístas de seus membros.

De forma esquemática, pode-se dizer que esta concepção resume, na teoria freudiana, o nascimento da vida comunitária da espécie. A civilização teria nascido a partir das renúncias pulsionais de seus membros, e do investimento libidinal destes em favor de uma idealização, canalizada e centrada na imagem de um grande líder – *o ideal do eu*.

O surgimento da civilização¹ implicou na superação do narcisismo humano, ou seja, no investimento pulsional voltado ao mundo externo, possibilitando a criação de mecanismos que permitissem o convívio entre os pares.

Para isso ter ocorrido, segundo Freud, foi necessário que um indivíduo fosse instituído como o representante dos ideais dos membros da comunidade, e que estabelecesse regras iguais para todos. Este líder teria passado a agir de maneira despótica: detentor de todos os prazeres e castrador dos interesses dos demais membros da horda primeva.

... os destinos dessa horda deixaram traços indestrutíveis na história da descendência humana e, especialmente, que o desenvolvimento do tenesmo, que abrange em si os primórdios da religião, da moralidade e da organização social, está ligado ao assassinato do chefe pela violência e à

¹ Freud usava o termo civilização e cultura como sinônimos, conforme pode ser verificado neste trecho do livro *Futuro de uma ilusão* (1927): “A civilização humana, expressão pela qual quero significar tudo aquilo em que a vida humana se elevou acima de sua condição animal e difere da vida dos animais – e *desprezo ter que distinguir entre cultura e civilização* [itálicos meus] – apresenta (...) dois aspectos (...) capacidade de controlar a natureza e extrair riquezas (...) regulamentos necessários para ajustar as relações dos homens uns com os outros ...” (Freud, 1974c:16).

transformação da horda paterna em uma comunidade de irmãos. (Freud, 1976c:155).

Essa hipótese freudiana acerca do surgimento do sentimento de irmandade entre os homens e sua consequência para o desenvolvimento da cultura, começou a ser exposta, a partir de 1912, no livro *Totem e Tabu*. Neste texto é explorada a assertiva a respeito do assassinato do líder (macho) despótico e a instituição da lei, ou seja, o direito igual para todos. “A substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização.” (Freud, 1974d:115).

Tanto em *Totem e Tabu* (1912[1913]), como em *Neurose de transferência: uma síntese* (1915), Freud afirma que um ‘eco’ desse pai primitivo está no culto do Deus-pai, principalmente com o que ocorre nas três principais religiões monoteístas (Cristianismo, Islamismo e Judaísmo). Nestas, há uma divindade representada por uma imagem masculina e severa, que impõem leis para o convívio dos seus crentes, incluindo-se a crença de amor equitativo a todos. Esse fenômeno seria tal qual a postura do líder da horda primeva e seus seguidores.

Para Freud, o assassinato do pai primitivo provocou, ao mesmo tempo, a sua adoração (totenização), uma vez que era a figura idealizada (*ideal do eu*). Tornou-se, então, divindade – amada e temida; um tabu, cujo nome era inclusive proibido pronunciar.

A partir do assassinato, são estabelecidas interdições - os tabus. São instituídas as regras de convivência, ou seja, o que é permitido e o que não é. Das necessidades primordiais de justiça (igualdades para todos) dentro do grupo e de proteção para este, instituíram-se as leis.

O poder da lei, antes sob a jurisdição do pai primitivo (concreto), passa a ter representação nas instituições (simbólico). A Igreja e o Estado, desde o início, prevaleceram-se como os donos deste poder.

Essas duas instituições representam o poder de controlar, supervisionar e punir os membros da comunidade (ou nação) que inflijam seus mandamentos. Salvo

poucos privilegiados, ambas as instituições têm o poder de impor o rótulo de proscrito aos que lhes desafiam.

Apropriando-me das palavras de Foucault, diria que “vigiam e punem”, tornando-se, portanto, os “pais” do indivíduo adulto. Em troca, são reverenciadas como mantenedoras, protetoras e até ‘curandeiras’². Estas últimas, de interesse central neste trabalho.

Tais atributos deixam evidente o sentimento de divindade que se associam às instituições, colocando-as no lugar do *ideal do eu* – papel do líder primitivo de outrora.

Para o psiquismo, a instituição encontra-se, como a mãe, na base dos movimentos de descontinuidade instaurado pelo jogo do ritmo pulsional e da satisfação (...) O imaginário social e individual sempre procurou um fiador metassocial e metapsíquico ao direito; não é sem razão que ele sustenta a origem divina da instituição. Para o inconsciente, com efeito, a instituição inscreve-se no espaço do sagrado (...) A origem divina da instituição lhe assegura poder, legitimidade, permanência absoluta. A instituição é de direito divino. Encontrando-se na origem das sociedades, para os seus membros, para o inconsciente, a instituição é imortal. (Kaës, 1991:23).

Assim como os deuses, as instituições são imortais, ou pelo menos se fundam nesta idealização. Seus ideais não podem ser destruídos, mesmo que em algumas situações isto possa representar a morte ou uma ‘mortificação paulatina’³ para os seus membros.

O prêmio, para o indivíduo vinculado a uma instituição, que acredita e defende tal posição, é sempre a possibilidade de se tornar imortal, seja isso representado de uma forma simbólica ou não. São, por exemplo, os heróis de guerras, os santos; ou, o profissional dedicado, que se eterniza quando adotam o seu nome, após a sua morte, para batizar algo (escola, sala de convenções, ruas etc.) relacionado à instituição onde trabalhou.

² O uso desse termo, aqui, deve-se à origem mística/religiosa das instituições hospitalares e dos profissionais de medicina, conforme foi explorado anteriormente, por meio de Freud (1989b) e será novamente abordado neste e no próximo capítulo com base em Foucault (1984), Clavreul (1983), Balint (1975) e Missenard (1991).

³ Sofrimentos, frustrações e privações constantes do dia-a-dia, podendo ser caracterizadas, seguindo as palavras de Cassorla (1992:98-100), como as ‘micromortes da vida cotidiana’.

Como imortais, ou representantes de divindades, as instituições podem oferecer a imortalidade, seja devido a pregação prometendo uma vida (melhor) após a morte, ou em função da necessidade de afastar aquilo que ameaça a vida, como o exército e os hospitais, por exemplo, fazem dentro de seus papéis respectivos.

A igreja é a instituição representante do sentimento religioso, que se sustenta na necessidade de crença de uma vida eterna, enquanto o exército representa a proteção ao grupo (à nação), da possível ameaça do inimigo. Dentro desse raciocínio, devem-se incluir também os hospitais, pois são eles que constituem o lugar onde se tenta evitar ou adiar o inevitável. Todos, hospitais, igrejas, exércitos, são instituições fundadas na luta humana contra a morte.

A luta contra a inevitabilidade da morte, na concepção de Freud, trata-se de um dos três fatores da infelicidade humana frente à consciência do existir e às regras da civilização. O segundo deles advém “... do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas ...” (Freud, 1974d:95). A proteção contra essas ameaças, isto é, contra a morte e contra as forças devastadoras da natureza, são destinadas às instituições, oriundas do estado ou da igreja, normalmente alicerçadas na ciência e na tecnologia, no caso do primeiro; ou no misticismo, no caso da segunda.

O terceiro fator da infelicidade humana, também segundo Freud, é o próprio relacionamento entre os pares – e é oriunda do complicado jogo político de interesses entre os membros de uma comunidade.

O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro. Tendemos a encará-lo como uma espécie de acréscimo gratuito, embora ele não possa ser menos faticamente inevitável do que o sofrimento oriundo de outras fontes. (Freud, 1974d:95).

Embora as duas primeiras fontes de sofrimento possam também ser inevitáveis, a terceira traz como característica o fato de que as instituições são impotentes ou não são eficientes na tentativa de amenizar seus efeitos destrutivos. Um exemplo disso é a intrincada política do convívio humano. Escreve Freud:

A existência da inclinação para a agressão (...) constitui o fato que perturba nosso relacionamentos com o nosso próximo e força a civilização a um tão elevado dispêndio [de energia]. Em consequência dessa mútua hostilidade primária dos seres humanos, a sociedade civilizada se vê permanentemente ameaçada de desintegração. (...) Daí, portanto, o emprego de métodos destinados a incitar as pessoas a identificações e relacionamentos amorosos inibidos em sua finalidade, daí a restrição à vida sexual e daí, também, o mandamento ideal de amar o próximo como a si mesmo, mandamento que é realmente justificado pelo fato de nada mais ir tão fortemente contra a natureza original do homem. A despeito de todos os esforços, esses empenhos da civilização até hoje não conseguiram muito. Espera-se impedir os excessos mais grosseiros da violência brutal por si mesma, supondo-se o direito de usar a violência contra os criminosos; no entanto, *a lei não é capaz de deitar a mão sobre as manifestações mais cautelosas e refinadas da agressividade humana.* (1974d:134). [itálicos meus]

Para Freud deve haver alguma forma de renúncia pulsional, para que haja um convívio, relativamente harmônico, entre os seres humanos. Tal renúncia ocorreria por intermédio de mecanismos psíquicos de defesa ou via sublimação. Este último seria uma defesa saudável, pois trata do deslocamento de parte da energia das pulsões para um destino favorável à cultura.

O impeditivo para o uso da sublimação ocorre, muitas vezes, em função das próprias regras da civilização, quando esta reproduz a natureza,⁴ promovendo e incentivando à competição (por abrigo, sexo/reprodução, comida, *status*, prestígio etc.), colocando o outro como um inimigo potencial e tornando mais difícil a tarefa de adaptação e autopreservação do *eu*.

Contra essa constituição psíquica agressiva, reforçada pelo meio, as instituições de controle tendem a ficar impotentes, conforme descreve o fundador da psicanálise:

Quanto à terceira fonte, a fonte social do sofrimento, nossa atitude é diferente⁵. Não a admitimos de modo algum; não podemos perceber por que os **regulamentos estabelecidos** [grifos meus] por nós mesmos não

⁴ Em *O mal-estar na civilização*, escrito em 1929, Freud critica a ideologia comunista de abolição da propriedade privada. Em uma nota de rodapé esclarece que, sendo oriundo de uma família pobre, sentia-se à vontade para tal manifestação. Prossegue com o seguinte comentário: "... se se fizer uma tentativa para basear essa luta numa exigência abstrata, em nome da justiça, da igualdade para todos os homens, existirá uma objeção muito óbvia a ser feita: a de que a natureza, por dotar os indivíduos com atributos físicos e capacidades mentais extremamente desiguais, introduziu injustiças contra as quais não há remédio." (1974d:135).

⁵ A diferença de atitude de que fala Freud, diz respeito ao comportamento da sociedade em relação às outras fontes de sofrimento, ou seja, a certeza da morte e as ameaças providas da natureza. A atitude humana, geralmente sob a condução do poder instituído, é a de se unir contra a morte - simbólica ou concreta - via produção de artefatos que adiam ou criam a ilusão de uma perpetuação da vida. Quanto a estes artefatos, incluem-se, também, a produção de mecanismos que controlam ou procuram prever os efeitos das ações devastadoras da natureza.

representam, ao contrário, proteção e benefício para cada um de nós⁶. Contudo, quando consideramos o quanto fomos mal sucedidos exatamente nesse campo de prevenção do sofrimento, surge em nós a suspeita de que também aqui é possível fazer, por trás, desse fato, uma parcela de natureza incontestável – dessa vez, uma parcela de nossa própria constituição psíquica. (Freud, 1974d:105).

As instituições não só são impotentes na tarefa de conter a agressividade, mas também acabam servindo como instrumento das ações destruidoras. O que se consumiu e destruiu; o que se consome e se destrói com as guerras, mais a catastrófica ação humana sobre os ecossistemas do planeta, são exemplos desse fato. Seguindo esse raciocínio acerca das questões relacionadas à agressividade humana, automaticamente somos remetidos ao controverso conceito de *pulsão de morte*. Tal conceito, enunciado por Freud em 1920, na obra *Além do princípio do prazer*, é definido como uma força em oposição à pulsão de vida.

Sabemos que, a partir da segunda tópica, o conceito de pulsão de vida passou a reunir as pulsões sexuais e de autoconservação, compondo um *princípio de união* que se presentifica no aparelho psíquico. (Garcia-Roza, 1995:77). Quanto à energia correspondente à pulsão de morte, relativa ao *princípio de desunião*, é inversa àquela, pois age disjuntivamente no universo anímico.

... enquanto a energia das pulsões de vida seria a *libido*, a energia da pulsão de morte seria a *destrutividade*. (...) *Pulsão de morte* e *pulsão sexual* podem ser concebidas como *modos* da pulsão se presentificar no psiquismo. (...) A diferença, portanto, será entre os modos de presentificação das pulsões e não entre as pulsões elas próprias. Sendo assim, os termos “sexual” ou “de morte” não designariam propriedades das pulsões, mas modos das pulsões se presentificarem no psiquismo. (id., Ibid.:77 e 78).

Em *O ego e o id*, de 1923, Freud nos ensina que as pulsões de morte se contrapõem às pulsões de vida e que, ambas, consistem nas forças propulsoras do inconsciente enquanto *id*⁷. São, portanto, as forças que estão “por trás das tensões causadas pelas necessidades do id”, que, por sua vez, é a instância inconsciente que

⁶ Kaës (1991:21), enfatiza o uso de Freud, neste texto, do termo *die Einrichtungen*, que significa também **as instituições**, ao invés de *regulamentos estabelecidos*. A frase de Freud, traduzida do francês, ficaria na seguinte forma: “Não podemos compreender por que as instituições [*die Einrichtungen*] que nós mesmos edificamos não nos dispensam a todos proteção e benefícios.”

⁷ A outra parte do inconsciente são os conteúdos recalçados. (Freud, 1976d:27-30).

“expressa o verdadeiro propósito da vida”, conforme é esclarecido em *Esboço de psicanálise*, de 1938. (Freud, 1975:173).

Neste mesmo livro, Freud afirma que as pulsões se opõem mutuamente, mas se fundem e atuam em conjunto. Tal oposição ocorre porque estas forças têm objetivos distintos. Enquanto as pulsões de vida atuam no intuito de fazer conexões, estabelecendo e preservando “unidades cada vez maiores”, as pulsões de morte têm como meta “... desfazer conexões e, assim, destruir coisas. (...) seu objetivo final é levar o que é vivo a um estado inorgânico.” (Freud, 1975:173-4).

Basicamente o que é postulado por Freud e grande parte de seus seguidores é que vivemos constantemente num estado de conflito entre Eros e Tanatos, pulsões de vida e pulsões de morte. As primeiras levam ao crescimento, desenvolvimento, integração, reprodução, manutenção da vida; as segundas fazem o movimento inverso, de desintegração, tentando levar o indivíduo para um estado inorgânico, a morte. Esses dois grupos de pulsões estão “fundidos”, funcionando sempre juntos, completando-se e opondo-se, num processo dialético. (...) Quando ocorre a “desfusão” das pulsões, e a morte se encontra livre, predominantemente, nos defrontamos com situações de sofrimento, que podem manifestar-se nas áreas somática, mental e social, em todas elas. Essa predominância em seu auge pode levar à morte emocional (na loucura) e à morte do corpo, através das somatizações graves ou atos suicidas, ou mesmo mortes “naturais” precoces. Mas, por maior que seja a libido (que seria o resultado das pulsões de vida), Tanatos sempre acaba triunfando, com o tempo: todos acabamos morrendo. Mas isso no nível individual – em termos de espécie nossos gens continuam em nossos descendentes: aqui Eros vence. (Cassorla, 1992:95 e 96).

Em *Esboço de psicanálise* Freud afirma que, em função da energia destrutiva levar o organismo ao estado inorgânico, justifica-se chamá-la de pulsão de morte. Insistindo, assim, em uma concepção exposta em *Além do princípio do prazer*, dezoito anos antes: “... o objetivo de toda a vida é a morte [pois] as coisas inanimadas existiram antes das vivas.” (1976b:56).

Sobre este postulado, creio ser esclarecedora a leitura de Birman (1995):

... a pulsão é uma força (*Drang*), antes de mais nada, que precisa ser submetida a um trabalho de ligação e de simbolização para que pudesse se inscrever no psiquismo propriamente dito. (...) o conceito de pulsão de morte foi consequência necessária dessa concepção de pulsão como força, pois ao anunciar a existência de uma modalidade de pulsão sem representação, o discurso freudiano sublinhou radicalmente o que estava em questão na sua nova concepção de pulsão, que tem na descarga a sua finalidade originária. Além disso, o que a construção do conceito de pulsão de morte indica é que, antes de mais nada, a pulsão é sempre de morte, pois

como força o que a pulsão busca é a aquiescência possibilitada pela descarga. (pp. 46 e 47).

Dessa forma, como assinala esse autor, a pulsão de morte é entendida como uma força primordial por excelência. Não só se opondo às *pulsões de vida*, como, também, antecedendo-as. Ou, conforme registrou o próprio Freud, a pulsão de morte é a “primeira pulsão.” (1976b:56).

A pulsão de morte é um dos obstáculos para a vida comunitária, pois, parte da energia destrutiva, precisa ser renunciada para que haja convívio social. Esta renúncia, em termos gerais, ocorre em nome da interação com aqueles aos quais o sujeito se identifica e os percebe como seus *iguais*. (Freud, 1974d).

Por outro lado, esta mesma força é renunciada, também segundo Freud, graças à intensificação de outros alvos e destinos, especificamente, em direção dos dessemelhantes: os *diferentes*, por convenção histórica e sociocultural.

É sempre possível unir um considerável número de pessoas no amor, enquanto sobram outras pessoas para receberem as manifestações de agressividade. (Freud, 1974d:136).

Não havendo regras acordadas e instituídas para o convívio, além de espaços para a sublimação e alguma satisfação sexual direta, a pulsão de morte tende para a agressividade descontrolada. Isto, por sua vez, gera desejo de destruição direcionada para outrem e, ao mesmo tempo, um movimento de autodestruição grupal, da mesma forma como pode ocorrer com o sujeito em seu espaço singular. “Assim, é possível suspeitar que, de uma maneira geral, o *indivíduo* morre de seus conflitos internos, mas que a *espécie* morre de sua luta mal sucedida contra o mundo externo...” (Freud, 1975:175).

Entendendo que o outro faz parte desse mundo externo, deduz-se que o homem se destrói por sua própria política. Uma política que, conforme enfatizei, exige renúncias pulsionais. Renúncia que significa a adoção de uma moral sexual, isto é, regras para a satisfação libidinal articulada à obediência de determinados

princípios civilizatórios. Além da contenção de qualquer ato agressivo ao opositor, salvo expressões simbólicas permitidas dentro da conjuntura cultural.

Ressalto isso como uma forma de tentar explicar o porquê da impotência das instituições frente a este fenômeno humano. É fácil imaginar como é árdua a tarefa de escolas, igrejas e polícias - por exemplo – que, dentro de suas especificidades, tentam impor regras às condutas humanas, buscando administrar a competição entre os membros de uma sociedade.

- **As instituições e suas representações**

As instituições são agentes diretos do processo de construção da subjetividade, uma vez que são elas as determinantes das regras de convívio e dos hábitos aceitáveis ou não. Elas estão presentes na vida das pessoas praticamente em todos os momentos, importantes ou não, do nascimento à morte.

Como o *outro*, a instituição precede o indivíduo e o introduz na ordem de sua subjetividade predispondo as estruturas da simbolização: pela apresentação da lei, pela introdução na linguagem articulada, pela disposição e pelos procedimentos de aquisição dos referenciais identificatórios. (Kaës, 1991:10).

Bleger (1984) enfatiza que o ser humano encontra apoio nas instituições e que estas são vistas como provedoras de segurança, identidade e inserção social. O relacionamento com as instituições é o reflexo da identidade do sujeito e da sua relação com o meio.

Quanto mais integrada a personalidade, menos depende do suporte que lhe presta uma dada instituição; quanto mais imatura, mais dependente é a relação com a instituição e tanto mais difícil toda mudança da mesma ou toda separação dela. (Bleger, 1984:55).

Este fenômeno que descreve Bleger é bastante evidente em instituições de saúde, face à característica delas em oferecer cuidados para quem está vivenciando

alguma situação de doença ou outro sofrimento. Portanto, alguém que se sente mais frágil, mais desamparado e está mais suscetível a apresentar manifestações transferenciais.

Guirado (1995), por sua vez, afirma que existe um estabelecimento prévio de relação transferencial entre o cliente e a instituição que ele procura. Isto significa que esta transferência antecede o vínculo com o profissional, pois o paciente é em primeiro momento cliente da instituição.

... quando uma pessoa procura atendimento junto a uma instituição, o campo transferencial que se configura supõe, inevitavelmente, este personagem, a instituição. Seu “fantasma” estará, por certo, sondando o discurso em análise. (Guirado, 1995:120).

Nas instituições sanitárias o sujeito operador da cura será uma composição entre as representações da mesma e o profissional que lhe é filiado ou vinculado.

No caso de sua transferência (remanejamento) o que se deve “trabalhar” é a transferência mesmo (campo transferencial) que desde sempre se fez no conjunto dessas relações saúde pública-posto-terapeuta-cliente. (Id., Ibid.:121).

A tendência, em função disso, é transferir às pessoas que trabalham nessas instituições a mesma concepção de divindade. Estas pessoas, médicos, psicólogos, enfermeiros etc., passam a ser *instituídas* e revestidas de poderes ‘mágicos’ e de um saber inquestionável. São transformadas, na fantasia de seus pacientes, em uma espécie de divindade e, às vezes, na própria fantasia desses profissionais, acreditam que realmente são seres *divinos*.

O profissional do hospital passa a incorporar o papel de representante concreto daquilo que a instituição representa e de forma figurada para o cliente. Incorpora-se, assim, a representação de ser uma “divindade”. Um fato amiúde observado na instituição hospitalar, onde o personagem de maior poder é percebido como um *deus*⁸.

O médico tende – como conduta defensiva – a adotar uma atitude onipotente que em muitos casos se aproxima de uma tentação de “jogar” de mago. Esta atitude cria e fomenta uma *incomunicação* [itálico meu] entre os próprios médicos e entre estes com o pessoal auxiliar e os doentes; isto

⁸ Consorte (1983:44), faz a seguinte referência, baseando-se no discurso de um professor de medicina: “Quando o aluno entra na faculdade de Medicina, pensa que é Deus. Quando sai, não tem a menor dúvida.”

se combina, além disso, com uma exigência implícita de dependência dos pacientes, que se vê facilitada pela regressão a que conduz a própria doença. (Bleger, 1984:61).

Em função disso, uma variável que não pode ser ignorada na relação entre o sujeito, a instituição e os agentes institucionais é a posição social ocupada pelo primeiro e seus recursos financeiros, pois existe uma nítida diferença quanto ao tratamento oferecido pela instituição à sua clientela⁹ a partir do poder político/econômico que envolve a ambos. Ou seja: se considerarmos um sujeito com poucos recursos financeiros, a atitude freqüentemente observada é de submissão involuntária, principalmente, quando se trata de estabelecimentos sanitários, pois essas instituições são percebidas como promotoras de “favores”, se públicas ou filantrópicas, a quem não pode recorrer à assistência privada quando enfrenta problemas de saúde. São com mais freqüência pessoas pobres, muitas ainda analfabetas, logo menos protegidas contra as imposições do sistema.

Não havendo espaço para tomada de consciência, os mais desamparados acabam endeusando as instituições como entidades provedoras do bem-estar e incorporando a crença de que a elas se deve reverência e submissão. Sentimentos corriqueiros entre pessoas menos favorecidas, pois não lhes é dado o direito de questionar ou recusar qualquer ordem imposta. Exemplos disso estão nos registros acadêmicos e nos meios de comunicação sobre o serviço prestado pela maioria dos hospitais públicos brasileiros.

Em função da precariedade do serviço oferecido por essas instituições, pessoas com melhor poder financeiro recorrem à assistência privada, ficando o atendimento profilático e curativo de unidades básicas de saúde e hospitais públicos destinados à população mais desamparada em termos econômicos.

Aquele que pode pagar também pode escolher seu hospital e/ou o seu plano de saúde. A essas instituições cabe prestar o melhor serviço à sua clientela, para não correr o risco de ter prejuízo financeiro.

⁹ Guilhon de Albuquerque (1980:69-80, *passim*). São os atores, nas palavras do autor, visados pela ação institucional.

É uma relação diferente da que ocorre em um serviço de atendimento público, nas quais aquele que é carente de auxílio médico “torce” para ser atendido, às vezes após horas de espera, sentindo-se agraciado se, na instituição, tiver os medicamentos ou os instrumentos necessários para o seu tratamento.

Se o mínimo do descrito no parágrafo anterior for oferecido é de se esperar que o sujeito que se encontra desamparado e carente de cuidados, submeta-se, sem questionar ou lutar pelos seus direitos e desejos. Ou seja, a posição na rede social é determinante dos papéis a serem representados, tanto pela clientela (sob forma de submissão), quanto pelos agentes institucionais – seja em relação aos primeiros (não comprometimento) ou entre eles próprios (opressão mútua).

Guilhon de Albuquerque (1979:61-2) descreve essa dinâmica de forma genérica, para a qual quero apontar sua pertinência em relação às instituições hospitalares.

... o fato de ser tratada de determinada maneira que faz com que uma parcela da população se reconheça como clientela do Centro de Saúde, o que, por sua vez, torna-lhe possível assumir certos papéis que decorrem desse reconhecimento da auto-imagem enquanto clientela. Na reprodução generalizada das relações institucionais, algumas reforçarão (reproduzirão) a imagem da clientela, enquanto outras lhe acrescentarão a imagem da carência, da diversidade, etc. (...) O desempenho de um papel institucional qualquer, implica na articulação de três “realidades” (ou níveis de prática) diferentes: a presença material do agente, sua inclusão num papel social significativo para aquela situação e a constituição de uma imagem do seu papel no todo.

A partir dessas articulações, é possível levantar a hipótese de possíveis diferenças nos tipos de vínculos transferenciais estabelecidos com as instituições, dependendo da posição de cada um na rede social. Um hospital, por exemplo, se construirá e agirá conforme o público a que se destina. E este, reagirá para tal conforme a imagem de si é refletida na instituição. Na maioria das vezes, a imagem refletida é de alguém desprovido de subjetividade, de identidade, e percebido como uma doença ou um número de leito ou enfermaria.

São situações, se analisadas em detalhes e em suas sutilezas, que podem ocorrer com indivíduos de todas as classes sociais, porém, que podem ser

amenizadas ou exacerbadas conforme o poder político ou econômico do sujeito necessitado de tais serviços.

Em outras palavras: quem pode pagar mais, está menos sujeito aos possíveis infortúnios da assistência sanitária de uma instituição pública. Mas aquele que é desprovido de poder financeiro resta apenas torcer para ser atendido em suas necessidades básicas, conforme descreve Jurandir Freire Costa, no texto a seguir:

Desde o início, o cliente do serviço público, além da consciência de sua doença, tem bem clara a consciência de seu estatuto de *cidadão doente* e da diferença cultural que o separa do terapeuta: ele vai ao consultório para falar de seus problemas a alguém que usufrui mais direitos civis que ele; que pertence a uma classe social superior à sua, que se veste, fala e se porta de um modo que não é seu; que ele não escolheu para ser seu médico e vice-versa; a quem não tem direito real de pedir, por exemplo, para ser atendido mais vezes se precisar; a quem ele vê como lhe prestando um favor, quando é bem atendido; de quem ele teme contrariar, pois sabe que não pode dispensar seus serviços, caso não esteja satisfeito; que ele muitas vezes tem medo, porque sabe que o *doutor* detém o poder burocrático-funcional de mandá-lo de volta ao trabalho em casos de auxílio-benefício, etc. (1989:31).

Um outro ponto de vista sobre esse fenômeno pode ser observado no livro *A ordem médica*, de Jean Clavreul, no qual é chamada a atenção para aquilo que ele denomina de “ditadura do discurso médico”, pois a necessidade de cuidados desse profissional é inevitável e indispensável a qualquer indivíduo, do nascimento à morte. Por isso, pergunta Clavreul: “Quem ousaria opor outras razões à razão médica?” (1983:246). Esse mesmo autor complementa seu ponto de vista apontando para a contradição no Código Deontológico, pois ali está afirmado que todos os homens devem ser cuidados da mesma forma, mas o médico tem o poder de recusar a efetuar um atendimento por razões profissionais e pessoais:

... os burgueses não vão ao hospital público a não ser quando têm de fazer um tratamento que seria demasiado oneroso no particular; mas, também, *eles estão mais avisados, por sua maior proximidade ao saber médico, dos melhores serviços e se dirigem a eles diretamente* [itálicos meus]. A desigualdade perante os cuidados é de todas as épocas. (Ibid.:246).

O sujeito hospitalizado, portanto, encontra-se nas mãos do saber e da moralidade dos profissionais que o atende. Estará, enquanto interno, à mercê de

outrem e das regras preestabelecidas naquele espaço. Uma situação ameaçadora à intimidade, à identidade e até à integridade.

Uma ameaça que possui raízes históricas, pois além do fato do doente se ver fora de sua rotina - ou talvez até mais próximo de algo temível, que é a morte - o hospital ainda traz o *ferrete* de ter sido criado para ser um morredouro, conforme conta Foucault:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. *Instituição de assistência, como também de separação e exclusão.* [itálicos meus] O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se corretamente, nesta época, que *o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer.* [itálicos meus] (1984:101-2).

• O nascimento da instituição hospitalar

A instituição hospitalar surge no século XVIII com o intuito de curar, uma vez que a ascensão do comércio, decorrente do desenvolvimento da burguesia desde a Renascença, fez com que o “preço” dos homens se tornasse cada vez mais elevado. É nessa época que se inicia a preocupação com a formação do sujeito. Preocupação com o seu potencial e o talento de alguns para o comércio ou para as forças armadas, dando-lhe um valor para a sociedade. (Foucault, 1984:104).

O desenvolvimento do comércio e da indústria bélica implicou na busca de aptidões, conforme a função de cada um desses setores. O sujeito, mesmo não sendo era um escravo, passou a ter um valor de mercado. A morte de alguém que poderia representar uma mão de obra especializada tornou-se, a partir daí, sinônimo de prejuízo.

Em função dessa preocupação com o valor potencial de uma mão de obra, os hospitais ganharam uma forte razão para se converterem num lugar que se pretende oferecer a cura de doenças que podem antecipar a morte. Dessa forma, abriu espaço para um curador, isto é, o médico. Os hospitais, que antes eram de responsabilidade de religiosos, passaram a ficar sob a responsabilidade dos profissionais de medicina. Estes, que até então estudavam em livros, passaram a estudar pessoas e seus corpos¹⁰. Assim, os hospitais se transformaram no lugar de cura - por razões econômicas - além de ser escola para os médicos.

... a experiência hospitalar em sua prática cotidiana nele encontra a forma geral de uma pedagogia (...) trata-se de uma nova disposição dos objetos do saber: um domínio onde a verdade se ensina por si mesma e da maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo; tanto para um quanto para o outro, só existe uma linguagem: o hospital, onde a série dos doentes examinados é, em si mesmo, escola. (Foucault, 1994:76-7).

A preocupação central do hospital e da prática médica seguiu a ordem mercantilista e seu interesse exclusivamente monetário, ou seja, sendo o doente percebido como uma mercadoria avariada, o interesse recaía sobre sua doença e não sobre ele próprio. “A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico.” (Id.,1984:102-3).

A luta contra a doença, predominando sobre o interesse pelo doente, reflete o papel que era destinado ao hospital antes desse período destacado por Foucault. Esta instituição tinha a função de afastar dos grupos dominantes tudo o que lhe era indesejável, como pobres, leprosos e loucos. O hospital existia para proteger os não excluídos dos “perigos” inerentes aos proscritos.¹¹

Essa função de proteger, principalmente a alta burguesia e seu capital dos proscritos, permaneceu quando o hospital se transformou em uma instituição para a cura.

O primeiro fator da transformação foi não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos

¹⁰ Clavreul, 1983:124.

¹¹ Segundo José Carlos Rodrigues, no livro *O tabu da morte* (1983), o hospital cumpre também o papel de afastar a morte do cotidiano dos indivíduos. Como algo temível, ela é institucionalizada e afastada das vistas daqueles que preferem negá-la. Ela, a morte, deixa de se evidenciar em um lugar “mais humano”, a casa - identificada como lugar de proteção para todos os indivíduos; e, passa a ocorrer num lugar “menos humano” - o hospital. Assim, o hospital continua a ser uma espécie de “morredouro” como era no século XVIII, conforme descreve Foucault.

efeitos negativos do hospital. Não se preocupou primeiramente medicalizar o hospital para purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo. (Foucault, Ibid.:103).

Para poder cumprir a função descrita acima, o hospital importou as regras do sistema militar. Foi exatamente a preocupação com o não alastramento de epidemias, face o contato constante de soldados e marinheiros com outros povos,¹² que levou ao surgimento de hospitais marítimos e do exército.

Importou-se as regras militares de disciplina e organização para o hospital. Esta instituição começou a seguir determinados padrões, sendo que, o primeiro deles foi o de ser construído em um espaço o mais afastado possível dos indivíduos sadios.

Adotou-se, também, hierarquias para o melhor controle e vigilância de funcionários e pacientes. E, em nome desta vigilância, nasceu a prática do registro contínuo para a identificação dos internos, sendo que isso não ocorria a partir de seus nomes e sim pelas doenças que estavam acometidos. Surge, assim, a notória expressão hospitalar: “Cadê a prancheta do [paciente] ‘dois’, do [quarto/enfermaria] ‘duzentos e três’ .” - por exemplo.

A repercussão desta prática, no paciente, é a possibilidade de que ele também não saiba o nome de quem o cuida, principalmente se forem especialistas.

Nos grandes serviços, a visita ao leito perde sua importância em proveito do *exame da ficha* (...) Falar da relação médico-doente é praticamente falar de um mito. É a relação doente-instituição médica que prevalece e o médico é o representante da instituição. (Clavreul, 1983:212).¹³

Isto significa *dispensar o poder de influência do médico* sobre o doente e sua patologia, uma vez que a relação médico-paciente, um poderoso instrumento de cura, é substituído pela intermediação formal e burocrática.

¹² Um exemplo histórico da possibilidade deste tipo de contaminação ocorrer, encontra-se na hipótese de que os marinheiros de Cristóvão Colombo teriam levado a bactéria (*Treponema pallidum*) da sífilis para a Europa, após terem tido contatos sexuais com o povo do novo continente.

¹³ Um médico, entrevistado de Andreis (1996:219) afirmou que “O médico não é o médico, é a instituição.”

Esse fenômeno, segundo Castoriadis (apud Kaës, 1991:08), é a suplantação do instituinte pelo instituído. No hospital, isto pode ser percebido quando a preocupação com o paciente é trocada por procedimentos organizacionais, ou seja, o tratamento fica submetido à prevalência dos rituais burocráticos, como, por exemplo, o preenchimento de fichas. “Assim, um hospital acaba tendo, enquanto organização, as mesmas características que os próprios doentes (isolamento, privação sensorial, déficit das comunicações etc.).” – conforme ressalta Bleger (1991:49).

Clavreul, por sua vez, afirma que os médicos não ignoram o poder de influência que possuem sobre o paciente, mas, segundo este autor, tal poder não é aproveitado em benefício da cura e, sim, para manter uma autoridade inquestionável aos procedimentos adotados.

Os médicos não ignoram, no entanto, que a ligação do doente a seu médico tem uma importância muito grande nos termos da “confiança”, seja procurando favorecê-lo, seja frustrando-o quando doente, por temor, desconfiança ou pudor, esconde certos sintomas ou se recusa ao tratamento. Mas esta constatação só tem importância como elemento contingente, inessencial à prática médica propriamente dita. A evolução da doença depende da observância dos ritos médicos, *independente dos sentimentos conscientes ou inconscientes que o doente tenha por seu médico*. [itálicos meus]. (Clavreul, 1983:184).

Essa postura, no meu entender, trata-se de um grande desperdício no que diz respeito ao potencial que a pessoa do médico tem em influenciar e estimular o paciente na luta contra o mal que o abateu.

Freud, em *Tratamento psíquico (Tratamento da alma)* mencionava, em 1890 (1989b:275), as melhoras do paciente simplesmente com a presença do médico. Michael Balint, em 1956, quando publicou o livro *O médico, seu paciente e a doença*, afirmou que o médico é o remédio mais poderoso a ser oferecido ao doente, restando conhecer a maneira desse ‘*fármaco*’ ser administrado e seus efeitos adversos. (Balint, 1975:05).

Retornando mais uma vez a Clavreul (1983), registro que este autor também conjecturou acerca da sugestão imposta pelo médico, ao indicar uma droga para um paciente (p. 219). Apontou, ainda, para o efeito secundário do princípio químico,

quando comparado ao poder do médico, afirmando que todo medicamento tem um efeito placebo (=agradar; do latim *placere*), uma vez que ele sempre vem acompanhado de um discurso, de uma ordem.

... o médico é o objeto do desejo do doente numa relação tipo transferencial como fala a psicanálise. O desejo dirigido à pessoa do médico se confunde com o desejo que ele tem de se apropriar de seu saber ou, antes, dos benefícios desse saber. *Na falta de tomar o médico, toma-se o medicamento.* [itálicos meus] (Clavreul, 1983:115).

Esse fenômeno do médico ser percebido como uma espécie de remédio, com o poder para aliviar a dor e o sofrimento do enfermo, ocorre exatamente em função dos investimentos transferenciais presentes na relação, uma vez que existe uma suposição de saber depositada sobre o profissional e uma postura de confiança por parte do paciente.

Persiste, assim, a seguinte dicotomia: de um lado, há um discurso e uma atmosfera provocadora aos mais diversos sentimentos; de outro, há uma negação de tudo isso, ou seja, a doença sendo percebida e constituída como um “ser” à parte e o paciente “despossuído” de sua subjetividade e da sua identidade.

Uma das perguntas comuns de ouvir-se em um primeira consulta médica é “O que o senhor está sentindo?” Como esperar que a resposta se limite ao funcionamento de alguns órgãos, se a própria palavra sentir, como todas as outras, abre infinitos significados? (Nascimento, 1998:28).

Entendo que esta dupla mensagem é, por si mesma, *patologizante* e exacerbadora da angústia pela consciência das possíveis conseqüências do adoecer e das privações geradas pela hospitalização.

O FENÔMENO TRANSFERENCIAL NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

- **Tecnologia e misticismo: anteparos à relação**

Encerrei a discussão sobre as peculiaridades do fenômeno transferencial nas instituições, descrevendo o encontro paciente-médico e o papel deste como um ‘remédio’ poderoso para ajudar o primeiro na sua luta contra a dor e o sofrimento oriundos do mal que o abateu. Ressaltei o fato de que o médico detém um grande poder de influência de tal forma que, muitas vezes, apenas a sua presença é o suficiente para o enfermo sentir-se mais seguro, com ânimo maior e, até mesmo, livre da doença.

Entretanto, para Clavreul (1983) esse encontro entre o médico e o paciente nunca ocorre, pois enquanto o doente está apegado à sua doença, o médico está apegado ao seu saber. Dessa forma, existe uma total exclusão de aspectos emocionais de ambas as partes.

O que funda a relação médico-doente é a exclusão das posições subjetivas de um e de outro. O que fica de subjetividade, tanto aqui como lá, não constitui senão franjas, e estas franjas são sempre suspeitas: no doente, de fazer intervir sentimentos de ordem de pudor, do medo, da angústia, que o conduzem a recusar os exames e os tratamentos médicos; no médico, de prejudicar a objetividade necessária no diagnóstico e a tomada em consideração apenas dos imperativos terapêuticos nas decisões a serem adotadas. (Id., Ibid.:211).

Uma referência concreta ao obstáculo que se faz no estabelecimento da relação médico-doente está, ainda segundo Clavreul, no vocabulário técnico empregado pelo discurso da medicina. Para este autor, a academia médica tende a perceber como é imprópria qualquer tentativa de apropriação, por parte do público leigo da linguagem técnica desta profissão, pois mesmo que seja adquirida, continuará a se desconhecer as articulações da mesma. (p. 210).

Adotando-se essa postura de inibição e condenação da aproximação ao paciente, mesmo quando se refere apenas à linguagem, o médico está reproduzindo, no meu entender, o caráter esotérico dos primórdios da prática de curar, como o que pode ser verificado nos rituais xamânicos e na pajelança. Ali, há uma grande distância entre aquilo que o enfermo conhece (ou fantasia) e os segredos *profissionais* do curandeiro. Assim, a ação deste passava a ser vista como algo místico, misterioso.

As velhas receitas indecifráveis de muitos médicos, principalmente os mais tradicionais, resistentes ao receituário por computador, por exemplo, são um bom exemplo dessa prática ainda presente no cotidiano, que carrega a áurea do incognoscível e místico da medicina.

Missenard (1991:183) também aponta para esta caracterização mística na relação médico-paciente, como um dos elementos do distanciamento e desencontros entre ambos. Para esse autor, enquanto o paciente, por meio de suas fantasias, “... se identifica com a imagem de onipotência sustentada pelo médico”, este, de forma inconsciente, percebe o doente apenas por meio de seus traços particulares e como um sujeito passivo na relação.

Entre os dois [médico e paciente], a doença “circula”. Isto é ilustrado em certas civilizações onde o contato estabelecido entre os corpos do doente e do xamã permite que este último “tome sobre si” a doença da qual o doente se livra. (Missenard, Ibid.:183).

Missenard insiste em demonstrar a ausência de interação entre o médico e o paciente, referindo-se ao que denominou de “corpo social profissional”.

A existência desse *corpo social* estaria baseada na necessidade de cada médico articular sua psique, mais especificamente suas pulsões, aos seus ideais, às suas regras grupais e aos seus objetos de investimentos libidinais, que seriam os doentes (p. 184). Dessa forma, pode ser reconhecido pela sociedade por meio de um discurso de reverência, sendo-lhe atribuído o epíteto “aquele que cura”. Ou, para ser mais contundente: “aquele que vence ou pode vencer a morte.”

O paciente, por sua vez, é percebido dentro desse discurso como um mero objeto da ciência. Distante, vê o médico cada vez mais como um ser onipotente, um ‘deus’ intocável. O médico, em função do consenso e do imaginário público de curador e salvador, encontra uma defesa à sua impotência frente à morte e à própria consciência de mortalidade. Além disso, o fato da sua prática inevitavelmente levá-lo a se deparar com a dor e o sofrimento alheio, pode representar uma forma de sublimação aos impulsos destrutivos, conforme aponta Missenard, a seguir:

... ao se apoiar sobre o corpo profissional ele pode se afirmar na proximidade da morte e da castração ao mesmo tempo em que se distingue delas radicalmente: *o doente é o outro*. [itálicos meus]. O médico cuida dele como referência a seu corpo de pertinência e ao discurso que nele é mantido. Graças a isto, a cumplicidade corpo-doente/corpo-cuidante torna-se possível sem prejuízo algum. O apoio é fornecido ao futuro médico desde os seus primeiros passos como estudante. Ele enfrenta então a anatomia – há não muito, o cadáver – e encontra aqueles que encarnam o saber, o poder, a possibilidade de ver dentro e através do corpo. Estes mesmos lhe transmitem as tradições, principalmente sob a forma de mecanismos de defesa que o corpo médico construiu ao longo de sua história para se proteger – não sem motivos – contra os afetos que assaltam o médico quando da aproximação do corpo “que está morrendo”, ou “fragmentado”, e que impediria o estudo com a distância necessária. (1983:184).

A partir do que se descreve acima, existe para o médico, desde a sua formação, um reforço para o uso dos mecanismos de isolamento e projeção frente aos problemas do exercício profissional, como a morte e o morrer. Desconsiderando-se, assim, a necessidade de um preparo adequado para se lidar com tais fenômenos.

- **Formação médica: negação da intersubjetividade**

Durante o processo de graduação, o futuro médico é, normalmente, inserido no estudo da “arte de curar” por meio de experimentos com animais de laboratório (a serem sacrificados no final dos experimentos) e na manipulação de cadáveres.

Mesmo que isso seja realizado de forma respeitosa, conforme ressaltam Golfeto e Mian (1998:223), tal prática prepondera sobre o treino para o relacionamento com o outro. Algo que é imprescindível para o tratamento do enfermo, como temos visto nas referências bibliográficas aqui expostas.

As experiências iniciais do futuro médico com elementos inanimados, que não se manifestam e não falam de seus desejos e temores, levam-no, por consequência deste tipo de interação, a perceber a doença sem a presença do humano junto a ela. Além de promover esta ‘frieza’, estimulam o sentimento de onipotência, pois existe um controle total daquilo que se faz.

A formação médica não deixa lugar para a dúvida ou o impasse. Os profissionais são preparados para salvar, curar, aliviar ou confortar. Nesse processo passam a conviver com a dor, o infortúnio e a doença, “sem envolvimento”; atitude *sine qua non*, para o exercício da profissão, mas que os afasta, também de si próprios. Imersos num clima de hipersolicitação e urgência, aguçam seus sentidos, agilizam seus reflexos, aceleram seus movimentos e se superam. Não tardam a serem tidos como infalíveis. Distanciam-se do pequeno cotidiano, para seguirem um grande destino, concedido a alguns privilegiados: a arte de curar. (Golfeto e Mian, 1998:223).

Esses mesmos autores afirmam que o desenvolvimento tecnológico na área médica levou à preocupação, exclusiva, em orientar os estudantes para os procedimentos de diagnóstico, tratamento e prevenção dos males, em geral sendo ignorada a discussão em torno da relação médico-paciente.

... à medida que aumentava a sofisticação dos procedimentos médicos, aumentava também o número de insatisfeitos, tanto entre doentes e familiares como entre médicos, pois parecia faltar algo na relação humana: os pacientes parecem sentir-se tratados como máquinas, coisificados. (Golfeto e Mian, Ibid.:224).

Essa insatisfação da clientela médica ocorre, exatamente, pelo despreparo e pelo incômodo de muitos profissionais em lidar com os aspectos relacionais inerentes à profissão, pois é nesse campo relacional que “... se dá o ato médico, e no qual acontecem os fenômenos sugestivos e transferenciais [e] as dimensões intersubjetivas do discurso relacional médico paciente, como, por exemplo, acontecia com os antigos médicos de família.” (Ibid.:225).

Após o treino com “peças humanas” - conforme são denominados alguns órgãos no linguajar médico - e com animais, o graduando de medicina é colocado, finalmente, defronte do paciente.

Após longo período de estudo eminentemente teórico, o aluno defronta-se finalmente com o paciente. Estudou o funcionamento de órgãos e sistemas e agora tem diante de si um ser humano com quem precisa relacionar-se para tratá-lo.(...) É a partir da relação médico-paciente que o aluno começa a perceber as limitações de sua atuação... (Milan et alii, 1999a:80).

O objeto interacional inanimado ou sem a capacidade de se expressar do começo dos estudos é modificado no contato com pessoas em sofrimento, pois elas eventualmente reclamam e anseiam por cuidados e atenção. Com isso, despertam no seu cuidador sentimentos ambivalentes, quebrando com a ilusão de onipotência, pois nem sempre é possível atender à demanda do paciente, como esclarece Souza (1992:24):

O doente não é só um corpo que apresenta sintomas, mas é um sujeito que fala, e, no falar, vai dando novo sentido à sua doença. O que passa entre o médico e o doente não é algo que é preciso **isolar** para não perturbar o tratamento, mas algo que precisa necessariamente ser **incluído** [negritos da autora] para que a cura se processe. Rompe-se a dicotomia normal/patológico; não há normas, mas singularidades.

Sobre a reação do profissional a esta postura e a este discurso do paciente em sua singularidade, a mesma autora ressalta:

Os profissionais, apesar do discurso de assepsia, não ficarão imunes às transferências que se estabelecerão com seus pacientes, às realidades psíquicas e sociais com que são confrontados, e poderão instrumentar seu saber ou seu desconhecimento em direção à cura ou em direção à morte, dependendo daquilo que puderam reconhecer e elaborar nesse processo. (Ibid.:25).

Por essa razão, alguns autores, por meio de pesquisas, demonstram como os primeiros contatos com o paciente foram momentos marcantes na vida do profissional de medicina, pois é neste instante que aparecem os primeiros problemas, conforme pode ser verificado nos discursos dos sujeitos desta investigação.¹

¹ Ver *Análise: A formação do “discurso médico”*. p. 91.

Millan e outros (1999b) registram algumas pesquisas que denotam os problemas psicológicos de alunos de medicina ao se depararem com as tarefas do exercício relacional. Destaco a citação de uma pesquisa de Sacks e colaboradores, nos Estados Unidos, em 1980, na qual apontam para o estresse do graduando, ao longo da sua interação com o paciente, nas primeiras entrevistas.

... a ansiedade dos alunos apareceu no momento em que tiveram contato com pacientes, contatos estes que mobilizaram conflitos inconscientes com o vir a ser médico. Tais conflitos eram ligados à sexualidade, à raiva, à privação materna e à rivalidade. Parece que a decisão para fazer Medicina estava ligada à insuficiente sublimação dos conflitos: queriam dar para os outros aquilo que não receberam na infância. (p. 86).

- **A reedição do ‘infantil’ e a *incomunicação*² na relação médico-paciente**

Existe do lado do paciente a tendência a transferir suas fantasias (desejos, temores, sentimentos etc.) aos médicos, pois os mesmos estão vinculados às figuras representativas de cuidado e proteção, ou porque se encontram em uma posição de saber e de autoridade diferenciadas. Isto poderia ser entendido, à luz do referencial psicanalítico como uma repetição do momento *edípico*.

Essa analogia com o *Complexo de Édipo* baseia-se no fato do encontro médico-paciente ser marcado por uma relação assimétrica, na qual o segundo, como um filho, depende e está sob os cuidados do primeiro. Por não haver, muitas vezes, a possibilidade de discutir tal relação, resta-lhe fantasiar o porquê o médico agiu desta ou daquela maneira, solicitou ou não tal exame, deixou de prescrever determinado remédio – ou, ainda, não manteve a atenção suficiente para escutar suas queixas.

É possível, no meu entender, cogitar que esta situação de desamparo, somada à atitude do profissional seja como um “pai atencioso” ou “ausente”, leve o paciente

² Trata-se de um conceito usado por Bleger (1984:61), ao descrever o comportamento do médico e do paciente ao se relacionarem.. (Ver: As instituições e suas representações na página 43 e seguintes).

a uma postura regressiva e, a partir desta, reeditar fantasias - inconscientes - do seu mundo infantil.

O profissional, por sua vez inserido nesta relação, não está imune em ‘trazer’ suas fantasias do momento *edípico* para a relação com o doente e, assim, colocá-lo numa posição diferente daquela que este deve ocupar. Ou seja, ao invés do seu cliente/paciente representar uma pessoa que lhe pede auxílio para se livrar da dor e da condição de doente, pode, por exemplo, ser tomado como um objeto para suprir suas carências e dar vazão às suas fantasias. Aquilo que amiúde se denomina *contratransferência*.

Coura (1995) descreve situações, extraídas de suas vivências na prática de Psicologia Hospitalar, nas quais médicos ou parte da equipe estavam demasiadamente envolvidos com a problemática da clientela, colocando, assim, o papel para o qual estavam imbuídos num segundo plano.

Num primeiro exemplo, por meio de relato de caso clínico, esse autor registra uma situação em que um médico relutava em dar alta para uma paciente em recuperação de uma infecção pulmonar.

O que eu tinha diante de mim era um homem que, com angústia, me falava de uma mulher; e, como fui percebendo, de uma mulher que ele não queria que fosse embora. Eu tinha, portanto, a fala de um homem angustiado que me dizia de uma paixão proibida, ou de um desejo condenável, por uma mulher. (p. 87).

Em outra situação, descrita pelo mesmo autor (Ibid.:109-124), foi o *staff* hospitalar a se mostrar envolvido com a problemática estabelecida por eles próprios, e não com o sujeito enfermo. No caso relatado, havia uma criança com múltiplas fraturas, cuja suspeita recaía a possíveis espancamentos da genitora. Instalando-se um clima policialesco, a preocupação estava em se averiguar se era realmente a mãe a responsável e, a partir daí, estabelecer uma forma de punição, enquanto a criança era ignorada, mesmo em estado de gravidade.

Situação semelhante é descrita por Souza (1992), quando uma equipe hospitalar se vê profundamente mobilizada com a história de uma mãe que

envenenou os três filhos e depois tentou o suicídio. A revolta manifestada pela equipe com a ação da mãe, acabou gerando delírios paranóides na paciente. Segundo descreve essa autora, foi presenciado a reação desesperada da enferma, quando um médico desligou o respiradouro para poder limpá-lo, mas, não forneceu nenhuma explicação que se tratava de um procedimento de rotina.

Há momentos em que a equipe reproduz, transferencialmente, os conflitos presentes na situação – uns acolhem, outros agridem. Se não houver um espaço coletivo de troca, de solidariedade, uns encarnarão o bem, e outros ficarão depositários do mal (...) Não é só um doente ou uma doença que entra no hospital; entram junto com ele suas marcas históricas, suas vivências amorosas, e é com isso que a equipe tem que se haver. (Sousa, 1992:27-8).

O médico inserido na equipe e, às vezes, ditando suas condutas, funciona como eixo central em função da posição que ocupa para o tratamento oferecido ao paciente. Ele não tem só o poder de sugerir e influenciar o paciente, mas toda a equipe. Se isso ocorrer em nome do bem-estar de todos é sinal que houve respeito às carências do enfermo e à sua dignidade. O problema surge quando isto não se efetua como, por exemplo, em muitas situações nas quais o sintoma torna-se a doença em si, recebendo a atenção no lugar da pessoa do paciente.

Esses problemas relacionais entre médico e paciente, ou mesmo da equipe hospitalar perante a problemática deste último, apontam para a existência de conflitos internos que permeiam a vida desses profissionais. Isso significa que tanto o paciente é mobilizado por essas situações, como o profissional também se angustia diante do quadro de fragilidade da vida e de sua impotência frente às leis da natureza. Em função disso, acaba recorrendo a mecanismos de defesa, tal qual o enfermo.

Para mim, a relação médico-paciente é uma relação de mão dupla. Assim sendo, o hífen usado entre as duas palavras, apesar de gramaticalmente correto, bem poderia ser substituído. Proponho, por exemplo, uma seta com duas direções ($\Leftrightarrow$). Trata-se da representação gráfico-simbólica de como entendo a relação médico $\Leftrightarrow$ paciente. Afinal, são dois seres humanos com funções diferentes, mas complementárias. (Cohen, 1996:57).

Partindo, assim, de ambos o uso de fantasias e mecanismos de defesas quando se deparam com uma realidade árdua. Principalmente quando esta realidade significa tentar vencer a morte.

O que se observa é a ação do doente desejando e buscando uma maior atenção por parte do seu cuidador. O profissional, por sua vez, demonstra evitar esse encontro como uma forma de negar (fugir) da própria fragilidade e impotência diante dos anseios do paciente.

A doença, como terceiro elemento desta relação, é a promotora do encontro, mas mesmo assim não é a ponte que faz unir as partes, pois embora ganhe destaque a partir dos holofotes de ambos, pacientes e médicos, não representa a possibilidade de interação. Para o médico, ela é o reflexo do seu saber e para o paciente representa sua história idiossincrásica, efêmera ou crônica, de dores e perdas.

Retorno, assim, à ausência do encontro entre paciente e médico, pois na subjetividade de cada um, mesmo na reação à doença ou ao trauma que promove a interação, existe um desencontro no discurso e no campo perceptivo dos mesmos. Esses desencontros começam com o tipo de comunicação estabelecido. Um exemplo disso é quando o profissional insiste em usar o linguajar técnico, mas não procura saber se o paciente é ao menos alfabetizado.

De Marco (1999) aponta para a queixa de quintanistas de medicina acerca da dificuldade de comunicação com os sujeitos atendidos por eles, justificando a problemática no “... ‘nível cultural pouco desenvolvido’³ da maioria dos pacientes...” (p.135). Jurandir Freire Costa (1989:31), afirma ser exatamente esta distância social que impede o paciente de expressar seus desejos diante do *doutor*.

Golfeto e Mian (1998) ressaltam a “medicalização” de problemas sociais, que, segundo tais autores, fez com que a fome virasse desnutrição; assim como condição de vida e de trabalho indignas, tornaram-se, respectivamente, patologias e acidentes de trabalho. São fatores que colocam o médico diante de “... problemas que

³ Em alguns trechos da *Análise* (Parte III), aparecem depoimentos semelhantes.

comumente fugiam de sua competência ou em que apenas poderia agir paliativamente.” (pp. 224-5).

Romano (1997) registra a evolução do saber médico ao não deixar mais o paciente num papel, exclusivamente, de espera passiva, mas ressalta as carências financeiras e educacionais da maioria da população brasileira, como elemento criador de um abismo entre o médico e o enfermo. Conclui o seu ponto de vista citando o seguinte desabafo de Lima, em um artigo de 1994: “... os pacientes submetem-se às mais sofisticadas técnicas de tratamento diagnóstico, mas não sabem consultar o relógio para saber a que horas devem tomar seu medicamento.” (apud Romano, 1997:20).

Essa distância social, somada à dificuldade relacional, fazem com que o médico se identifique menos com o paciente, ficando sujeito a não usar o principal instrumento a favor da reabilitação: ele próprio, isto é, seu amor em forma de atenção, zelo e respeito àquele que lhe pede auxílio diante da dor e do sofrimento.

- **A necessidade do médico se preparar para ser um *cuidador da alma***

O amor⁴ do médico pelo seu paciente é considerado, há tempos, como elixir básico para a reabilitação. Sobre isso, Pierre Fédida comenta:

O médico está constantemente na relação com o amor porque as doenças físicas em sua evolução – se apresentam como paixões amorosas. O médico cuida do Eros doente. *Terapéia* 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. O amor de médico é amor justo: estabelece uma contrapartida, um novo equilíbrio com a parte doente de Eros. (1988:28).

⁴ O termo “amor” referido na citação acima trata do conceito grego de amor celestial (*logos*), difundido por Parmênides e Heráclito, diferenciando-se do amor terrestre, popular e vinculado aos excessos físicos. (Fédida, 1988:29).

Fédida fala do Eros de Platão e do discurso do médico Erixímaco em *O banquete*, no qual se afirma que a medicina se ocupa dos fenômenos do *amor*, como pode ser exemplificado por meio do trecho a seguir:

... aos elementos bons de cada corpo e sadios (...) é que se dá o nome de medicina, enquanto que os maus e mórbidos é feio e se deve contrariar, se vai ser um técnico. É com efeito a medicina, (...) a ciência dos fenômenos do amor, próprios ao corpo, (...) que nestes fenômenos reconhece o belo amor e o feio é o melhor médico; igualmente, aquele que faz com que eles se transformem, de modo a que se adquira um em vez de outro, e que sabe tanto suscitar amor onde não há mas se deve haver, como eliminar quando há, seria um bom profissional. É de fato preciso ser capaz de fazer com que os elementos mais hostis no corpo fiquem amigos e se amem mutuamente (...) A medicina portanto (...) é toda ela dirigida nos traços deste deus⁵... (Platão, 1997:119).

O amor do médico possui uma representação especial, de um cuidador que está no papel exercido pelos pais e, por isso, tem o poder de mobilizar o paciente a lutar contra o seu estado de sofrimento. Baseando-se nisso, Michael Balint afirmou que a droga mais freqüentemente utilizada na clínica geral é o próprio médico. Até o remédio (fármaco) administrado ao paciente é recebido conforme é ofertado pelo profissional. Ou seja, seu efeito depende diretamente da atmosfera mútua de confiança e respeito. (1975:05).

Para esse autor, o exercício médico também carrega marcas de práticas místicas/religiosas, apontando dois fatores que demarcam este ponto de vista. O primeiro é o que ele chama de função apostólica do médico:

... como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes deviam ou não devia esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre os seus pacientes. [itálicos do autor] (Balint, 1975:180).

O segundo fator, que denota a semelhança da atuação médica com o líder religioso, é a função do médico como um “padre confessor”, uma vez que acolhe os segredos mais íntimos do paciente, suas culpas ou ganhos com a doença:

... o médico deve permitir que esses pacientes lhe falem francamente sobre suas apreensões e sentimentos de culpa; em suma, deve atuar de modo

⁵ Eros, o deus do Amor. Usado também por Freud (1976b) para nomear os impulsos construtivos e que visam a união/junção dos seres - a pulsão de vida.

como um padre confessor, e ainda encarregar-se de dar a absolvição. (Balint, 1975:188-9).

Esse poder do médico de absolver, como se fosse um representante divino entre os mortais, traz a contrapartida atribuída aos ‘deuses’ que é ser responsabilizado por todos os problemas e pela condução dos destinos de quem está sob os seus cuidados. Assim, conforme assinala Balint:

... toda privação imposta ao indivíduo pela doença pode ser atribuída ao médico. Por exemplo, muitos pacientes sentem que bastaria que o médico fosse mais amável ou mais simpático para que lhes permitisse beber mais, deitar mais tarde, comer alimentos mais variados, fumar mais, etc. É fácil observar a gradual aparição desse ressentimento, mas é muito mais difícil controlá-lo ou preveni-lo. Esta ressentida fantasia frequentemente provoca sentimentos de cólera e de ódio contra o médico, frente à falta de compreensão que este demonstra e suas desagradáveis receitas e suas restritas ordens dietéticas... (Ibid.:202).

O médico passa a ser o “pai castrador” dos desejos do paciente. Um “pai totêmico”⁶ que o impede gozar os prazeres da vida e anuncia punições, caso suas recomendações não sejam cumpridas.

Isso implica na necessidade do preparo do médico para lidar com os investimentos transferenciais por parte do paciente, pois esse comportamento regressivo poderá levá-lo a manifestar tanto sentimentos ternos e amistosos, quanto emitir posturas agressivas e hostis no trato com os seus cuidadores.

... o paciente encontra no médico imagens consideradas como más, o que provoca atitudes de desconfiança, inveja, raiva, desprezo, antipatia e irritação (...) A transferência negativa do paciente pode então apresentar-se sob forma de reserva geral, escassez de informações ou pouca disposição para cooperar durante o exame e o tratamento. Pode expressar-se também através de sintomas que se tornam acentuados ou mais sérios após o paciente haver começado o tratamento, ou mediante complicações inesperadas e atraso na recuperação (...) As zonas conflitivas que persistem na relação terão então um efeito antiterapêutico e a relação pode se tornar impossível, com piora da sintomatologia. (Golfeto e Mian, 1998:235-6).

Michael Balint (1975) ciente da necessidade do organismo ameaçado recorrer a mecanismos de defesas frente ao perigo e ao desamparo, sugere aos médicos que

⁶ Ver: *A gênese das instituições segundo a psicanálise*. (pp. 35-43).

adotem uma postura educativa para o amadurecimento do paciente diante sua doença, mas alerta: “... é necessário acrescentar uma ressalva: devemos deixar certas válvulas de escape de dependência infantil.” (p. 200).

Balint prossegue essa assertiva perguntando qual seria o grau de maturidade exigido do paciente e o grau de dependência infantil permitido a este no investimento dirigido ao médico. Responde que a solução está na sensatez do profissional. Portanto, esperando-se que a sensibilidade deste possa ‘converter’ o paciente: “Pouca gente possui grau de maturidade mental e emocional indispensável para realizar tão difícil tarefa.” (p. 201) – acrescenta.

Posição semelhante é defendida por Gosling e Turquet, seguidores de Balint, ao afirmarem que: “A regressão dos pacientes é, para o médico, um aspecto necessário do processo da cura.” (1991:56). E, por isso, é necessário um bom preparo deste profissional, não só nos aspectos técnicos, mas também quanto à sua maturidade emocional.

Esses autores ressaltam que o problema, em relação à regressão do paciente, é a possibilidade de o médico ceder às suas necessidades de onipotência e, mesmo de modo inconsciente, manter e reforçar um estado de ganho secundário com a doença e dependência do profissional. Sugerem, como medida profilática, que os médicos devam conhecer e compreender suas próprias atitudes para que assim possam agir adequadamente, evitando que suas atitudes favoreçam ainda mais problemas relacionados à iatrogenia.

Na medida em que ele [o médico] estiver mais à vontade em suas relações humanas, será menos levado a se abster, sabendo controlar melhor a situação e exercendo seu papel de terapeuta com prazer. Ele se sentirá assim, capaz de resistir à pressão de seus pacientes, ao solicitar opiniões especializadas e hospitalizações, enquanto ele próprio dúvida do valor destas. Estará em melhor posição para fazer distinção entre os pacientes que é inútil contrariar e aqueles cujas demandas podem ser reduzidas, para o benefício de todos. (...) O resultado será atenuar a angústia de seus pacientes a respeito de seu senso de responsabilidade e de sua autoridade, o que levará a uma tranquilização nas relações sociais e a uma melhora de sua auto-estima. (Gosling e Turquet, 1991:103).

Nesse ponto encerro esta apresentação de algumas obras da literatura importantes por apontarem uma relação entre os discursos médico e psicanalítico, permitindo um entrecruzamento útil para essa investigação, que pretendeu analisar o discurso de médicos sobre o fenômeno transferencial manifestado em instituições hospitalares.

PARTE II: Método

MÉTODO: Subsídios Teóricos

O objeto de estudo desta dissertação é o fenômeno transferencial dentro de uma instituição hospitalar, sob o ponto de vista de um dos seus agentes – o médico. A partir da fala desses sujeitos, busca-se investigar como ocorrem as manifestações transferenciais no espaço relacional entre o profissional de medicina e sua clientela hospitalizada.

Em função de esta pesquisa ter a característica básica de tentar compreender como se dá um fenômeno intersubjetivo, implica na necessidade de se recorrer a um *método* qualitativo para a coleta e análise dos dados.

Método, segundo Herrmann (1991:14), é o caminho costumeiro que se adota para se atingir um fim, considerando a origem etimológica das palavras *Metá* (aquilo que está além; fim) e *hodós* (caminho).

Seguindo esta linha de raciocínio e, principalmente, considerando que este estudo segue fundamentos psicanalíticos, alicercei-me e me orientei pelos princípios deste arcabouço teórico, embora não se trate de uma pesquisa psicanalítica, como descrevi na *Apresentação* deste trabalho.

Trata-se de um olhar para um fenômeno partindo do referencial psicanalítico, articulando-o a uma proposta para a Psicologia Institucional, conforme desenvolvida por Guirado:

Considerando (a) a Psicologia Institucional uma prática, cujo âmbito de ação são instituições sociais (diferentes das práticas psicoterapêuticas em si) e, considerando (b) a definição de Psicologia que se aproxima de Psicanálise, podemos configurar um objeto desta Psicologia Institucional. Tais considerações nos levam inevitavelmente a afirmar este objeto como sendo as relações (imaginadas, simbolizadas, representadas, enfim) que, nascendo dos lugares que a burocracia (o “grande simbólico”) estabelece, passam a ser ratificadas, legitimadas e assumidas pelos sujeitos ou grupos “como naturais”, como “tendo que ser assim”. (Guirado, 1987:74).

Dessa forma, entende-se que as falas do sujeito psíquico, em uma instituição, são articuladas pelo entrecruzamento dos lugares que lhes são atribuídas e pelo lugar que ele atribui aos outros e a si mesmo. Tal lugar deve ser pensado, portanto, a partir de uma rede simbólica que constitui uma trama de lugares/papéis que se atribuem, reciprocamente, os agentes institucionais e sua clientela:

Quando um profissional desenvolve seu trabalho numa instituição de saúde, por exemplo, sua intervenção, não se pode esquecer, dá-se em meio a um fabuloso entrecruzamento e a uma sempre surpreendente reedição de lugares ocupados e delegados, considerando-se sua história pessoal e aquela instituição. Com sede estabelecida no discurso. Nele, as representações revelam e escondem, reconhecem e desconhecem suas origens. Despistam, ato contínuo, seu engenho instituinte. A intervenção, no âmbito da psicologia da maneira como a propomos, em tese, segue na contramão das alegorias, como se poderiam chamar as representações e a afetividade, efeitos desse jogo de delegação/ocupação de assentos institucionais. (Guirado, 1995:82).

Tratando-se de uma pesquisa amparada no referencial psicanalítico e que busca compreender certos aspectos pertinentes às interações em uma instituição de saúde, o seu instrumental se direciona para a fala dos sujeitos pesquisados, “... isto é, na maneira pela qual a palavra afeta emocionalmente a recordação, possibilitando-a primeiro, impossibilitando-a, às vezes, tornando-a novamente possível seguir, construindo-a sempre.” (Herrmann, 1997:10-1).

Como o instrumento desta investigação partiu da fala dos seus sujeitos, a tentativa de compreensão do que foi transmitido se fundamenta numa concepção de discurso que o concebe como inserido em um tempo e em um lugar: uma instituição hospitalar e suas vicissitudes.

Os agentes institucionais produzem (tanto serviços quanto idéias ou imagens) e falam a partir dos lugares que ocupam nas relações instituídas que se repetem e se legitimam enquanto se repetem. (...) A Psicologia Institucional recorre a este recorte metodológico visando à interrogação acerca do lugar que os sujeitos reconhecem ocupar nas relações, a partir da investigação dos jogos imaginários engebrados pelos atos da fala que têm lugar entre os enunciados que co-operam... (Lerner, 1999:19).

Como assinala Foucault em *Palavras e coisas*, o lugar que o sujeito ocupa em uma instituição é o determinante de sua fala. A partir deste *lugar* institucional,

... se representam as palavras, utilizam sua forma e seu sentido, compõem discursos reais, mostram e escondem neles o que pensam, dizem, talvez à sua revelia, mais ou menos o que pretendem, deixam desses pensamentos em todo o caso, uma massa de traços verbais que é preciso decifrar e restituir, tanto quanto possível, à sua vivacidade representativa. (1995a:370).

Em *Arqueologia do saber* Foucault discorre, especificamente, sobre a posição do médico e do seu discurso:

Se no discurso clínico o médico é sucessivamente o questionador soberano e direto (...) é porque todo um feixe de relações se encontra em jogo (...) relações entre o campo das observações imediatas e o domínio das informações já adquiridas; relações entre o papel do médico como terapeuta, seu papel de pedagogo, seu papel de transmissor na difusão do saber médico e seu papel de responsável pela saúde pública no seu espaço social. (Foucault, 1995b:59-60).

Como os sujeitos da pesquisa são médicos, cujo lugar ocupado na instituição é o de detentores do *saber*, eventualmente investidos de uma *fantasia* de *onipotência* pela sua clientela e por eles próprios, a análise de seus discursos inclui, necessariamente, esses elementos; ou seja, as fantasias recíprocas (do médico e do paciente) acerca do *saber* e do *poder* deste profissional.

As fantasias em relação ao saber e ao poder do médico são fenômenos que transcendem o individual, ou melhor, são inerentes às representações coletivas. Fazendo uso das palavras de Maingueneau (1995), diria que são fenômenos de uma comunidade discursiva: "... quando se trata de discursos políticos, religiosos, literários, científicos, universitários, é evidente que a instância fundamental não é o sujeito individual, é a instituição." (p.27).

O discurso do médico é, portanto, o resultado da ação de fatores idiossincrásicos conscientes e inconscientes do profissional. Além disso, traz também as representações da ordem e do discurso da comunidade na qual ele está inserido. Pode-se supor que suas fantasias, desejos e medos, presentes no encontro com o paciente, sejam expressões da Ordem Médica e daquilo que esses mesmos enfermos esperam dele.

Assim, pode-se dizer que o discurso encontra-se, também, na ordem do não dito, daquilo que não é enunciado. Entretanto, revela-se por nuances e matizes, inseridos na maneira que o sujeito fala. Não só sua voz, mas seu corpo. Não só no sentido literal daquilo que é falado, mas no figurado (metáforas, ironias, eufemismos etc.).

Freud em *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (1901) apontava para o fato de que nem sempre falamos aquilo que desejamos, ou simplesmente, somos “sinceros” em nossos discursos; sendo este fenômeno psíquico evidenciado naquilo que se denominou lapsos da fala. Apontou, com mais detalhes, em 1915, na Conferência Parapraxia, esse tipo de ato falho pelo qual o falante é traído por uma gafe reveladora de uma possível representação de seu desejo ou opinião, como podemos ver a seguir:

Os lapsos de língua mais comuns, simples e triviais são contrações e antecipações ocorrentes em parte insignificantes do falar. Por exemplo, em uma frase um tanto longa pode-se cometer um lapso de língua que antecipa a última palavra do que se pretende dizer. Isso causa a impressão de impaciência por ver terminada a frase, e em geral constitui evidência de uma antipatia contra o ato de comunicar a frase, ou contra todo o comentário que se está fazendo. [itálicos meus]. (1976a:88).

Não só os desejos e as resistências do sujeito falante e do seu interlocutor podem influir na forma do discurso ser expresso, mas também quando existe a tentativa de compreendê-lo. Segundo Maingueneau, o discurso se modifica conforme a referência que se faz a ele a partir de um determinado campo do saber humano, como a psicologia, a história ou a lógica – para as quais se inclui também suas vicissitudes e suas vertentes teóricas.

... uma “análise do discurso” pode, por exemplo, retirar boa parte de seus conceitos da psicologia, mas tomará uma configuração diferente segundo se trate de psicologia cognitiva ou psicanálise e, no interior da psicanálise, pode filiar-se a esta ou aquela escola. (1993:12).

No meu entendimento, esses elementos da Análise do Discurso revelam suas limitações e a necessidade de serem consideradas ao se fazer uso de tal procedimento

metodológico. Creio que, para tanto, é importante considerar o alerta de Guirado (1986:50):

Parece-nos, portanto, impossível afirmar que o trabalho de análise desvende a verdade ou a essência dos discursos. O que ele faz, é delinear como se organizam as representações, num intercâmbio constante entre mitos e fantasmas no discurso em análise e os do analista, com o respaldo de um distanciamento a que as teorizações interpretativas, no plano lógico, propõem-se.

Em outras palavras, o que estamos propondo aqui é traçar uma linha do discurso dos sujeitos da pesquisa e com ela tentar emboçar e nuançar algumas questões que possam ser importantes para a relação médico-paciente, assim para toda a conjuntura institucional.

OS PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE

A análise do discurso dos médicos foi efetuada a partir da transcrição das entrevistas gravadas, tendo como subsídios as minhas impressões pessoais e as paráfrases dos contatos estabelecidos durante as mesmas.

As transcrições serão apresentadas sob a forma de fragmentos (recortes) dos enunciados dos entrevistados, conforme foi detalhado no capítulo anterior a respeito da proposta metodológica. Para tanto, serão utilizadas impressões e paráfrases registradas a partir das entrevistas, as quais serão mencionadas em alguns momentos da análise.

A análise se efetuou sobre as representações dos discursos dos entrevistados, pressupondo que a fala desses sujeitos são determinadas por uma sobreposição de instituições que autorizam ou não tais enunciados. O objetivo deste procedimento foi de recortar e pontuar as representações que o médico faz de si e da sua relação com o paciente hospitalizado, apresentando-as sob a forma de fragmentos.

A questão (...) não está em analisar isoladamente as entrevistas e no conjunto delas reconhecer as regularidades. Até porque estas se podem reconhecer no interior de uma mesma fala. A questão está na perspectiva que se tem de análise, os recortes que ela permite e as “amarrações” ou as reconstruções a que se chega, que acabam falando ao mesmo tempo dos autores das cenas enunciativas e das condições de enunciação. (Guirado, 1995:89).

Um exemplo disso será o registro das fantasias dos sujeitos em torno da questão onipotência/impotência na relação com o doente. Tais manifestações aparecerão na análise tanto por sua presença, quanto por sua ausência nos enunciados, tendo como base a proposta de leitura dos discursos de Foucault, conforme se descreve a seguir:

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisto não há nada de espantoso, visto que o discurso – como a

psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é o objeto de desejo (...) o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que e pelo que se luta; o poder do qual nos queremos apoderar. (1996:10).

Seguindo este ponto de vista de Foucault, a análise dos discursos dos médicos entrevistados voltou-se para os enunciados que se remetem aos desejos, medos, angústias ou, simplesmente, aquilo que satisfaz ou incomoda os entrevistados em relação aos doentes e à instituição.

Entende-se, assim, que tais enunciados, em seu conjunto, compõem o universo discursivo destes mesmos sujeitos que, por sua vez, apóiam-se em uma formação discursiva e sua prática, conforme são definidas por Foucault:

Chamaremos de discurso um conjunto de enunciados, na medida em que se apóiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar (e explicar, se for o caso) na história; é constituído de um número ilimitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência. (...) o que se chama “prática discursiva” (...) é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa. (1995b:135-6).

A formação discursiva é constituída por uma rede de atitudes e representações dialéticas, configuradas por regularidades enunciativas, a qual se denomina formação ideológica. (Brandão, 1997:90). Em relação aos sujeitos em estudo, temos a formação discursiva configurada pela ideologia das instituições às quais estão ou estiveram vinculados, com destaque para a Ordem Médica e o tipo de “ordem” instaurada no hospital. Estas instituições marcam e configuram a formação discursiva médica, determinando “o que pode e deve ser dito” a partir desse lugar social - e historicamente determinado. (Id., Ibid.:90).

O trabalho de análise se volta, portanto, para a formação discursiva do médico. Assim, tal trabalho não tem nem o objetivo, nem o poder, de desvendar “a verdade ou a essência dos discursos. O que ele faz, é delinear como se organizam as

representações”¹ - como foi mencionado anteriormente. Busca-se ordenar e organizar essas representações, por meio de um processo de desconstrução dos enunciados discursivos.

O que decompomos para posteriormente reorganizar, segundo o princípio metodológico da desconstrução, são representações dos sujeitos acerca das relações instituídas. Mais ainda, através das representações acerca de si próprios, dos outros e das relações estabelecidas, buscamos configurar como esses sujeitos se posicionam nas relações instituídas, sempre através de reconhecimento e desconhecimento de suas próprias falas sobre o instituído. (Aquino, 1990:30-1).

Esse trabalho de desconstrução dos enunciados foi orientado para o objetivo de se abstrair aquilo que, em Análise do Discurso, denomina-se *Espaços Discursivos*: “... recortes que o analista [do discurso] isola no interior de um campo discursivo tendo em vista propósitos específicos de análise.” (Brandão, 1997:73).

Os recortes (ou fragmentos) que se originaram desses campos discursivos - dos enunciados dos sujeitos em estudo - foram mapeados a partir de cada entrevista, considerando-se o processo de interlocução subjacente às mesmas:

... para a Análise do Discurso, não existe um sentido a priori, mas um sentido que é construído, produzido no processo de interlocução, por isso deve ser referido às condições de produção (contexto histórico-social, interlocutores ...) do discurso. (Brandão, Ibid.:92).

Por intermédio desse processo de desconstrução dos enunciados discursivos, pôde-se chegar aos núcleos temáticos que, por sua vez, foram divididos da seguinte maneira:

1. A formação do “discurso médico”: As representações do médico sobre sua preparação acadêmica, especialmente no que se refere à atenção dispensada à subjetividade em sua formação e, em que medida essas questões tiveram e têm influência em sua atuação profissional. Neste temário, estão incluídos os motivos da escolha da medicina, as fantasias desta motivação e as possíveis discrepâncias com a realidade vivenciada.

¹ Guirado, 1986:50. Ver página 72 deste trabalho.

2. O “lugar” do médico: As representações dos discursos sobre o hospital e sobre a Ordem Médica, a posição que o médico ocupa dentro das instituições em questão e a influência desse lugar na sua relação com o enfermo.
3. A questão da transferência: as representações desses enunciados discursivos a respeito do fenômeno transferencial (mesmo não recebendo este nome) na relação do profissional com o enfermo. Incluem-se, aí, as representações do(a) médico(a) acerca das atitudes do paciente, bem como suas próprias fantasias, face à sua condição de depositário dos investimentos transferenciais do primeiro.
4. As atitudes do médico diante da própria saúde e da morte: a questão da onipotência/impotência diante dos cuidados com a própria saúde e perante percepção da morte e do morrer.

OS SUJEITOS E A INSTITUIÇÃO EM ESTUDO

A pesquisa foi efetuada tem como instrumental maior as entrevistas com médicos que trabalham em um hospital público de Porto Velho, Rondônia. Tal instituição trata-se do único hospital público do município de Porto Velho que possui a incumbência também de ser um pronto-socorro. É subsidiado pelo governo do estado de Rondônia e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A clientela do hospital é composta, basicamente, de pessoas pobres que não possuem recursos financeiros para procurar o sistema privado ou pagar um plano de saúde – conforme pode ser verificado nos recortes dos depoimentos.

Essa instituição possui características de hospital geral, cuja finalidade é o atendimento de emergência. Após a realização dos primeiros atendimentos – e caso o paciente não receba alta – ele é encaminhado para outros centros de saúde, como um hospital para doenças infecto-contagiosas ou para o Hospital de Base. No entanto, muitas vezes o paciente precisa ficar internado dias ou semanas aguardando remoção. Tal demora decorre por diversos fatores, entre eles a falta de vaga ou de recursos. Nesses casos, incluem-se também doentes psiquiátricos, forçando a instituição a reservar uma enfermaria para os pacientes com esse quadro patológico. Portanto, uma das peculiaridades desse hospital é o fato de que muitos pacientes que ficam internados, por um longo período, são aqueles que aguardam vagas em outras instituições, seja em Porto Velho ou fora do estado. São situações que promovem um contato maior com o corpo médico, mas também geradoras de grande frustração e angústia.

O hospital atende, por mês, conforme média entre os meses de julho e setembro de 1999², algo em torno de 8.000 pacientes, em um total de pelo menos

² Dados obtidos junto ao setor de estatística do hospital.

10.500 consultas. Neste mesmo período, foi registrado uma média de 700 internações e 300 cirurgias.

Os pacientes são oriundos, em sua maioria, do município de Porto Velho, tanto da área urbana, quanto do seu extenso território rural - e do interior do estado de Rondônia. Contudo, em alguns relatos dos funcionários, incluindo os próprios sujeitos desta pesquisa, menciona-se o atendimento a pessoas oriundas do sul do Amazonas, norte do Mato Grosso, Acre e até do país vizinho – a Bolívia.

As crianças e os hospitalizados que residem fora da cidade de Porto Velho têm o direito de ficar com um acompanhante, para o qual também é fornecido alimentação. Aqueles com moradia na cidade de Porto Velho podem receber visitas três vezes por semana, durante uma hora.

O hospital possui 170 leitos, distribuídos em 29 enfermarias. Estas são agrupadas em três alas: ala I (infantil), ala II (adultos de ambos os sexo) e ala III (pacientes submetidos a processo cirúrgico). Há salas para consultas, exames, atendimento de pronto-socorro, um centro cirúrgico e um pequeno Centro de Terapia Intensiva. No que diz respeito ao corpo de funcionários, conta com aproximadamente 600 funcionários³, os quais oferecem também serviços de psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outros.

No mês de julho de 1999 - período em que se deu o início dos procedimentos para coleta de dados - possuía em seu quadro 73 médicos: 60 do sexo masculino e 13 do sexo feminino.⁴ São contratados em caráter temporário, denominados como “prestadores de serviços”. Muitos deles trabalham também em outros hospitais – tanto públicos quanto privados e/ou em seus consultórios particulares.

Quando iniciei o processo de coleta dos dados⁵ no hospital, o quadro médico estava distribuído da seguinte forma: 13 clínicos gerais, 12 pediatras, 10 cirurgiões gerais, 01 cirurgião torácico, 01 ultrassonografista, 07 ortopedistas, 01 cirurgião

³ Dados do início do mês de janeiro de 2000. Em 17 de janeiro, conforme consta no Diário Oficial do Estado de Rondônia, foram demitidos mais de 8.000 servidores, implicando na redução deste quadro e tornando impossível a precisão do número de funcionários, face aos remanejamentos, devido à citada medida administrativa, e às ações judiciais para reintegração.

⁴ Em janeiro de 2000, quando foram levantados alguns dados mais recentes do hospital, este possuía 83 médicos.

⁵ Este processo será melhor detalhado no próximo item: *Os procedimentos para a coleta de dados*.

pediátrico, 01 broncoscopista, 01 oncologista, 02 cirurgiões vasculares, 04 neurologistas/neurocirurgiões, 01 endoscopista, 03 urologistas, 01 psiquiatra, 01 otorrinolaringologista, 09 anestesiastas, 02 cardiologistas, 02 oftalmologistas e 01 cirurgião plástico.

Entre os profissionais citados no parágrafo anterior, foram analisadas as entrevistas de 10 (dez), abordando as seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia plástica, neurologia, pediatria, urologia, oncologia e otorrinolaringologia.

Em relação ao tempo de formado – no momento em que foi realizado a primeira entrevista - os sujeitos entrevistados podem ser distribuídos da seguinte forma: 02 (dois) médicos com menos de 05 anos de formado, 03 (três) entre 06 e 10 anos, 03 (três) com mais de 10 anos de formado, 02 (dois) com mais de 20 anos de atuação profissional, sendo um deles com mais de 40 anos de atuação profissional.

Os sujeitos, cujas entrevistas serão analisadas, são 07 (sete) do sexo masculino e 03 (três) do sexo feminino.

OS PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O primeiro passo para a realização da coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa foi dirigir-me até a direção do hospital a fim de solicitar a autorização para realização da mesma. Fui intermediado pela pessoa que era responsável pelo serviço de psicologia da instituição.

Expliquei para a direção alguns dados genéricos da pesquisa, como sua origem, as instituições às quais estou vinculado⁶, os objetivos e os procedimentos. No que se refere aos últimos solicitei, também, autorização para colher informações do hospital e do quadro médico junto ao setor de recursos humanos e outros setores responsáveis por arquivos de interesse para a investigação.

Obtendo autorização para aquilo que solicitei, dirigi-me ao departamento médico, no qual pude coletar informações a respeito dos profissionais que compunham, naquele momento, o quadro administrativo do hospital, como: nome completo, especialidade, tempo de serviço ao hospital, telefone, endereço e os dias de trabalho dos plantonistas.

A partir de tais dados, pude estabelecer critérios para escolha daqueles que abordaria no intuito de solicitar colaboração com a pesquisa.

O primeiro critério estabelecido foi o de entrevistar aqueles médicos que mantêm um contato maior com os pacientes que ficam internados, como cirurgiões e clínicos - tanto de adultos quanto de crianças – porém, buscando entrevistar o maior número de especialidades possíveis, isto é, proporcionalmente ao quadro que a instituição apresentava.

⁶ Universidade de São Paulo como aluno de mestrado e a Universidade Federal de Rondônia como docente.

O segundo critério de escolha se fundamentou na tentativa de entrevistar médicos em diferentes níveis de experiência profissional, levando-se em conta o tempo de formado. Pude abordar, assim, tanto indivíduos recém-formados, como aqueles que exercem o ofício há décadas, conforme pode ser observado na descrição dos sujeitos em estudo.⁷

Esses critérios foram baseados no pressuposto de ouvir discursos de profissionais que possuem a prática médica em campos e em tempos diferenciados, porém atuando na mesma instituição. No entanto, havia a expectativa do aparecimento de singularidades, repetições e até convergências de opiniões ou sentimentos entre os discursos colhidos.

A meta estabelecida inicialmente foi de entrevistar dez médicos⁸, embora tivesse sido alertado que, talvez, não conseguisse atingir tal número, em decorrência das peculiaridades da profissão, principalmente quanto ao tempo disponível dos mesmos. Côncio deste possível empecilho e de outros concernentes a qualquer procedimento de uma pesquisa dentro dessas características, adotei algumas medidas que pudessem evitar possíveis embaraços.

O primeiro cuidado foi em ser intermediado pela chefe do serviço de psicologia do hospital ao tentar o primeiro contato com o médico escolhido. Informava à psicóloga sobre o profissional que gostaria de entrevistar e esta fazia o primeiro contato com o mesmo. Havendo a concordância⁹ para a realização da entrevista, acordava-se qual era a melhor forma de se fazer contato com o mesmo, evitando-se, assim, maiores transtornos.

A maioria dos médicos abordados pediu que se entrasse em contato com as suas respectivas secretárias e, pô meio delas, marcasse o dia, o local e a hora para a efetivação da entrevista.

⁷ Vide p. 79 (parte final de *Os sujeitos e a instituição em estudo*).

⁸ Registro dois trabalhos para dissertação de mestrado, com temática e método parecidos à presente investigação, que adotaram também números aproximados de sujeitos. São eles: Andreis (1996:53-9) que entrevistou dez médicos e Lerner (1999:28) que entrevistou onze agentes de saúde.

⁹ Segundo a referida pessoa, apenas um médico e uma médica, dos abordados por ela, se recusaram em colaborar com a pesquisa. Suas especialidades eram clínica geral e pediatria.

Seguindo esse procedimento, em menos de duas semanas consegui agendar todas as dez entrevistas programadas inicialmente. Fato que me levou a entrevistar mais dois profissionais, como uma forma de precaução caso algum deles não concordassem ou ficassem impedidos de continuar a participar da pesquisa.

Ao entrar em contato com cada um dos sujeitos explicava minhas pretensões com a pesquisa, de onde ela surgiu, em que se fundamenta e a razão pela qual cada um foi escolhido para ser entrevistado.

- **A primeira entrevista e a pré-análise**

Na primeira entrevista apresentava um termo de concordância (cópia em anexo) para a realização da mesma, a ser assinado por ambas as partes. Neste, era esclarecido a finalidade da pesquisa e sua forma de divulgação dentro dos princípios éticos, respeitando o sigilo e a integridade do pesquisado.

A entrevista era dividida em três momentos. No primeiro deles era efetuado o que se descreve no parágrafo anterior, incluindo o pedido de permissão para a gravação¹⁰ e tentava-se eliminar quaisquer dúvidas que porventura ainda o profissional tivesse.

Esclarecia aquilo a que o encontro se propunha, havendo, também, uma apresentação mútua. Dessa forma, buscava propiciar o mínimo de uma atmosfera de confiança. Em outras palavras: o objetivo era estabelecer o que, amiúde, em psicologia, denomina-se *rapport*.

¹⁰ O primeiro entrevistado foi o único que não concordou que a entrevista fosse gravada, embora no decorrer desta, tenha afirmado ter se arrependido de tal postura. Em função desta situação, passei a dizer aos demais entrevistados que, caso fosse abordado algum assunto muito reservado, sob o pedido dos mesmos, a fita ser-lhe-ias entregue tão logo terminasse a entrevista. Nenhum dos entrevistados manifestou tal vontade.

A segunda parte consistia na entrevista propriamente dita, na qual era feita a seguinte pergunta disparadora:

“O senhor (a senhora) poderia me falar qual foi o motivo que o (a) levou a fazer o curso de medicina?”

A partir desse momento o entrevistado expressava-se livremente acerca das razões, segundo sua compreensão, que determinaram sua escolha profissional.

Conforme o desenvolvimento das respostas abordava-se outros temas pertinentes ao objeto de estudo, a saber: “como foram os primeiros contatos com pacientes”; “como eram preparados para a relação médico-paciente”; “o que mudou ao longo do tempo, no que diz respeito ao contato com o doente”; “como se sentem perante os enfermos do hospital em questão” etc.

Dessa forma, paulatinamente, introduzia-se o entrevistado no seu mundo profissional, sua relação com o doente, seu *papel* e seu *lugar* na instituição e na Ordem Médica. Enfim, como se sente diante de tudo isso.

No terceiro e último momento dessa primeira entrevista reiterava se ainda havia concordância em ceder o depoimento para a pesquisa.¹¹ Não havendo restrição, pedia que o entrevistado assinasse uma das vias do Termo de Concordância, entregando-lhe, ao mesmo tempo, uma outra via assinada por mim. Perguntava, também, se o entrevistado estaria disponível para uma segunda entrevista. A resposta foi afirmativa em todas as situações, embora houvesse alguns comentários: “Se você não se incomodar com esses meus horários...” Ou ainda: “Se for conduzida novamente desta forma...”; “... é muito bom ter oportunidade de expulsar esses fantasminhas. Apareça!”

As primeiras entrevistas, com cada sujeito da pesquisa, ocorreram entre os dias 02 e 14 de agosto de 1999, sendo uma entrevista por dia, com o tempo médio de

¹¹ Um fato curioso aconteceu com dois entrevistados. Estes declaravam, com veemência, a disposição em autorizar a divulgação dos próprios nomes como colaboradores da pesquisa.

duração, de cada uma, em torno de 40 minutos. A entrevista mais longa durou uma hora e dez minutos e a mais curta durou vinte e cinco minutos.

Após cada entrevista, sempre no mesmo dia em que haviam sido realizadas, escrevia minhas impressões sobre o entrevistado: o seu discurso e a situação vivenciada no contato com ele ou ela. Tratando-se, portanto, de um relato subjetivo a respeito daquilo que foi observado.

Além das minhas impressões pessoais, relatava – em forma de paráfrases¹² – como tinha sido a entrevista, incluindo os primeiros contatos com o sujeito. Buscava descrever como havia se desenrolado todo o processo de contato com os entrevistados, ou seja, os eventos predecessores ao uso do gravador ou aqueles impossíveis de serem captados por esse instrumento.

Descrevia os principais pontos que antecediavam e sucediam a entrevista, bem como os aspectos ‘visuais’ das mesmas, como expressões faciais do entrevistado ou as suas posturas corporais. E, também, o que ocorria quando havia interrupções, obrigando-me a ter que desligar o aparelho.

Encerradas as 12 entrevistas iniciais, as fitas foram transcritas *ipsis litteris* ao registrado, cujo material - em conjunto com as impressões pessoais mais as paráfrases – tornou-se veículo para a pré-análise dos dados coletados, na qual foram verificadas as idiossincrasias e repetições, convergências e divergências, e as denegações entre os discursos dos entrevistados.

A partir deste procedimento, foram abstraídos núcleos temáticos comuns entre os sujeitos - mesmo envolvendo opiniões diversificadas. Por meio destes núcleos, foi planejada a segunda entrevista.¹³ Nesta, buscava colher mais detalhes dos principais temas que apareceram na primeira entrevista ou o depoimento daqueles sujeitos que não abordaram, em suas falas assuntos referenciados pela maioria.

¹² Estes procedimentos de registrar as *impressões* e as *paráfrases* foram inspirados em Esslinger (1996:74-5) e Cipriano (1999:59).

¹³ Ver *Os procedimentos para a análise* - p. 73-76.

- **A segunda entrevista.**

A segunda entrevista seguiu o mesmo enquadramento da primeira. A diferença mais marcante em relação à entrevista anterior foi a forma de abordar as perguntas aos sujeitos. Enquanto aquela se fundamentava no sentido de direcionar ou propiciar a possibilidade de um discurso ‘livre’, esta última seguiu um caráter semidirigido.

Esta entrevista foi planejada de maneira a colher relatos de aspectos comuns a respeito dos núcleos temáticos. Elaborava-se, assim, um roteiro específico para cada sujeito entrevistado, baseando-se no seu discurso e no discurso dos demais sujeitos na primeira entrevista.

O objetivo desse procedimento era tentar colher depoimentos sobre assuntos comuns para todos os entrevistados, ou seja, em torno de eixos temáticos mais freqüentes na primeira entrevista e que de alguma forma estavam relacionados com o objeto da pesquisa. Por exemplo: se a maioria dos entrevistados mencionou, com ênfase ou não, o incômodo diante do desamparo oferecido pela conjuntura da instituição – a ele e ao doente - buscava-se, então, nesta segunda entrevista, abordar o assunto junto à minoria que não fez tal referência.

Essas entrevistas foram realizadas entre os dias 29 de outubro e 05 de dezembro de 1999. A média de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 35 minutos, sendo que a entrevista mais longa durou 50 minutos e a mais curta 25 minutos.

Devido a vários fatores, principalmente a questão do tempo disponível dos entrevistados e a uma greve em razão da falta de pagamento, dois deles não puderam

ser contatados para a segunda entrevista. Ficaram fora do processo de análise, mantendo-se, assim, o número inicial de dez sujeitos.

PARTE III:

Análise

ANÁLISE: Considerações Gerais

“- *Quem ensinou tudo isso ao senhor, Doutor?*
A resposta veio prontamente:
- *O sofrimento.*”

Albert Camus (*A peste*)

- **Critérios para a nomeação dos sujeitos**

Desde o momento em que escrevi as impressões e as paráfrases da primeira entrevista objetivando a pré-análise adotei alguns artifícios para registrar o nome dos entrevistados, sem, contudo, revelar suas identidades. Comecei a denominá-los a partir da seqüência que as entrevistas foram feitas, como: *Sujeito A*, *Sujeito B*, *Sujeito C* etc.

Incomodado por ser uma rotulação muito impessoal, passei a adotar nomes (fictícios) comuns, a partir das iniciais acima mencionadas. Por exemplo: Ao *Sujeito A* passei a denominá-lo *Dr. André*; ao *Sujeito C*, *Dr. Carlos*; e assim sucessivamente¹.

Este critério, portanto, será o utilizado ao longo da análise dos discursos desses sujeitos. Tomei o cuidado de não ‘batizar’ nenhum entrevistado com o mesmo nome de um médico que, porventura, trabalhe no hospital pesquisado.

Outro critério a ser adotado no processo de análise é o de não apresentar dados que possam revelar a identidade dos sujeitos, como, por exemplo, a especialidade ou o tempo de formado. Esse cuidado decorre da situação atual da instituição que se encontra com um número muito restrito de profissionais para algumas especialidades. Se acrescentarmos a isso o fato da profissão médica, por

¹ Conforme foi registrado anteriormente, dois dos 12 médicos entrevistados inicialmente não fizeram a segunda entrevista, ficando fora do processo de análise. Seriam cognominados de Dr. Batista e Dr. Mateus. Suas respectivas especialidades são: cirurgia geral e clínica geral.

suas peculiaridades, tornar seus membros mais evidentes, a menção de alguma informação como esta permitiria facilmente a sua identificação.

- **Dispositivos para a *Análise*.**

Os fragmentos dos discursos que serão expostos nas próximas linhas seguirão alguns mecanismos para o seu melhor entendimento. São eles:

- 1) As frases utilizadas pelos sujeitos serão citadas *ipsis litteris* ao enunciado, mesmo havendo erros gramaticais, formas populares de expressão, palavras chulas, expressões equivocadas etc. Em caso de termos técnicos ou regionalismos, em nota de rodapé, tentarei explicar o seu significado.
- 2) Grifarei, em itálico ou negrito, trechos dos fragmentos entendidos como importantes para o objeto de estudo. Ou, ainda, o mesmo será feito quando se tratar de expressões incomuns, como estrangeirismos, regionalismos, neologismos etc.
- 3) Farei uso do travessão e a frase será escrita entre aspas, seja quando o entrevistado tiver reproduzindo diálogos que manteve com outrem, seja quando fez uso desse artifício como uma forma de exemplificação.
- 4) Utilizarei reticências, entre parênteses, para indicar partes subtraídas de um determinado fragmento.
- 5) Utilizarei colchetes para descrever as minhas impressões pessoais sobre o comportamento do entrevistado, como, por exemplo, mudanças do semblante, alterações da entonação da voz, maneira saudosista ou esperançosa de se expressar etc. Ou, ainda, para o esclarecimento de algum enunciado que, porventura, possa trazer dificuldade para o leitor compreendê-lo.

- 6) Utilizarei parênteses em casos de registros de situações tais como silêncios, risos, interrupções, batidas na mesa etc.
- 7) Colocarei reticências em finais de frases quando a fala do entrevistado sugerir continuidade, tendo sido, por alguma razão, interrompida.
- 8) Registrarei (hospital) quando for referido o nome da instituição em estudo.
- 9) Em alguns fragmentos serão registradas as minhas intervenções.
- 10) Reproduzirei frases que demonstram como foi construído um determinado enunciado, embora, aparentemente, não tenham sentido.

1. A *FORMAÇÃO* DO “DISCURSO MÉDICO”

1.a) Os motivos da escolha da medicina. As fantasias e a “realidade” do curso

A presença deste tema, no princípio do processo de análise, decorre da pergunta disparadora - conforme foi mencionado nos *Procedimentos para a coleta de dados* – cujo objetivo era provocar os entrevistados para as suas lembranças quanto aos motivos que os levaram à escolha profissional.

Buscava-se, com tal procedimento, estimular uma retomada das fontes inspiradoras para a escolha da medicina, das reminiscências sobre as perspectivas de vida outrora e das fantasias sobre a profissão.

As minhas impressões acerca deste primeiro momento da entrevista foram que, geralmente, os entrevistados demonstraram ficar mais à vontade a partir do momento que iam falando e se entregando às lembranças antigas de suas vidas.

Sobre os motivos da escolha do curso, apenas três entrevistados não se remeteram à infância como o lugar onde nasceu o desejo pela profissão. Entre estes, inclui-se o Dr. André, que se restringiu em dizer: “É uma vocação minha, entendeu? Não sei fazer outra coisa.” O Dr. Lázaro foi também evasivo, embora tenha feito uma menção subjacente à infância, ou pelo menos, à sua fantasia quanto às expectativas paternas.

A gente quando escolhe a profissão não sabe, exatamente, o que é que vai enfrentar. Se tem vocação para isso... [reflexivo] Sou filho de classe média do interior de São Paulo e, todo pai, de classe média baixa, sonha com o filho médico, com um filho *doutor*.... Isso aí, obviamente, influencia demais!

Outro entrevistado que não fez uma menção direta à infância para a sua escolha profissional foi o Dr. Ignácio, embora a figura paterna tenha sido essencial para os caminhos que decidiu tomar, como podemos conferir:

Dr. Ignácio: Esse foi o maior dilema que eu passei, em termos da escolha da profissão. Tinha a opção de ser engenheiro civil. Possivelmente, eu seria um engenheiro razoável (rindo). Daria pra trabalhar com uma certa dificuldade, porque eu já trabalhava na área com o meu pai. Meu pai era dono de construtora, então, na época, eu pensava coisa do tipo: “Tenho que decidir! Ou vou fazer engenharia, ou vou fazer medicina?”² Então, na verdade, quem decidiu por mim foi ele. Eu posso dizer assim... Não foi ele quem tomou a decisão. Ele me deixou livre pra tomar a decisão, mas me induziu com as seguintes palavras:

- “Eu não sou engenheiro, mas a vida do engenheiro é isso que você vê. Eu tenho atividade de um engenheiro. Se é isso que você quer pra sua vida, faça engenharia.”

Eu fiz medicina! (risos).

Os demais entrevistados foram enfáticos, embora nem sempre precisos naquilo que diziam, ao apontarem a infância como o grande momento no qual se deu suas escolhas, seja pela idealização da profissão, seja pela inspiração de uma pessoa específica.

Entre os sujeitos que declararam idealizar a profissão desde criança, tem-se em destaque, os seguintes enunciados:

O fato de ser médico... Eu admito que foi... (pausa) Eu morava numa cidade do interior e a dificuldade médica era muito grande. Eu ouvia falar de crianças que iam pra lá [o hospital do lugar] e morriam. De pessoas que morriam por falta de atenção médica e não sei o quê. Até que aconteceu de minha mãe ter um problema, um problema de coração. E, por pouco, ela não ter morrido do coração, por falta de médico. Depois, eu vi na literatura que não podia ter acontecido aquilo que falavam. Que o coração dela teria ficado dependurado, apenas por um fio, como se fosse, como se quisessem dizer, por um músculo. Depois que eu estudei, eu vi que isso não podia acontecer. Que existem as ligações, né? (rindo) Mas, dali, surgiu. Eu creio!

Dr. Emanuel

Quando eu era criança... eu nasci numa cidadezinha da Amazônia (...) O hospital tinha... A cidade tinha um hospital em que os estudantes de medicina vinham fazer o sexto ano lá, como um internato. O meu pai ficava escutando, depois das cirurgias, depois do almoço, os estudantes de medicina discutindo no quadro-negro a cirurgia do dia. Meu pai chegava em casa encantado com aquilo. E ele falava em casa, né! Aquilo foi criando um desejo no meu coração, desde os dez, doze anos, de ser médico. Daí, sempre estudei pensando em ser médico, sempre!

Dr. Francisco

² Quanto ao fator que o motivou à escolha da medicina, o entrevistado disse que isso decorre do fato de ser um trabalho que vive entre a vida e a morte. A profissão do seu sonho é ser piloto de avião. Diz que se sente compensado com a medicina, porque esta lhe deu condições para realizar tal sonho quando, por lazer, pratica vôo com ultraleve.

Não se trata de tentar analisar as motivações inconscientes que levaram às referidas escolhas, mesmo porque não é essa a proposta de Análise do Discurso que se segue neste trabalho, entretanto vale a pena ressaltar as relações familiares como elementos chaves para aquilo que aqui se discute. Os dois fragmentos trazem pontos comuns, como a falta de assistência em cidades interioranas - uma com apenas um médico e a outra funcionando como campo de estudo - gerando condições que criaram espaço para a idealização do médico como alguém muito especial, pois exerce um trabalho imprescindível.³

Em outros depoimentos, a força das expectativas familiares também se fez presente, seja na perspectiva de ascensão social, seja na atitude em se contrapor aos anseios paternos.

Dr. Carlos: Não foi nenhum motivo altruísta. Eu venho de uma classe econômica muito desfavorecida. Eu venho da escória social deste país. A única opção para eu conseguir alguma coisa na vida, de forma decente, era via curso universitário ou a carreira futebolística. Como eu sou péssimo jogador de futebol, eu resolvi, então, me tornar médico. A única condição para eu sair da miséria na qual eu e minha família estávamos condenados. (pausa)

Juliano: O senhor poderia ter escolhido outro curso universitário...

Dr. Carlos: Poderia... poderia... Houve pressão familiar, minha mãe... (pausa, muda de assunto)

Dra. Joana: Medicina?! Desde criança eu dizia que iria ser médica. (...) Eu simplesmente sabia que eu iria ser médica, desde criança. (...) Mas, o meu pai não queria. Não queria de jeito nenhum. Meu pai queria que eu fosse dentista. Ele achava que medicina não era profissão pra mulher. Aliás, ele queria mesmo e - também eu não entendo - ele queria que eu fosse advogada, pra ser juíza. Mas, isso é menos ainda pra mulher! rindo) Eu fui médica por eu quis, meu pai não queriam.

A partir desta questão - sobre a motivação para a medicina – era normalmente explorado, na primeira ou na segunda entrevista, a correspondência ou não das fantasias da infância, ou do momento da escolha, em relação ao que foi efetivamente experienciado posteriormente no decorrer do curso.

³ Rossi et alii (1999), em entrevista com seis médicos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), registram as mesmas razões, no geral, para a escolha da profissão. Os entrevistados destes autores apontaram para os seguintes motivos: descender de uma família de médicos; ouvir dizer que um parente morreu devido a carência de profissionais no local onde residiam; ou, ainda, desde a infância, admirar um profissional específico. Ver: *O fenômeno transferencial na relação médico-paciente*. (pp. 51-53; Formação médica: negação da intersubjetividade).

Surgiram dois pontos de destaque ao se chegar a esse assunto. O primeiro se refere às reações emocionais do entrevistado ao falar do assunto. O segundo ponto diz respeito à maneira de cada um deles descrever as qualidades e as deficiências de sua formação.

Em relação a esse *primeiro* ponto de destaque, registro que foram ocasiões em que muito se falou em saudades, mágoas, boas ou más recordações.

Nas impressões e paráfrases registrei, nesses instantes, reações como suspiros, sorrisos, silêncios e pausas antes de se iniciar a resposta. Posso dizer que, mesmo aquele que demonstrou maior sisudez, até tal momento da entrevista, mudou o ritmo da respiração e a direção do olhar e, invariavelmente, começou a falar como uma interjeição, como, por exemplo, reagiu o Dr. Lázaro: “Ah! (risos) O que é que você quer saber?”

Neste ponto, ressalto que o mais freqüente foi o discurso saudosista a respeito desse período, caracterizando-o como a melhor fase da vida. Ou, o lamento por não poder atribuir tal epíteto, face às dificuldades enfrentadas.

Foram os melhores anos da minha vida. Eu acho! Anos de aprendizado, são anos irresponsáveis. Responsabilidade de aprender, mas se é irresponsável no sentido de sentir na pele as queixas dos doentes, as complicações, as mortes dos pacientes que se foram, né? Eu, durante a minha vida de estudante, não me lembro de ter percebido nem problemas pessoais. Eu só enxergava o final.

Dr. Francisco

Bom, geralmente quando se fala sobre os tempos de faculdade, é comum, pelo menos para a maior parte dos meus colegas, dizer: “Foi um dos melhores anos da minha vida.” Eu poderia dizer pra você o seguinte: não foram os melhores anos da minha vida, não foram! Era um tempo de muito sacrifício. (pausa reflexiva) Um tempo de ‘ralação’... Foi um tempo muito difícil. (...) No primeiro ano de faculdade, eu guardava a minha roupa dentro de um forno de um fogão que tinha dentro do quarto onde eu morava. Não tinha guarda-roupa e o guarda-roupa era o forno do fogão. Nunca contei isso pra ninguém. (risos) Foi tudo com muito sacrifício, muita saudade. (pausa) Afastamento de pessoas queridas... Eu não posso dizer que esses foram os melhores anos da minha vida!

Dr. Ignácio

Em relação ao *segundo* ponto verifiquei opiniões bastante diversificadas quanto aos adjetivos atribuídos ao curso de medicina. Enquanto alguns exaltavam

aspectos positivos, buscando amenizar inclusive os problemas apontados, outros criticaram ou demonstraram suas decepções com a formação, principalmente em relação ao preparo para o relacionamento humano.⁴

Exemplos sobre esta questão podem ser verificados nas falas, respectivas, do Dr. André (1), Dra. Helena (2) e do Dr. Carlos (3).

1) A visão que eu tenho do ensino é que foi muito bom. Se tivesse de fazer uma crítica, mas uma crítica construtiva, porque se trata de um universo. (pausa) Como é um universo, a gente pode perceber as diferenças. É claro, como toda instituição, existe algumas pessoas... Algumas pessoas que estão com aquela mente que, por estarem em serviço público, tenta-se de uma maneira, assim, desabonada. Entendeu?! Quando eu entrei na universidade, na faculdade de medicina, na federal, eu já sabia o que ia enfrentar pela frente. Eu tinha apenas um objetivo na vida, que era de me formar em medicina. Era aquilo, aquilo mesmo. O que viesse de diferente é porque tava escrito, teria que acontecer. Eu não fantasiei nada! Eu não fantasiei nada, absolutamente nada! Nada, nada, nada! Muito pelo contrário, lá eu aprendi muito.

2) (...) eu tive muito, assim, decepção quando se começa a entrar em contato com o doente. A fantasia acaba sendo quebrada. Acaba se desiludindo com as fantasias que você... com as suas expectativas, né? Você espera que seja bem diferente do que realmente é! Principalmente, nas escolas. Geralmente, as escolas, os hospitais, são para indigentes. São para pessoas que não têm condições. Eles são, literalmente, expostos. Então, um doente, que já tá doente; já tá no leito de um hospital... Aí, vem vinte estudantes pra apalpar a barriga dele, que já tá doendo... Vem um homem e você o deixa nu pra examiná-lo. Vinte alunos, e o professor passa, discorrendo sobre a *pato[logia]*... Ele nu, na cama, doente, impotente - sem poder reagir e exposto. É muito ruim! Às vezes, eu ficava incomodada e cobria o doente, porque realmente é muito constrangedor, né? Minha desilusão começou aí - e por aí à fora... [sorriso um tanto nervoso, pareceu-me].

3) A profissão não tem nenhum *glamour*. O médico verdadeiro está sempre metido no meio de sangue, cocô, pus, urina, e secreções. Eu não posso imaginar alguém *glamouroso*. Eu que sou (especialidade) era para estar socado dentro de uma sala cirúrgica. Agora, imagina assim: “Mas que maravilha!” (gesticulando muito com as mãos) Ele está vestindo uma roupa espacial, com microscópio cirúrgico alemão. Na frente, deve ter uma enfermeira só para ele gritar e jogar o material no chão. Alguém imagina que isso vem a ser algum tipo de *glamour*? *Glamour* para ninguém! *Glamour* a que me refiro... Quem entra numa faculdade de medicina, imagina que ao dizer que é médico vai ter uma aceitação maior. Isso é um absurdo, um absurdo! Quem pensa assim, pensa errado. Por isso, dá cagadas! O camarada se forma insatisfeito com a profissão. Ele já não tem mais o que fazer. Não vai terminar aquilo ali e começar outra coisa. Ele continua na carreira. Ele não faz um bom trabalho. Na realidade, ele não faz com amor. Só isso!

⁴ Esta questão será mais bem explorada nos próximos itens desta *Análise*.

1.b) Os primeiros contatos com os doentes e a preparação para lidar com o fenômeno transferencial.

O interesse em ouvir o relato dos sujeitos pesquisados, acerca dos seus primeiros contatos com os pacientes, decorre do fato da transferência ser um fenômeno apreensível, de modo geral, em todo tipo de relacionamento humano, Principalmente quando essas relações são assimétricas, ou seja, quando existe alguém exercendo uma posição de autoridade e/ou ocupando um lugar diferenciado.

Essa relação assimétrica entre o médico e o paciente, somada à condição de cuidador exercida pelo primeiro, implica naquilo que se poderia chamar de *facilitador* da manifestação transferencial.

Os relatos colhidos revelaram que alguns entrevistados lembram do primeiro contato com um paciente como algo muito especial, enquanto outros dizem que foi uma experiência - pelo menos sob o olhar atual - desprovida de qualquer importância.

As falas desses últimos sujeitos se resumem a expressões, como: “Não me lembro. Não dá para lembrar.” “Foi há muito tempo, nos primeiros anos de faculdade...”

Aqueles que deram ênfase para o encontro com o primeiro paciente, disseram que este momento lhes trouxe grandes ensinamentos, mesmo através dos equívocos e gafes cometidos. Como primeiro exemplo disto que se descreve, destaco a fala da Dra. Gabriela, na qual confessa o incômodo em relacionar-se com idosos, pois os mesmos provocam-lhe sentimentos de impotência e desamparo: “Ninguém se interessa pelo velho. A fragilidade do velho é recusada. Ninguém quer ver aquilo.”

Sentindo-se profundamente angustiada perante pessoas idosas - a ponto de declarar não gostar de visitar nem seus avós - suas primeiras experiências relacionais em medicina foram, justamente, com idosos:

Dra. Gabriela: Meu primeiro atendimento foi a uma senhora. Foi na época do estágio, no terceiro ano de faculdade. O meu primeiro contato foi com ela. Uma senhora bem velhinha, mesmo. Muito carente. *Eu perdi muito tempo com ela, porque ela não queria falar onde que tava doendo. Queria falar dela, do esposo*

*dela, dos netos dela.*⁵ Então, o primeiro contato, mesmo, foi com essa senhora. Era uma coisa que eu não gostava, porque eu nunca gostei de cuidar de velho. Me deprimia, me causava mal-estar, angústia. Assim, sofrimento mesmo. O abandono... Aquilo eu nunca gostei! No começo, os meus primeiros pacientes foram idosos.

Mais do que o incômodo, esses primeiros pacientes da Dra. Gabriela, assim como com outras pessoas idosas, provocam uma sensação de impotência na entrevistada. Tais sentimentos parecem decorrer da percepção do idoso, quando acometido por alguma doença, como alguém sem perspectivas, mais difícil de reverter seu quadro clínico face à debilidade física. “O velho é alguém que não tem esperança.” – explica.

Outro sentimento, que pude perceber no seu discurso em relação aos idosos, foi a identificação com sua solidão: “ninguém se preocupa com ele.” Em outras palavras: “Quem lida como o idoso, trabalha sozinho, mais desamparado.”

Os primeiros equívocos cometidos ao atender um paciente foram relatados de uma forma bem humorada, tanto pelo Dr. Francisco, quanto pela Dra. Joana.

(pausa antes de falar) Lembro, lembro muito bem. Ela tinha uma febre, chamada *febre de etiologia obscura*. Uma febre que não cedia e eu fiz tudo quanto foi exame naquela paciente e não achei nada. Me faltou fazer um exame. Aí, eu indiquei o exame. Ela perguntou como era, e eu disse. Então, ela disse:

–“Ah! Eu vou sofrer muito para fazer esse exame. Então, me poupe! Eu não quero fazer esse exame, deixa como eu estou, que a minha febre cedeu.”

Tinha realmente cedido a febre, há quinze dias. Eu deixei de fazer um exame – uma radiografia venosa. Ela voltou a ter febre e, por isso, o filho dela mais velho, pegou ela e levou num médico experiente. Ele olhou tudo o que eu fiz e pediu exatamente o exame que faltava. Deu o diagnóstico! (risos) Foi um trauma! Eu errei o diagnóstico por pena do paciente. Então, eu aprendi, naquele meu primeiro paciente, de não ter que me envolver emocionalmente com as suas dores, para poder resolver o problema dele. Mesmo que tenha que infringir alguma dor, se é para o diagnóstico, eu tenho que fazer!

Dr. Francisco

A gente podia escolher os pacientes dentro da enfermaria. Era em dupla. Chegamos, eu e um colega meu. *Parecia a ‘cara’ melhor dentro da enfermaria*. Fomos lá! O paciente tava quieto. Começamos a conversar com ela. A gente perguntava e ela não respondia. Perguntava e ela não respondia. Só olhava pra nós. Nós começamos a

⁵ Esse depoimento da Dra. Gabriela me fez lembrar uma citação de Andreis (1996:220), sobre o relato de um cardiologista: “A gente corta o paciente... na hora em que começa a falar: Ah, porque meu pai, não sei o quê... a gente corta esse assunto, É interessante que é o lado que a gente acaba se apegando a pessoa.”

gritar com ela, falar mais alto, né! Até que, chegou alguém e falou que ela era surda e muda. Aí, ficamos com a cara no chão. (risos)

Dra. Joana

A presença do professor, como aquele que oferece apoio e orienta o acadêmico diante das primeiras dificuldades, foi ressaltada com bastante ênfase pela Dra. Helena e pelo Dr. Diogo.

Tinha uma criança que era muito desnutrida. E eu tinha um professor. Ele parecia um anjinho. Era bem pequenininho, bem gordinho. Parecia um anjo. Carinha redonda, muito amável! Ele dizia que, toda criança desnutrida, o dia em que ela te desse um sorriso, ela realmente recuperaria. E foi isso que aconteceu comigo. Isso realmente me tocou bastante, sabe?!

Dra. Helena

[reflexivamente] Faz muito, muito tempo. O contato que eu posso precisar que marcou bastante a minha vida foi o quadro de uma síndrome, que levou quase todos os estudantes para a enfermaria - para essa descoberta científica. Para descobrir, para encontrar aquela doença. Uma enfermidade que se achava que era da Segunda Guerra. Me ocorreu, daí, esse lado de desenvolver um lado que é assim: ver aquele lado humano, ver gente segurando do outro lado, lutando, numa enfermaria carente. Nós tínhamos um grande mestre, uma pessoa assim, de uma luz realmente maravilhosa, com muita firmeza; realmente muito firme.

Dr. Diogo

O papel do professor se revelou, entre as falas dos pesquisados, de suma importância no que diz respeito à aprendizagem do relacionar-se com o paciente. Algo ressaltado como aquilo que não se aprende nos livros ou em laboratórios.

Sobre a questão transferencial, especificamente, alguns entrevistados apontaram como pode ser importante a orientação de um profissional mais experiente. Segundo os doutores Ignácio, Carlos, André e Gabriela, foi graças à ação isolada de um, ou um grupo de professores, que puderam ter consciência a respeito deste fenômeno na relação médico-paciente. Como exemplo disso, destaco o fragmento a seguir:

Eu havia escutado essa palavra [transferência] em um curso do qual eu tenho orgulho ter sido a primeira turma da faculdade - que foi Psicologia Médica. Na época era um curso meio experimental, porque partia do idealismo de dois professores. A primeira vez que eu escutei essa palavra foi no terceiro ou quarto ano

da faculdade. A tua pergunta era como a gente era preparado... [tom de voz reflexivo] Não, veja bem: a onipotência médica era uma das coisas mais discutidas nessas áreas. O teu poder sobre o paciente ou o paciente como um ser “paciente” realmente. Não ativo da relação, não como uma peça decisiva, com poder de decisão sobre a relação ou sobre o ato médico. Então, isso era muito discutido. Se dava nas nossas aulas práticas e nas nossas eternas discussões de corredores. Eles [os professores] não deixavam passar nada, porque eles viam a gente ter uma atitude comum, própria da insegurança, né?! Querendo sobressair-se, por exemplo. Sobrepujar sobre o seu medo de errar, que é um fantasma eterno da classe médica.

Um elemento de destaque, nessas últimas falas, é a importância do papel professor, como alguém que tem um saber melhor estruturado e, sendo, portanto, imbricado de uma autoridade maior. Dessa forma, é capaz de levar o futuro médico a compreender a necessidade de se olhar para a subjetividade do paciente e não apenas para a doença que o assola.

Deve ser ressaltado, entretanto, que os discursos que trazem esta postura do professor revelam ter sido ações isoladas, não fazendo parte do cotidiano das instituições de ensino médico, nas quais estudaram. Os demais entrevistados, dando ênfase a esta constatação, afirmaram que não tiveram um preparo específico para lidar com a transferência ou qualquer fenômeno subjetivo do comportamento do paciente.

Registrei também fortes críticas à formação médica. Entre elas: o não preparo do futuro médico aos aspectos psicológicos do paciente (Drs. Carlos, Diogo, Francisco e Helena); a inexistência de apoio psicoterapêutico ou de um mecanismo que barrasse alunos com problemas graves de ajustamento ou disfunções mentais (Drs. Carlos e Diogo); a preocupação maior consistindo em ensinar os alunos a ganharem dinheiro (Dra. Gabriela e Dr. Lázaro).

Destaco alguns fragmentos referentes a esses enunciados:

Primeiro que o médico não estuda psicologia. É uma coisa muito interessante. Você vai aprender a lidar de acordo com as suas emoções. A grande realidade é que o discernimento vem em função do certo ou errado que você aprendeu, mas não com os professores ou que eles tenham ensinado, ‘batido’ assim: -“Olha, vai haver uma transferência afetiva do paciente.” Isso não nos é ensinado.

Dr. Francisco

Se todo médico tivesse uma formação terapêutica, como você viria essa problemática? Não seria melhor? Eu acredito que o médico, realmente, deveria ter uma formação bem maior a nível terapêutica. Não a formação usual, acadêmica. Vamos dizer que o médico faça um eneagrama, uma análise transacional, faça uma linhagem que de subsídio no decorrer da vida dele. O médico, desde a formação universitária, tem a parte técnica bem desenvolvida, mas não tem tempo para amadurecer o emocional. Acho que o médico deveria ter um tempo, pelo menos para se resolver internamente.

Dr. Diogo

(...) eu diria que, com exceções, as faculdades ensinam o médico a ganhar dinheiro. Ter consultório cheio de clientes e bastante dinheiro. (...) Nós tivemos alguns cursos, no terceiro ano, que falavam da relação médico-paciente, psicologia médica e, ali, começaram embutir na gente, as primeiras idéias de relação médico-paciente. Foi nessa época que... Agora, você aprende, mesmo, é aqui, na vida, no todo dia ao lidar com paciente terminal. É ver que, mais que remédio, o mais importante é a atenção, o amor que a gente passa pra esse doente. É o que dá sentido à vida dele e à minha!

Dr. Lázaro

Este recorte na fala do Dr. Lázaro resume a maioria dos enunciados sobre as deficiências do ensino médico. Os entrevistados declararam que a consciência para a necessidade de se atentar para os aspectos subjetivos do doente ocorreu a partir da prática profissional e não em função de conhecimentos repassados no momento da formação acadêmica.

Assim, podemos verificar em profissionais neófitos a angústia diante do fenômeno transferencial, enquanto nos mais experientes, o discurso pode ser tanto no sentido de que se faz uso desses investimentos, em nome do tratamento, quanto de indiferença a tais manifestações.

Vejamos, como exemplo de ambas as situações, dois fragmentos de discursos. O primeiro é o de um médico com menos de cinco anos de formado e o segundo é o de um entrevistado com mais de quarenta anos de experiência profissional:

1) (...) você deve saber contornar esse tipo de situação. Você não pode chegar, assim, de um hora pra outra. Não! Também, não vai tratar mal. Você, procura mostrar, no caso, com aquela paciente, que o caminho não é esse. Que eu fui pago... Estou sendo pago pra dar atenção pra ela. Não sou pago pra ficar paquerando, ficar de namorico. Você tem que saber colocar um divisor. Mostrar pra ela que a atenção que foi dada pra ela é um atenção de médico, pra facilitar, pra ajudar no tratamento. A atenção que foi dada pra ela, não é uma atenção pra tentar conquistá-la. Tem que ter um divisor, tem que saber diferenciar essa... Você tem que saber diferenciar! Colocar na cabecinha dela... Na maioria das vezes, na maioria das vezes, consegue separar. Na maioria das vezes...

2) O paciente está contando os seus sentimentos, os seus males pra você. O seu papel é tentar absorver tudo aquilo e dar um apoio moral pro paciente, naquela situação (...) Aquela sua maneira de tratar um paciente, com carinho, com amor. Você dá àquele paciente muita confiança, pra que ele tenha em você o médico experiente para o seu tratamento. Então, ele adquire aquela confiança, a ponto de que, às vezes, o médico fica anos e anos trabalhando para uma mesma família – e, aquela família, não desgruda dele, porque tem confiança. Eu tenho tido casos, aqui, de pacientes com problemas de ginecologia. Eu digo:

-“Minha filha, eu não faço ginecologia. Não faço e nem gosto da especialidade.”

-“Mas doutor, se o senhor passar qualquer coisa pra mim... Eu não vou com outro. Se o senhor não me der remédio, eu vou-me embora assim mesmo.”

Eu sou obrigado a... pelos meus conhecimentos práticos da vida, já com [tantos] anos de formado, pelos sintomas dela, eu faço uma medicação que, talvez, seja o certo. Mas, eu não examino a mulher, mas ela quer que eu dê o medicamento, porque ela tem confiança. Então, é uma situação do paciente que adquire aquela confiança no médico. Então, aquele médico pra ela é um deus – o seu *salvador*. Eu não sei se me fiz compreender...

2. O “LUGAR” DO MÉDICO

2.a) A posição do médico na instituição hospitalar

No espaço do hospital o discurso do médico é o que tem mais força, pois este profissional é responsável pelo acompanhamento dos eventos mais marcantes da natureza, que são o nascimento e a morte. E, às vezes - ou muitas vezes - pode ser decisivo para que eles ocorram ou não. Dessa forma, infere-se que o médico detenha o poder pleno, até absoluto. Uma espécie de ‘deus’, como muito se discutiu no *Referencial Teórico*. Entretanto, a impotência dos pesquisados perante as agruras da instituição e o incômodo diante de situações de morte apareceram em suas falas, como os eventos de maior angústia do exercício laboral.

Alguns dos entrevistados apontaram soluções que podem resolver os sérios problemas da instituição, seja em relação ao seu funcionamento, seja em relação à sua estrutura. Outros, por outro lado, buscaram justificar os problemas do hospital dizendo que estes são inevitáveis, embora admitam que também sofram devido a eles. Acreditam que nem eles, nem o poder instituído, podem mudar essa realidade.

Muitos se queixam e se lamentam dos fatos. Mas, também, deixam transparecer que não há solução. Aquilo que se faz pelo paciente, e por eles mesmos, é “o que dá para fazer” – afirmam. Outros vão mais além e dizem que o melhor seria fechar os olhos e fingir que nada do que presenciam de fato está acontecendo:

Quando eu tô lá, eu me sinto assim: “Eu preciso fazer alguma coisa, eu preciso brigar, eu preciso reagir.” Mas, daqui a pouco *se acostuma*... Aí, acontece alguma coisa ou você vê alguma coisa mais chocante: volta tudo de novo. “Não; precisa melhorar!” Mas, não me acho fazendo nada pra melhorar. O que eu acho... O que eu me acho fazendo é assim: tentando tratar da melhor forma possível aquele que tá comigo. Não acho que seja esse o trabalho. Acho que, como médico, eu tenho de ir lá... a gente tem, se a gente quisesse, brigava! Se a gente quisesse melhorar, pelo menos pressionar... A gente só sabe se reunir pra falar de salário.

Dra. Gabriela

A própria fala da entrevistada, em determinados momentos, revela uma busca por se distanciar do fato relatado. Isto é proeminente em expressões impessoais como: “se acostuma”, “precisa melhorar” ou, “você vê alguma coisa”. Ou seja, substitui-se aquilo que, provavelmente, gostaria de se dizer: “eu me acostumo”, “eu preciso fazer algo para melhorar isso”, “eu vejo alguma coisa”.

Os doutores André e Emanuel declararam que também ficam impotentes perante a realidade do hospital. Ambos evitam emitir qualquer crítica e, de alguma forma, buscaram justificar os problemas que assolam os agentes e a clientela da instituição. Tais justificativas ocorreram tanto no sentido de explicar o porquê os problemas ocorrem, quanto na tentativa de apresentar os motivos que levam à inexistência de uma ação para mudá-los.

O Dr. André discursou sempre com receio para não ferir a imagem da instituição. Na primeira entrevista não deixou gravar, justificando, no final, que temia estar diante de alguém tentando mostrar a falência do sistema público de saúde. Percebendo que a pesquisa não almejava tal questão, concordou em gravar a segunda entrevista. Sobre o assunto em questão, declarou:

Dr. André: Puxa vida! O poder público... Não posso falar pelos outros, mas vou falar por mim. Lá no hospital eu procuro dar toda a atenção dentro da minha capacidade. Toda a atenção que eu posso dar, dentro da minha capacidade. Porque, lá... Só vai ao (hospital), quem realmente precisa, entendeu? Claro que o (hospital) necessita ter uma melhor estrutura - uma melhor estrutura física, um melhor ambiente. A pessoa já chega muito doente, já chega lá... Eu acho que precisa melhorar a estrutura física, entendeu? Agora, no atendimento... Eu posso responder por mim. Por mim, eu respondo! Eu procuro dar uma boa atenção. Claro que, no universo de cem, é impossível agradar a todos.

JULIANO: – Como é que você vê a atuação dos outros profissionais do (hospital)?

Dr. André: Olha, vou me reservar (pausa) o direito de permanecer calado.

JULIANO: Como é que você se sente, diante desse paciente carente?

Dr. André: É simplesmente constrangedor, é triste! Sem demagogia, é triste! É muito triste. Imagina... Sem dinheiro, entendeu? Mas, muita vez, muitas vezes, a internação no hospital ocorre por isso aqui ó! (gesticula, sinalizando dinheiro) Financeiro! Você vai passar um remédio, um antibiótico barato! Aquele antibiótico, que vai servir pra determinada doença.

- “Não temos dinheiro. Dá pro senhor internar?”

- “Perfeitamente. Eu interno.”

Interno porque eu sei, que lá... Eu sei que lá, com todas as queixas... O (hospital) não é o melhor hospital do mundo, não é o melhor, mas eu posso garantir, também, não é o pior hospital do mundo. Eu sei que se eu internar (...) vai ser bem tratado. Vai ser recebido o medicamento no horário e, fundamentalmente, vai ter uma boa alimentação - com certeza.

O Dr. Emanuel discursa de uma maneira mais calma, falando pausadamente. Embora tenha anos de experiência, sua fala muda de tom ao tentar descrever a instituição, cuja estrutura atual denomina de “um horror!” Foi enfático, nas duas entrevistas, em dizer que o que falta é dinheiro para manter o sistema e, portanto, o poder público faz aquilo que pode.

Dr. Emanuel: Aquilo é um horror! Tem dias que eu chego lá e fico, assim, vamos dizer... contristado. Triste de ver aquela imagem; aquele pessoal correndo:

-“Doutor, o senhor é o ortopedista.”

-“Não, eu sou (especialidade).”

-“O senhor não podia ver o meu pai. Ele quebrou uma perna...”

-“Eu não posso, porque eu não sou especialista.”

Mas, o (hospital) pra atender, vamos dizer, dentro das especialidades, teria de ter um maior número de médicos. Ter ao menos dois. Vamos admitir, no meu caso. Teria que ter ao menos dois, porque, às vezes, eu tô chegando dentro de casa, saindo da porta do carro, o celular toca. O (hospital) me chamando de novo! Eu digo:

-“Minha filha, eu tô chegando daí...”

-“Tá doutor, mas chegou isso assim, assim, assim...”

Aí, eu vou ver. Dependendo do caso eu vejo o que é, e tomo a minha atitude. Mas, tinha que ter um médico pelo menos, vamos admitir, um médico dava um plantão. No outro dia... Pelo menos três! Vamos dizer assim. Porque teria de ter um noturno. Um dava plantão hoje. De noite, entrava outro. Amanhã entrava outro. O que entrou hoje, já entraria depois de amanhã. Quer dizer, seria uma escala meio apertada, mas teria médico da especialidade. Agora, eu sozinho, pra atender Rondônia todinha, meu filho! Vou te contar!

JULIANO: Como é que o senhor se sente diante dessa situação?

Dr. Emanuel: Eu me sinto, assim: esgotado, exaurido e explorado, profissionalmente. Mas, eu compreendo que o governo não pode fazer mais que isso, porque ele não tem verba. Nós estamos sem receber outubro, novembro e dezembro do ano passado. Neste ano nós temos... Que mês é que nós estamos mesmo?

JULIANO: Novembro.

Dr. Emanuel: Outubro que falta. Então, se outubro, novembro e dezembro do ano passado, o governo não tem condição de pagar, ele não têm condições de botar mais um médico (especialidade). Mais um pediatra, mais isso, mais aquilo... Não tá dando conta!

A fala carregada de emoção foi marcante em cada entrevista quando se tocava em questões relacionadas às carências da instituição. Dois médicos (Dr. Carlos e Dr. Ignácio) demonstraram isso de forma quase catártica, revelando a sensação de “sufocamento” imposta por uma conjuntura atroz. Vejamos suas falas:

Dr. Ignácio: É uma verdadeira loteria. O meu bip toca e geralmente você não consegue ligar pra lá, pra saber o que vai te esperar. Então, vamos supor: “*APARECER COM URGÊNCIA NO HOSPITAL*”. Você não sabe o que vai encontrar lá. Você não consegue um contato por telefone. Então, você chega lá e encontra uma criança, como, por exemplo, recentemente, uma criança de quatro meses com a barriga aberta. Aí, você diz: “Tudo bem! Vou fazer o que tá ao meu alcance”. Isso serve pra adormecer a tua consciência, um pouquinho. “Vou fazer o que tá ao meu alcance, tá legal!” O que tá ao meu alcance, é muito pouco [mudando

o tom da voz] pra manter essa criança viva! Precisaria ter uma UTI que preste, precisaria ter um consultório adequado, precisaria ter um laboratório melhor. Precisaria ter... Porra! [batendo na mesa, com voz engasgada, segurando-se para não chorar] Precisaria ter um hospital que preste! É (voz bastante alterada) uma merda trabalhar nessa situação que a gente trabalha, sabe? É uma merda! É frustrante, sabe?! É desagradável. E te digo mais: a situação piora muito mais ainda porque há uma intranquilidade, em termos da instabilidade do emprego da gente, que não existe, tá! Hoje no (hospital) ninguém tem contrato. No (hospital), com todo mundo o contrato é verbal. Eu chego lá, te digo: “Ó! Você quer trabalhar no (hospital)? Tudo bem, você vai fazer psicologia no hospital.” Tu não tem um contrato assinado. Tu não tem nada. Não tem garantia de nada. Entra um diretor, que não vai com teus cornos, ele vai olhar para ti: “Tu não vai trabalhar aqui, porque eu não vou com a tua cara! Foda-se!” Então, porra! É muita intranquilidade pra uma pessoa só. Sabe, é muito ruim! É muito ruim, muito desagradável! É uma bosta!

JULIANO: Como é que você me descreve o sentimento, a emoção, o comportamento emocional do paciente hospitalizado no...

Dr. Ignácio: Puta que pariu! (coçando a barba, batendo com a outra mão na perna). Você tocou no ponto nevrálgico da coisa. Você sabe o que é que penso quando eu entro ali dentro, quando eu vejo gente jogado no chão, sabe?! Com aquele cheiro de urina, de fezes, aquela coisa horrorosa... Puta que pariu! E se fosse eu? E se fosse o meu pai? E se aquela senhora ali fosse a minha mãe... Puxa vida! E se essa criança que tá nessa cama, sem lençol, fosse o meu filho? Rapaz, eu não entendo, sabe, às vezes, a gente acaba transformando a frustração da gente em agressividade, como agora - nem sempre é canalizada pra pessoa certa, sabe! Muitas vezes, a gente acaba transferindo, ou contratransferindo, um sentimento negativo para o paciente. Eu vou te falar uma coisa: a gente tinha que beijar o chão onde o nosso paciente pisa. Esse povo é muito sofrido. Muito sofrido, muito, muito, muito sofrido!

Na primeira entrevista com o Dr. Carlos, ocorreu de ele me avisar que estava tentando, por intermédio da sua secretária, completar um telefonema para resolver o problema de um paciente internado em estado de urgência. Estávamos em seu consultório particular, como foram a maioria das entrevistas. Cada vez que havia o sinal do telefone, eu desligava o gravador. Após encerrar uma das ligações, fiz a seguinte pergunta:

JULIANO: O Sr. fez um comentário interessante (quando falava ao telefone): “Se eu não dissesse que era médico, ou quem eu era...”

Dr. Carlos: Eu não me identifiquei como médico e ela foi: “O quê que tu quer?” A má vontade! Aquela maldita má vontade, que eu disse... crônica! Eu não me precisaria me identificar como médico, basta que eu digo: eu sou o Carlos! Não; precisa dizer: “O Dr. Fulano!” Não; nada disso! Ela deveria, em princípio, me tratar bem como qualquer pessoa pelo telefone. Entendeu? Aí, tu vês que ela não vai chamar a enfermeira. Não vai tomar uma providência. Aí, tu tem que apelar... É o doutor! Aí, ela sabe que, se ela fizer uma coisa errada, isso pode dar cagada para cima dela, se isso tiver uma repercussão. Aí, muda a situação. “Espera só um pouquinho que eu vou ver.” Isto seria desnecessário. (...) O problema é que existe quase uma barreira no serviço público, uma barreira invisível. Um muro invisível. Assim:

-“Cadê o exame?”

-“Ah! Isso não é comigo! É com o departamento de pessoal.”

-“Mas dona fulana?”
 -“Isso não é comigo, pega esse papel e vai com não sei quem.”
 Esse rapaz, não foi ontem fazer o exame porque não foi o papel junto.
 -“Mas quem não levou o papel?”
 -“Ah! Isso já não me diz respeito. Isso é com a fulana!”

Registrei este fragmento, pois ele foi paradigmático em demonstrar, apesar de não ter a fala da outra pessoa ao telefone, de como pode ser o tratamento dispensado a quem recorre ao serviço sanitário, cuja atenção pode mudar radicalmente dependendo da posição de autoridade dos envolvidos. No caso, a provocativa (e arrogante) expressão “sabe com quem está falando?”, ficou subjacente ao diálogo.

Um relato baseado na reprodução de diálogos corriqueiros na instituição também foi a maneira encontrada pelas doutoras Gabriela e Helena para falarem de suas angústias e de todo o mal-estar frente aos desmazelos ou falhas na comunicação dentro do hospital. Relata a Dra. Gabriela:

A sensação é muito ruim! É uma sensação de impotência muito grande, de desalento muito grande. Às vezes, dá vontade de fugir. Às vezes, não dá vontade de ter contato com a família, não dá vontade de saber. E a gente perde muito. A criança entra num dia. Aí, você vê e tal. Começa o tratamento. Aí, você volta... Vai na cama:
 -“Cadê o fulano?”
 -“Morreu!”
 -“Mas, morreu do quê?”
 -“Morreu!”
 -“Mas morreu que jeito?”
 Não, ninguém sabe!
 -“Ah, foi no outro plantão.”
 Aí, é um desalento horrível! É uma situação muito ruim. No começo eu sofria muito. Eu ia pra casa. Eu tinha pesadelos. Eu sonhava com essas crianças. Eu sonhava, principalmente, com a família dessas crianças. Chegou uma época que eu olhava a minha filha e falava assim: “E se um dia Deus me castigar e tirar a minha por causa do tanto que...”

A Dra. Helena apontou, também, para os problemas gerados com situações de óbito¹ de pacientes, como sendo provocadores de sentimentos de impotência e de um grande mal-estar, principalmente, porque estes quadros costumam conduzir o profissional para impasses entre a família e a instituição.

Às vezes, você chega no outro dia, **pra passar uma visita...**²
 -“Cadê o paciente tal?”

¹ Como este tema apareceu com bastante frequência nos discursos coletados, separei um item específico para discuti-lo.

² Marquei em negrito, pois voltarei a mencioná-lo mais adiante. (p. 109).

-“Foi a óbito.”

-“Como? Ele não tinha nada. Ele tava bem!”

Você fica com aquilo. Mas é uma coisa que passa, realmente. Você sente. Mas, nunca você vai sentir como a família sente aquelas perdas. Uma outra coisa é mais ou menos assim:

-“Doutor, eu quero levar o meu filho embora, ele não tá melhorando.”

-“Mas, pra onde a senhora quer levar ele?”

-“Eu vou pra casa, ele morre em casa.”

-“Mas mãe, a senhora não pode agir assim. Você tem que tentar.”

-“Olha, doutor...”

Quando ele chega pra você... ele já falou pra enfermeira, ele já falou pra assistente social.

-“Eu quero tirar meu filho porque não tá melhorando.”

Você tem que concordar com o pai.

-“Doutora, a comida daqui não é boa!”

Eu tenho que concordar com ele.

-“Doutora, eu tô há quinze dias, dormindo deitado no chão. Eu não tô agüentando mais. Não tem lençol pro meu filho.”

Tudo isso você tem que concordar com ele. Porque não é mentira, é verdade. É a realidade que ele tá vivendo. Aí, o que você tem de orientar?

-“Pai, tá tudo isso ruim, só que aqui a gente tá tentando fazer o melhor pra ele. A medicação... A gente tá buscando a melhor medicação pra ele. Só vai sarar, se tomar remédio.”

Teve uma reunião com o secretário de saúde. Eu inclusive disse pra ele: Lá eu prescrevo Ampicilina para pneumonia. Mas, chegava no outro dia...

-“Doutora, não tem Ampicilina, só tem Keflin.”

No outro dia...

-“Doutora, não tem Keflin, tem Oxacilina.”

No outro dia...

-“Doutora, chegou Ampicilina e não tem mais...”

Eu disse pra ele:

-“Doutor, nós não estamos tratando doença. Nós estamos criando doentes no hospital. Nós estamos criando um monte de resistências e não é o teu carimbo que tá indo lá embaixo. Quem pegar uma papeleta, de paciente meu, do (hospital), vai dizer: ‘Essa médica não sabe nada!’ E não é verdade! Eu tô fazendo o que o hospital tá me oferecendo. Então, vocês têm que melhorar as condições aqui”

É uma coisa muito complicada...

As deficiências da instituição foram expostas também pelo desconforto de alguns médicos ao assinar a transferência do paciente para tratamento em outros estados. Ter que fazer esse procedimento mexe com seus brios, desde que se vêm preparados para ajudar o paciente, mas devido a falta de estrutura os impossibilita de fazê-los.

Uma das maiores frustrações que eu sinto lá é assinar um TFD³. Eu me sinto muito frustrado. É horrível a sensação de impotência. A sensação é de incompetência. Por mais que eu te diga: “Não, espera um pouquinho, eu sei fazer essa cirurgia.” E faria, se tivesse uma estrutura. Aí, eu teria condições de fazer, sim. Mas, eu não sei que raios de mecanismo vem lá de dentro que, quando você assina aquele papel, é como

³ As Transferências para atendimento Fora do Domicílio (TFD), ocorre quando o paciente necessita de uma intervenção médica não oferecido no estado. O paciente é, normalmente, subsidiado no transporte, hospedagem e tratamento, dependendo de cada caso. O processo depende, inicialmente, da requisição do médico.

se você tivesse assinando o seu atestado de incompetência ou, nem tanto de incompetência, mas de inutilidade.

Dr. Ignácio

Pelas estruturas e em termos da quantidade de pacientes, eu acho ótimo, porque assim, tu tem de tudo lá. Tu pode aplicar, poderia, obviamente, aplicar tudo o que tu aprendeu na faculdade e, assim, aprender cada vez mais. Só que, o hospital não te oferece condições pra isso. Tu tens que fazer o bê-a-bá. Tem casos de cirurgia para resolver o problema do paciente que eu tenho que mandá-lo para São Paulo. Não dá! Um hospital perfeito ninguém tem, mas eu acho que poderia ter um material pra se trabalhar. Quando tem, demora. Remédio, às vezes, você tem de comprar o remédio. Muitas vezes, material pra cirurgia tem que inventar... é difícil!!

Dra. Joana

Em face desses problemas, muitos apontaram soluções para tornar menos insalubre suas atividades no hospital, como, também, a estadia dos pacientes. Essas soluções ficaram, em sua maioria, direcionadas para questões burocráticas ou estruturais, como a melhoria dos equipamentos ou do estoque de remédios, a contratação de pessoal ou o funcionamento adequado dos postos de saúde.

Apenas dois entrevistados apontaram para a necessidade de melhoria das relações interpessoais entre os profissionais do hospital e o doente e sua família ou, ainda, dos funcionários entre si. Estes mesmos entrevistados, porém, não mencionaram o médico como fazendo parte deste processo de mudança.

Desde o atendimento ‘de porta’ é preciso mudar, porque o médico fica saturado, estressado. É muito volume pro médico. O atendimento da enfermagem, mesmo dos auxiliares, precisam de um treinamento: “Quem tá ali é gente. Quem tá ali tem história. Quem tá ali tem problemas!” Tem que haver melhoria na parte física, também. Melhoria nas condições físicas. Leito digno, alimentação digna, respeito pela individualidade do doente.

Dra. Gabriela

Eu posso te dizer que é uma estrutura que tá tentando acertar o passo. Tentando acertar o passo que eu digo é dentro da carência absurda que é os recursos dentro daquele hospital. Já começam a florescer pequenas iniciativas isoladas: as enfermeiras fazendo curso de treinamento, a chegada de colegas novos, mudando um pouco o aspecto tenebroso da instituição. É a enfermagem tentando acertar o passo, tentando uniformizar as rotinas. Tentando, dentro da carência, organizar os postos, humanizar o atendimento.

Dr. Carlos

O Dr. Carlos afirma, portanto, que vê como sinal de mudança o fato do corpo de enfermagem passar por um programa de reciclagem, incluindo a “humanização do atendimento”. Curiosamente, na entrevista anterior, dizia exatamente que as enfermeiras estão muito melhor preparadas para lidar com o paciente:

Eu tenho grande questionamento quanto a qualidade do profissional que sai da medicina, da enfermagem. Nem tanto em relação à enfermagem. Talvez, a enfermagem esteja mais... melhor preparado, do ponto de vista humanista, do que o médico. A enfermeira tem uma formação bem melhor, fica mais tempo com o paciente.

Se os enfermeiros possuem, segundo o próprio entrevistado, uma melhor formação “humanista” e estão passando por processos de reciclagem, o mesmo poderia ser sugerido para o corpo médico. Mas, em nenhum momento, foi apontado por este ou outro entrevistado a possibilidade ou a necessidade do médico participar desses programas de melhoria do serviço prestado.

Tais discursos revelam uma exclusão, por parte do médico, como sendo um dos agentes da instituição e, como tal, a negação da necessidade de mudar suas atitudes para que o hospital possa oferecer melhores serviços à sua clientela. Ou seja, mudanças em alguns procedimentos que possam levar a melhores posturas frente ao paciente, aos próprios colegas e uma nova realidade institucional.

A minha impressão é de que os médicos se põem num discurso como se não tivessem compromisso ou responsabilidade pelas dificuldades da instituição. A frase *‘passa-se uma visita’*, como destaquei de uma fala da Dra. Helena, resume tal comportamento.

2.b) O discurso frente a Ordem Médica

O discurso de impotência e isolamento não é exclusivo de quando o médico está falando da sua relação e do seu papel dentro da instituição hospitalar. O mesmo acontece quando se trata da Ordem Médica: é um discurso de solidão. Existe o incômodo pela consciência do poder descomunal do grupo que não é usado, seja em benefício da própria classe, seja em benefício do paciente.

Dra. Joana: O médico tem um poder imenso que não sabe. O médico tem um poder tão grande que poderia fazer qualquer coisa. Tem acesso ao diretor a hora que quiser, ao secretário de saúde, ao governador. Este é um pouco mais difícil, mas consegue. Agora, ele, sozinho, não adianta. Já fui três ou quatro vezes só esse ano. Só que o difícil é conscientizar toda a classe. O médico unido tem um poder que tu nem imagina. Igual caminhoneiro que atravessa um caminhão na estrada e pára o Brasil inteiro, né? Quer dizer: o médico tem um poder na mão, mas não sabe a força que ele tem. Unir a classe médica é uma coisa extremamente difícil.

JULIANO: Por que você acha que isso não acontece?

Dra. Joana: Porque médico é muito desunido. Porque, eu não sei! Mas se tu conseguir convencer médico, que ele tem que batalhar, tem que lutar por melhores condições... Olha, é um “ai, não sei o quê!”. Se começa a demorar e alguém ameaça, o outro já volta atrás. Quando você vê, você já tá sozinha outra vez. Eu sei, porque, todas as vezes, aconteceu assim.

O discurso de quem fala de uma posição de autoridade, com um saber e um poder à beira do intocável, é substituído por falas, nas quais seus emissores dizem que se sentem isolados.

Olha, eu acho que eu luto contra moinhos de vento, como Dom Quixote. Eu sou uma lutadora dentro do (hospital). Já tive e tenho provas disso. Chamei a imprensa várias vezes. Tô sempre à frente. Tô sempre dando a cara a bater lá no (hospital). Eu não aceito esse tipo de coisa, essa falta de condições. Os nossos salários atrasados. Eu não me conformo mesmo com isso.

Dra. Joana

Semelhante à fala da Dra. Joana, os demais sujeitos também apontam para o potencial de transformação de uma ação médica. Contudo, encerram o enunciado, geralmente, com a assertiva: “eu faço a minha parte.”

Esses são os discursos:

Eu falo, eu posso falar por mim...

Dr. André.

Eu só sou mais uma pedrinha do dominó, só! Sou mais um tijolo, mais um... Eu que tento fazer a minha responsabilidade. Faço a minha parte e cobro a parte do hospital.

Dr. Carlos

Eu fiz a minha parte...

Dra. Gabriela

(suspirando, abaixando a cabeça) Já briguei muito, já briguei com o secretário, com o diretor, com outro diretor, com o diretor médico, com os colegas. Com o pessoal da limpeza eu, realmente, nem brigo mais. As alunas de enfermagem vão lá. Aí, esses dias, a professora estava ensinando pra elas...

- “Olha, aqui a gente vai preparar a medicação.”

Eu disse:

-“Olha... aqui!” Eu intervi. - “Aqui vocês vão aprender exatamente como não se deve preparar uma medicação. Vocês devem estar num ambiente estéril, numa pia limpa. Não do lado de um esgoto, com as papeletas do lado e com as mãos sujas. Não assim...”

Eu falei pra professora, que é uma pessoa conhecida. Mas, é o que elas têm pra oferecer, não tem como mudar...

Tem! Teria! Se existisse boa vontade... O que é que eu tava falando mesmo?

Dra. Helena

Eu tenho trombado com os (pausa) com os diretores de hospital. Eu tenho trombado e tenho sofrido algumas, digamos assim, alguns problemas, pelo fato de tá trombando com essas pessoas para não me mediocrizar no serviço público. Não adianta ele vir querer que eu atenda 22 pacientes num ambulatório, que eu não vou atender. Vou me mediocrizar. Não vou fazer ‘uma medicina de padrão’. Não vai ser bom para o governo, não vai ser bom para mim, não vai ser bom para o paciente. Então, eu não aceito fazer no serviço público mais do que dez consultas por dia. Então, é para dar qualidade. Não é para dar quantidade. Se eles quiserem quantidade, que queiram. Comigo, não! Então, eu luto. Se todo mundo impusesse esse tipo de coisa, nós teríamos uma medicina melhor. Mas, todo mundo está se abaixando, se mediocrizando. Então, o médico é um dos que mais está se mediocrizando, infelizmente.

Dr. Francisco

Cada sujeito traz um discurso de luta ou ação em nome da qualidade do seu atendimento e, por consequência, melhoria no serviço oferecido à clientela. Mas, como salientei, o próprio discurso é, por si mesmo, solitário.

Os entrevistados mencionaram a falta de tempo como razão para o fato de não conseguirem se reunir e, assim, romper com suas atitudes individualizadas. Ressaltaram as inúmeras atribuições do exercício médico e a necessidade de se

possuir várias fontes de renda. Como expressão marcante deste tipo de enunciado, cito esta fala da Dra. Gabriela: “A gente só sabe se reunir pra falar de salário.” No caso, a falta dele.

Sobre esta questão, o Dr. Francisco também se queixa da ausência de uma postura em nome da coletividade, por parte dos seus colegas.

Dr. Francisco: O governo queria proletarizar uma classe importante, que teria o poder de parar o país. Hoje, o médico não tem esse poder mais porque se o governo institui, por exemplo, uma remuneração de um médico, de R\$700,00, muitos não vão, mas milhares vão. Estão precisando trabalhar e vão por qualquer dinheiro. Então, começou a ocorrer o aviltamento da classe médica. Por isso que o procedimento médico é cada vez mais baixo. Ele tem que trabalhar cada vez mais, para ganhar cada vez menos. Então, ele não está percebendo na vala que ele está entrando. Se percebeu, finge. Finge que não está entrando. Eu não! Eu não estou fingindo. Eu já percebi e nessa vala eu não entro! Então, é isso. É o meu tom em relação à classe médica. Se a gente parasse para refletir sobre o buraco que estamos entrando... É horrível! Horrível! Em menos de 25 anos vamos ter um médico para cada vinte habitantes. (rindo) Poderia ter uma medicina espetacular, mas não vamos ter. É contraditório isso. Para você ver: um médico para cada 243 habitantes e, a população, não tem assistência nenhuma. Por quê? Está tudo errado! Eu acho fundamental o fato de que a sobrevivência dos médicos tá falando mais alto. Ou seja, por um prato de lentilha, está se vendendo a ‘primogenitura’. Por míseros salários, um salário mensal, que eles levam até seis meses pra pagar, o médico fica e permanece atendendo com estrutura horrível e que causa grandes danos pros pacientes. Grandes danos emocionais e físicos. Se faz milagres. Eu acho que os médicos fazem milagres. Mas, mesmo assim, eles deveriam ser mais politizados, no sentido de dizer não, para poder fazer melhor e mostrar para essas autoridades o que é o bom serviço médico.

Em alguns momentos ocorreram críticas incisivas à postura de colegas que, segundo alguns entrevistados, tomam posturas desrespeitosas à dignidade do paciente. Nestes casos, afirmam que se sentem sozinhos, pois se vêem diante de um quadro discursivo dissonante às suas crenças.

[silêncio, dois minutos, aproximadamente. O entrevistado parece emocionado] No dia que as pessoas pensarem... tiverem noção de que a medicina é uma classe formada... Não adianta ele fazer o melhor diagnóstico, ele fazer a intervenção cirúrgica da forma mais habilidosa possível. Se ele não tiver um mínimo de uma coisinha bem importante, que se chama compaixão... Só um pouquinho a mais de compaixão, por parte dos colegas médicos. Acho que a medicina é muito superficial. Quando eles falam na televisão parece, realmente, que são os maiores interessados para que as doenças desapareçam da face da Terra. Mas pega uma negrinha lá do final do Tancredo Neves⁴. Bem desdentadinha e coisa... Nós somos como uma cebola, que vai crescendo, crescendo e a casca de fora vai secando. Arranca-se a

⁴ Um bairro da periferia de Porto Velho.

casca para poder saber o que nós somos. Eu acho que a classe médica ainda não é o que deveria. Tem muitos médicos ruins, muitos, muitos... Eu tô parecendo um velho de 70 anos, porque se eu falar isso, aí, lá fora, vão dizer: “é bobagem!” Porque todo mundo vai dizer: “Tu é um trouxa!” Todo mundo acha assim. O grande problema é que o profissional de saúde só sente o drama quando toca na própria carne. Quer ver um funcionário, um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira, um médico ensandecido, é se algum familiar dele, querido, ficar com algum problema de saúde. Eles ficam ensandecidos! Eles correm, eles telefonam, eles vão atrás do melhor médico. Parece que para os deles tem que ser diferente; para os outros... Só quando a navalha corta que eles se dão conta que aquele familiar pode cair naquela malha.

Dr. Carlos

A queixa do Dr. Carlos é partilhada pelo Dr. Ignácio quanto à postura dos colegas em relação ao paciente e sua dor.

-“Ah! você trata essa mulher muito bem!”

Eu tenho que tratar a mulher muito bem mesmo. A criança nasceu sem esôfago e a mãe conseguiu manter ela viva até hoje, sabe? Conseguiu manter viva, até hoje! Foi operada e a mãe tá dando nó em pingo d’água. Então, a gente tem de tratar bem mesmo. Ou, pior que isso, como eu já presenciei. Não na frente do paciente:

-“Ah! Foi a óbito? Tá tudo bem. Leva para o necrotério que eu tô mandando um paciente pro leito dele!”

O Dr. Francisco, por sua vez, traz um depoimento que resume esta situação, na qual todos profissionais e pacientes sofrem com as agruras oferecidas pela realidade do hospital em estudo, incluindo-se, aí, a própria relação entre os agentes institucionais. Contudo, as ações em nome de mudanças são *individualizadas*, ou seja, são divididas - ou simplesmente não se efetuam.

Dr. Francisco: O vínculo da mentira não pode existir, né? Completamente. Por causa da falta desses comandos, eu estou atravessando um problema emocional, né? Como uma palavra que eu recebi essa semana. (pausa) O fato de que eu fui operar o paciente e, antes de operar, o médico fez um processo anestésico, matou o paciente. A família do paciente foi à justiça e o médico foi punido. Segundo alguns, eu tenho que ter cuidado com a minha vida porque eu materializei, no papel, o ato ocorrido. Então, hoje, os médicos estão assim. Hoje, você que faz as coisas corretas, você fica na reta de atos bandidos. Então, por isso, se entende que todo mundo é omissos nos hospitais. A medicina americana é a medicina mais vigiada do mundo. Eu vi estampada nos jornais, essa semana, que os médicos nos Estados Unidos matam mais do que trânsito. Então, quer dizer, se os médicos dos Estados Unidos, que dão todas as condições do mundo de atendimento, matam mais do que trânsito, imagina no Brasil, que ninguém fiscaliza nada e a fiscalização é lá em baixo. O governo não se interessa se alguém morre ou não morre. Mas, quando você percebe brutalidades, você não se conforma, você materializa isso no papel. Você passa a ser perseguido e a tua vida corre riscos. Então, que você tem que fazer, hoje? Concordar com essa putaria ou arriscar a vida para poder dizer não, para um sistema perverso desse?

JULIANO: Como é que você se sente tendo o teu nome diante de tudo isso? Quando você vai dormir, quando você acorda e pensa: “eu estou dentro dessa realidade” Como é que você se sente?

Dr. Francisco: Pô, eu me sinto, eu me sinto muito mal. Porque a minha esposa, essa semana, aliás, ontem, né?! Ela me questionou profundamente. Disse que não adianta eu querer ser honesto a esse ponto, porque é só a minha vida que corre risco. Porra, eu, então, eu tenho que ser desonesto? Esse é o trunfo da vida? É ser desonesto? Pô! Eu fiquei realmente... Ela tá pensando no lado da minha preservação, né?! A preservação da minha vida, da importância que eu represento pro seio da família. Mas no fundo, no fundo... Depois me levar a momentos assim, penso em abdicar da razão lógica das coisas e dizer assim:

-“Olha!”

Eu vou lá dentro, dizer assim:

-“Olha, esse bandido é inocente. Ele não matou, não. Foi o paciente que morreu mesmo.”

Entendeste? É a vontade que eu tenho, hoje, é de dizer assim:

-“É o errado que está certo!”

Porque se você se coloca do lado da coisa certa, você tá errado. Você tá num compasso, completamente, fora da realidade. É impressionante! É uma desgraça total do mundo! Se eu pudesse, hoje, me afastar do serviço público e ficar só onde eu possa fazer a minha vida, do jeito que eu quero, eu faria, eu faria... Eu queria poder tá livre disso. [Ao longo desta fala descenderam lágrimas dos seus olhos].

Em resumo, poderia dizer que o médico tem consciência do seu poder e, até faz uso dele, mas um uso limitado, apenas na relação com o paciente, sendo muitas vezes para inibir as manifestações emocionais ou de questionamento ao seu poder. Nestas situações, vale o que disse o Dr. Carlos:

Dr. Carlos: A palavra do médico para o paciente... Pode colocar vinte enfermeiras e vinte auxiliares, tá! Se tu disseses uma coisa e eles disserem o contrário, vai valer a tua palavra, porque, na verdade, ele confia, tá?! É como eu disse: ele atribui super poderes que, na realidade, não temos.

Agora, se a posição do médico for transposta para sua relação com as instituições, temos estes profissionais numa posição semelhante ao do paciente: desamparo e submissão. Como, por exemplo, declarou a Dra. Helena, aumentando seu tom de voz e denotando como essa situação a incomoda muito: “Qual é o poder que nós temos? Nós não temos poder nenhum!”

3. A QUESTÃO DA TRANSFERÊNCIA

3.a) Os discursos sobre a postura e os investimentos transferenciais do enfermo

O ponto comum entre os recortes das falas dos entrevistados é a unanimidade em torno do que é importante para o tratamento. Todos apontaram para a ação de *conversar com o paciente* e a *atenção* por parte do médico, como uma condição *sine qua non* para a reabilitação do enfermo.

Ao serem abordados em relação *como fazem* ou deveriam fazer isso, o discurso começava a variar de um entrevistado para o outro, com alguns justificando o porquê de não se poder lançar mão de tal instrumento. “A atenção é o componente mais caro do nosso trabalho. A atenção custa muito caro. Não é possível dar atenção para ninguém, num hospital como aquele.” - afirmou o Dr. Lázaro. Assim, a necessidade de atender uma demanda muito grande de pacientes, como foi relatado em alguns depoimentos, obriga o profissional a abrir mão de um instrumento primordial.¹

Continua o Dr. Lázaro:

Lá, não é possível dar atenção - por falta de condições materiais, por falta de tempo. Como é que um médico vai atender cem pessoas em um dia e dar atenção pra elas? Ele morre, ele morre. Sei lá! *De sangramento da alma!* Dá um sangramento na alma e ele morre se for dar atenção pra cem. É impossível! É impossível naquele sistema. Não existe atenção. Eu não acredito em atenção naquele sistema.

Quando se fala que a *atenção* do médico é essencial para a reabilitação do seu paciente, está se falando do poder médico exercido – às vezes - apenas pela sua presença ou pelo zelo dispensado ao doente. Retomando-se, aqui, ao que foi explorado no *Referencial Teórico* e confirmado nos discursos colhidos.

¹ Alguns entrevistados procuraram comparar as realidades dos atendimentos em hospitais públicos e particulares, conforme pode ser verificado mais adiante, neste mesmo tópico da *Análise*. Foi mencionado que no atendimento privado existe um tempo maior para o paciente, mas outros disseram que a atenção dos profissionais ali também não se faz presente, conforme se queixam alguns clientes. Neste caso, entende-se que o motivo é para poder atender o maior número de pacientes, uma vez que isso implica em maior renda.

(...) tem aquelas pessoas que, independente, de classe social, que vai lá por ir. Vai lá pra chegar e conversar. Muita das vezes, em muita das vezes, essas pessoas, que vão ao médico por ir, por incrível que pareça, querem ver o médico! [destaque do entrevistado].

Dr. André

A gente ouve isso dos pacientes:

- “Eu chego sofrendo e só o fato de você chegar e colocar a mão em mim, às vezes, não precisa nem de remédio, já melhora.”

Dr. Francisco

Este fenômeno, de que fala o Dr. Francisco, no qual o médico é colocado como o primeiro remédio que o paciente deve ingerir, da mesma forma como assinalam Balint (1975) e Clavreul (1983), também foi exposto por outros entrevistados. Entre eles, destacam-se as falas dos doutores Diogo e Emanuel:

Dr. Diogo: O médico é um remédio positivo. E o médico também pode causar envenenamento mental. Às vezes, por descuido de um colega, ao colocar um posicionamento diferente para um paciente. Eu tenho um lado, meu. Eu tenho uma arma que eu diria... Eu sei tocar um pouco esse lado. Esse lado de mistério da consulta. Como? Olhando o paciente, percebendo ele, percebendo como ele procede e conversando com ele e sobre ele. Ao conversar com o paciente, sobre ele, ele começa a ter mais segurança em quem está tratando ele. Ele começa a perceber que o profissional sabe algo mais e *você fica em posição de vantagem*, com certeza. Dá uma *sugestão positiva* para ele, entendeu? No decorrer de uma consulta eu posso devolver para um paciente. Eu posso dar para ele esse conhecimento - quando existe espaço. Por exemplo: um tratamento de úlcera péptica. Problema gástrico, como nós sabemos. A grande maioria dos problemas gástricos, a grande maioria, está relacionada com o *stress* do dia a dia, com o corre-corre. Se você aborda o paciente, não só com distúrbio gástrico, voltado para a terapêutica medicamentosa. Mas, se você, também, se interessa pelo seu paciente, pelo trabalho dele, como ele tá reagindo a cada... Como ele está com as crianças, como ele se sente com você. [ênfatizando o tom da voz] Se eu perguntar assim: “O que você gosta de fazer? O que você realmente gosta?” Aí, a gente começa o tratamento. Isso primeiro! Depois, os exames físicos. Todos! A parte técnica, medicamentosa, por aí. Mas aí, já houve este ‘entrelace’. Esse encontro de relacionamento médico-paciente. Um relacionamento saudável, que só vai trazer frutos. Eu acho que é isso.

Dr. Emanuel: Eu sempre fui daquele tipo de médico que conversa muito com o paciente. Às vezes, chega o cliente aqui [seu consultório particular] e eu me perco no relógio e fico uns 45 minutos. Uma hora, às vezes. Fico com o doente, porque vejo que ele está inseguro. Aí, eu dou exemplo, eu converso e converso. Conto uma história que eu já fiz, que eu já atendi. Que foi assim, assim, assim. *Eu procuro convencer o paciente!*. É tanto que, muitos, como eu disse ainda agora e vou repetir, muitos pacientes saem daqui já com trinta por cento de melhora no seu estado geral - moralmente falando. *Não é que ele tenha tomado nada. Mas é que eu incuti confiança nele. Que ele ia ficar bom e que vai ficar bom.* Ele passa até a comer

melhor. Existe uma história na medicina de um paciente. Não sei se dá para conversar isso?²

Colocando-se no lugar do remédio, algo que pode ser muito positivo, o médico incorpora um discurso de autoridade sobre o doente. O discurso daquele que está habilitado para tal, pondo o outro na posição de quem deve obedecer, como apareceu nos recortes: “... você fica numa posição de vantagem”, “Eu procuro convencer o paciente”.

Sobre isso, a assertiva de Maingueneau, a seguir, descreve como se dá tal postura de autoridade:

Ao dar uma ordem, por exemplo, coloco-me na posição daquele que está habilitado a fazê-lo e coloco meu interlocutor na posição daquele que deve obedecer; não preciso, pois, perguntar se estou habilitado para isto: ajo como se as condições exigidas para realizar este ato de fala estivessem efetivamente reunidas. (Maingueneau, 1993:29-30).

Esta posição de autoridade é, em primeiro lugar, a posição do discurso paterno. Um discurso que o médico incorpora e que se torna um dos “facilitadores” do fenômeno transferencial, em sua relação com o paciente.

Ao se conceber a relação médico-paciente como uma continuidade da relação pai-filho, pode-se entender o poder envolvido na mesma e que, em função desta semelhança, existe a possibilidade de repetição de algumas ocorrências muito comum na segunda, como cuidado, amor especial, proteção ou, por outro lado, abuso e despotismo.

Um aspecto interessante, principalmente, com o paciente que é médico, que é o seguinte: eu sou hipertenso, de pai e mãe e adjacências. E, em função dessa hipertensão, tem uma série de coisas que eu sei que não posso e não devo fazer, mas que eu continuava, sistematicamente, a fazer. Bom, tive os meus problemas, as minhas crises hipertensivas e tudo mais até procurar um médico. Achei um, finalmente, um cardiologista que agiu comigo como um pai. Eu digo como um pai porque ele falou pra mim exatamente o que eu precisava ouvir. Ele não ficou assim: “Você tem que fazer, você deve fazer.” Não!
-“Você vai fazer isso assim, assim. Você vai tomar essa atitude assim, assim. E você vai perder vinte quilos.”
Eu olhei pra ele e disse:

² O entrevistado conta uma história em que um conde, no tempo do Império, convence um hospede indesejável a ir embora usando sugestão para induzi-lo a pensar que estava doente. Complementou a história, dizendo: “Da mesma maneira que a gente faz bem, influenciando as pessoas, explicando, dando coragem para eles, a gente pode fazer o contrário, derrotando e derrubando o fulano. E aí, danou-se!”

-“Você vai ser internado num hospício. Você deve estar ficando louco, como é que vou perder vinte quilos”

-“Você pode! Se você quiser, você pode!”

Resultado da brincadeira é que eu perdi dez, entende? Ele passa por mim no corredor do hospital me cobrando.

-“Você não foi lá comigo.”

-“Sim, mas essa semana eu vou.”

Ele está usando uma autoridade médica em cima de um paciente rebelde, um paciente declaradamente rebelde. Ele sabe que precisa ser dessa maneira. Ah! Ele é grosso? Então, tá bom! Os outros podem achar ele grosso. Eu acho ele eficiente.

Dr. Ignácio

Este fragmento oferece uma idéia de como uma *ordem* médica, assim como a Ordem Médica, são concebidas, ou seja, devem ser obedecidas à risca, sem questionamentos. Os entrevistados afirmaram que o tratamento ganha muito quando esta postura médica é respeitada. Por isso, tendem a separar os pacientes entre aqueles que se submetem ou colaboram e aqueles que são resistentes ou rebeldes, como assinalou o Dr. Ignácio.

Sobre isso, a maioria dos entrevistados ressaltou que os seus pacientes do sistema público de saúde são mais suscetíveis em aceitar a postura de autoridade do médico e, até mesmo, esperam que ela ocorra.

Dr. Francisco: Eu observo isso: quanto menor é o grau de instrução e menor é o poder aquisitivo, mais eles se “entregam” ao profissional e isso é feito com uma confiança enorme. Eles fazem menos complicações.

JULIANO: Por que você acha que isso acontece?

Dr. Francisco: Eu acho que é pela entrega mesmo, pela confiança total do profissional. Eles julgam que você vai resolver os problemas deles. Como se você tivesse, detivesse o poder. Vamos dizer, assim, divino, da cura.

É óbvio que todos nós temos algo de divino, mas não no grau que o paciente transfere para você (...).

Dr. Diogo

-“Doutor, depois de Deus no céu é o senhor na terra.”

Isso é um absurdo! Isso é um absurdo! Essa visão paternal, essa visão mística do médico. Existe ainda aquele lado místico e o lado da fantasia humana que as ervas são miraculosas, que o pajé faz melhor que você. Na verdade, a figura do médico de branco e com conhecimento, é uma coisa nova. Quando o paciente vem com esse negócio que abaixo de Deus, só o senhor na terra, eu já corto o assunto. Posso até parecer que não seja, mas, já corto na raiz. O nosso médico gosta disso. O ego vem. [suspirando] A pele estufa. Parece que vai explodir, porque o ego *vai* que é aquela coisa!

-“Doutor, abaixo de Deus, só o senhor!”

Essa frase expressa e é típica do nosso povo! Expressa exatamente como o paciente nos vê. E essa é uma visão distorcida. Não é uma visão real. A medicina é uma profissão técnica, com algum caráter humanístico. Mas é uma profissão técnica.

Dr. Carlos

Em seus relatos, muitos entrevistados ressaltam que esse tipo de enfermo costuma colocar o médico numa posição superior, paternal ou mesmo divina, com maior frequência do que os outros pacientes. Acreditam que isso se deve às carências deste paciente ou, segundo as palavras da Dra. Gabriela, ele está mais “acostumado”, mais “conformado”.

Dra. Gabriela: Ele é mais conformado. Tem vez que ele tem o que comer, tem vez que ele não tem. No hospital tem todo dia. Tem vez que ele tem carinho, tem vez que ele não tem. No hospital, bem ou mal, ele tem carinho.

Esta postura de submissão e endeusamento do médico é passível de ser encontrado em pacientes que não dependem do atendimento em uma instituição pública, mas a maioria dos entrevistados fez questão de ressaltar que é nesse ambiente que tal fenômeno é mais explícito.

A diferença entre o paciente público e o privado é que o paciente ‘privado’, normalmente, se julga no direito de nos exigir algumas coisas. O paciente do serviço público, às vezes, fica um pouco mais inibido, mais embotado em nos pedir alguma coisa ou em nos solicitar. Mas, isso é uma diferença mais na cabeça do paciente do que na postura do médico.

Dr. Carlos

Existem diferenças de comportamento entre os pacientes de um convênio e outro. Existem convênios que são, só pra citar exemplo, têm convênios que determinados médicos não gostam de atender porque, muitas vezes, são pessoas que chegam e são prepotentes, são agressivas. Por outro lado, no (hospital), existem dois extremos. Existe um paciente totalmente passivo. Aquele que diz: “Eu estou aqui num hospital ruim.” Entre aspas, porque realmente o (hospital), infelizmente, deixa muito a desejar em termos de dignidade do tratamento com os pacientes. E, existe o paciente agressivo. Aquele paciente que tem a consciência disso. Ele sabe que está sendo maltratado. Não por força dos profissionais que ali trabalham, mas por toda uma conjuntura.

Dr. Ignácio

O paciente de atitude passiva, que não apresenta o mesmo patamar de cobranças e exigências em comparação com o paciente que paga diretamente pelo

serviço médico, foi posto, por alguns entrevistados, como sendo mais fácil de se relacionar.

Eu gosto mais de cuidar do pessoal do hospital público, apesar da carência. Exatamente por isso mesmo. Por ser mais carente, por não ter quase nada. Então, são mais dóceis, são mais fáceis da gente lidar. Porque, de uma certa forma, precisam mais.

Dra. Gabriela

Se eu não me cuidar, eu trato o paciente do SUS melhor do que o paciente particular. Mais de uma vez eu tive que preferir o paciente público ao paciente privado. Por incrível que pareça. Isso é um erro. É um defeito. Não é uma qualidade.

Dr. Carlos

O paciente do hospital público, interessante, são os melhores pacientes para resultados. Eles fazem menos complicações. Eles são menos preocupados. São mais confiantes no profissional. Eu acho!

Dr. Francisco

A Dra. Joana trouxe uma concepção diferente em relação ao que ocorreu com a maioria dos seus colegas. Para esta entrevistada, existe uma posição de maior paciência, aceitação das prescrições médicas e até mesmo um discurso mais submisso entre os seus pacientes de consultório particular. As próprias palavras da entrevistada, a seguir, trazem uma tentativa de explicação para a sua ótica:

Dra. Joana: O paciente do hospital público não gosta de esperar. O paciente do hospital privado, às vezes, chega, paga uma consulta particular e espera até duas horas na sala de espera sem problema nenhum. O paciente do hospital público, na grande maioria, chegam já exigindo. Não sei porque essa característica de exigir.

–“O médico tem que estar aqui agora, porque senão eu vou processar. Não sei o quê.”

Estão sempre com isso na cabeça. Sempre querendo ‘jogar’ contra o médico. Eles chegam exigindo a tua presença imediata. Se não tiver lá, Deus me livre! Agora, o porquê disso eu não sei. É uma coisa multifatorial, né! Acredito eu, na minha opinião, que o governo deve dar muito incentivo a isso. Porque teve uma época, digamos, por exemplo, na época do Jorge Teixeira³. O Jorge Teixeira foi lá pro Sul, oferecendo tudo para todo mundo. o pessoal se acostumou a ganhar as coisas. Então, eu vejo que tem muito essa cobrança das pessoas. Querem, acham que tu tens obrigação de dar pra eles e eles não têm obrigação nenhuma em troca. Só tu que tem obrigação com ele - o paciente do SUS. Eu só sei que essa cobrança existe muito.

³ Governador do Estado de Rondônia, na época do regime militar.

O ponto em comum, entre esses discursos, é o incômodo do profissional quando há cobranças ou qualquer exigência por parte dos seus clientes. Esse incômodo se exacerba quando o paciente demonstra não confiar plenamente no médico. Quando o saber deste, representado em sua pessoa, é posto à prova.

Isso me fazia sofrer. Eu sofria no passado, com menos experiência médica. Eu ficava arrasado porque o paciente foi embora e não acreditou no que eu disse. É, então, esse fato de eu ficar arrasado, que me levou a questionar muitos profissionais mais experientes que eu. Meu professor disse:

-“Olha Francisco, quem está em Porto Velho, sente-se desesperançado e quer ir para Manaus. Quem está em Manaus, quer ir para São Paulo. Quem está em São Paulo, quer ir para Nova York, entendeu? Isso é uma gradação. Não sofra por isso! Vai ser sempre assim.”

Dr. Francisco

Nesta fala, o Dr. Francisco afirma, em seguida, que “se cobra” um bom diagnóstico para que, se o paciente procurar outro profissional, principalmente em outro estado, possa receber o mesmo posicionamento.

Dr. Francisco: Então, ele começa a me dar credibilidade, lá fora. Muitos pacientes meus ligam de fora, dizendo:

-“Puxa vida, eu precisei, eu não precisava ter saído daí, né! Eu estou feliz por isso.”

Eu digo:

-“Eu estou feliz pelo que te disse a mais. Que é o lado religioso.”

Então, eu tiro de mim uma responsabilidade maior, que eu acho que é o fato curador. O poder curador que eu posso ter, tem limitações e eu reconheço essas minhas limitações. Quando acaba minhas limitações, eu coloco um outro poder, que a pessoa tem que se apropriar. Eu fico tranqüilo, porque passei a visão desse poder para ele. Então, eu fico em paz com as minhas emoções.

O poder divinal é mantido no discurso. Dessa forma, o profissional recorre às suas crenças para compensar a constatação que nem ele e nem a medicina são infalíveis.

Em função desta mesma constatação, o Dr. Carlos ressalta que o poder médico foi vilipendiado nos últimos anos, pois o médico encontra-se numa posição diametralmente oposta àquela do ‘todo poderoso’ de outrora.

Dr. Carlos: O paciente já não vê o médico como um amigo, um deus, ou um semideus. O paciente, às vezes, vê o médico como um inimigo, um alguém que é capaz de lesá-lo, de machucá-lo, de cometer com ele um ato de negligência. Perdeu-se o valor. Nós saímos de uma mistificação, que tá sendo desmistificada. A qualquer momento se agride. O paciente tenta encontrar, na figura do médico, a figura paterna, não sei! A figura autoritária a quem agredir.

Esse mesmo entrevistado que, na entrevista anterior, registrava o que chamava de “absurdo” a *mistificação* da posição médica, queixa-se da falta de poder do médico trazendo consequências nocivas à relação. Complementa seu raciocínio, apontando às possíveis causas de tal conjuntura.

Dr. Carlos: (...) nós fomos expostos anos a fio como uma ponta podre do sistema. Assim: “Médico ganha demais, médico não sei o quê. Médico não vai ao plantão.” No momento em que um ortopedista examina uma paciente daquela forma, como aquele senhor examinou, mostrado em cadeia nacional de televisão⁴, às oito da noite...

Pode-se supor que, no geral, qualquer pessoa (ou qualquer profissional) sente como um estorvo diante da exposição de suas fragilidades ou do julgamento de suas ações por meio de generalizações a partir do comportamento de outrem. A questão é que para a profissão médica a confiança é imprescindível e a posição de autoridade sempre foi encarada próxima ao místico e ao dogmático. Assim, torna-se mais difícil sujeitar-se a estes eventos.

Alguns entrevistados admitiram que se sentem incomodados quando o paciente não confia plenamente neles, principalmente quando existe questionamentos ou o doente demonstra não estar disposto a acatar as recomendações. Por isso, preferem aquele paciente passivo, que se ‘entrega’ cegamente. Acreditam, quando isso ocorre, poder fazer uso desta confiança incondicional em prol do tratamento.

Exemplos desta postura podem ser encontrados nos discursos dos doutores Ignácio e Lázaro. Afirmam que se não perceberem no paciente a ressonância da confiança que lhes é necessária, a atitude é encaminhá-lo para um colega.

Dr. Ignácio: Quando a família não confia na tua capacidade, por um motivo ou por outro, seja qual for o motivo, isso é muito ruim. Sempre que possível, quando há desconfiança da família, eu prefiro que ela procure outro profissional.

Dr. Lázaro: No nosso caso, aqui, é fundamental a confiança. Eu me dou a liberdade de, ocasionalmente, assim que o paciente não se identifica comigo e nem eu com ele, eu me dou a liberdade de dizer à senhora ou ao senhor:

–“Me perdoe, mas eu não vou conseguir ser seu médico. A senhora, por favor, procure outro. Nós não vamos nos desentender, não vamos brigar. Eu não quero ser seu médico. Eu lhe dou essa liberdade.”

⁴ Refere-se a uma reportagem, com uma câmara escondida, na qual foi mostrado a possível conduta antiética de um ortopedista.

Existe, porém, uma outra faceta das ocorrências transferenciais, que é o amor sexual que um paciente pode manifestar pelo médico, ou vice-versa. Sendo que foi tal manifestação, na relação médico-paciente, que provocou a atenção de Freud para o fenômeno transferencial.

Ao me propor realizar apenas duas entrevistas com cada sujeito, estava cômico de que perderia a manifestação de alguns pontos mais polêmicos do fenômeno transferencial, principalmente, aqueles vinculados ao sexo. Como as entrevistas, especialmente a primeira delas, não seguia um roteiro pré-determinado, tais temas não foram instigados. O resultado disto é que apenas dois entrevistados falaram de forma direta sobre as suas experiências e sentimentos acerca das manifestações amorosas de seus pacientes.

Um fato curioso, impossível de não se registrar, é a característica comum entre os sujeitos que mencionaram esse fenômeno. Ambos, discursaram a partir de suas respectivas formações religiosas, como pode ser visto nesta fala do Dr. Francisco: “...se os meus valores fossem outros, embarcaria na *canoa furada* da emoção do paciente.”

Suponho que a ausência de falas mais freqüentes, abordando esse tema, deva-se exatamente à característica da clínica médica em não possuir um instrumental para lidar com esses eventos. O que também ocorre quando há desconfiança do paciente em relação à capacidade profissional do médico, como foi relatado parágrafos atrás. Este é um marco, portanto, da diferença entre a clínica médica e a clínica psicanalítica. Relembrando, cito novamente Clavreul (1983:102): “Se a clínica médica cessa onde começam a paixão e o desejo, a aventura psicanalítica, e também sua clínica, começam com a transferência...”

Isto significa que em relação ao fenômeno transferencial a medicina ainda se confronta com ele como um obstáculo, seja quando a manifestação é o amor, seja quando é uma postura de não submissão, hostilidade ou qualquer tentativa de se contrapor ao poder médico. É semelhante ao que descrevia Freud em *Os estudos sobre a histeria*, em 1895.

Vejamos os discursos dos sujeitos pesquisados:

Dr. André: Na metade dos meus casos, o problema que ocorre, realmente, é com aquele amor fraternal, entendeu? Ocorre sim, ocorre sim... Daí, na verdade, se você atender bem, se você atender bem o paciente, com certeza, o paciente, de uma certa maneira, vai virar seu amigo. Vai ter aquele amor fraternal. Claro, existem algumas distorções por aí... que não vem ao caso.

Dr. Francisco: Eu fui aprender isso sozinho. Depois de estar formado há algum tempo. A gente começa a ver essas transferências de uma forma mais aprofundada, no sentido daquela paixão, às vezes, imediata, de alguma paciente... Ela acha que você resolve todos os problemas da vida dela. Daquilo que ela vê. Então, você começa a aprender por necessidade.

JULIANO: Por exemplo?

Dr. Francisco: Transferência afetiva, cartas de amor do paciente, né?! Isso é cada vez mais possível, cada vez mais perigoso, principalmente, hoje com essa liberdade sexual. Uma pseudo-liberdade sexual da mulher. Ela diz o que pensa, faz o que quer e vai em cima do que quer. Não importa isso. Então, hoje, é muito mais freqüente. Posso dizer assim que eu recebo muito mais cartas de parentes de familiares que acompanham o paciente. Declarações de amor, assim, absurdas. Você não pode nem imaginar. Moças com idades tão distantes da gente, né? Vinte, vinte e cinco anos, trinta anos de diferença. Meninas fazendo declarações sentimentais. O universo de pacientes atendidas é muito grande, principalmente no centro cirúrgico. Também tem um fluxo familiar muito grande em torno daquele paciente. Esses contatos se dão e começa a daí a transferência, nesse sentido... Transferência perigosa, mesmo!

Outros entrevistados relataram situações envolvendo investimentos afetivos por parte dos pacientes. Porém, esta descrição foi realizada de uma forma mais velada. O sentido do enunciado ficou subjacente, como pode ser visto no último fragmento do item 1.b. Relembrando:

Eu tenho tido casos, aqui, de pacientes com problemas de ginecologia. Eu digo: -“Minha filha, eu não faço ginecologia. Não faço e nem gosto da especialidade.” - “Mas doutor, se o senhor passar qualquer coisa pra mim... Eu não vou com outro. Se o senhor não me der remédio, eu vou-me embora assim mesmo.” Eu sou obrigado a... pelos meus conhecimentos práticos da vida, já com [tantos] anos de formado, pelos sintomas dela, eu faço uma medicação que, talvez, seja o certo. Mas, eu não examino a mulher, mas ela quer que eu dê o medicamento porque ela tem confiança. Então, é uma situação do paciente que adquire aquela confiança no médico. Então, aquele médico pra ela é um deus – o seu *salvador*. Eu não sei se me fiz compreender...

Registro, também, uma situação descrita pela Dra. Helena, nas duas entrevistas, na qual a entrevistada descreve o contato com uma paciente com neoplasia, que indica ter sido uma experiência importante, para ambas.

Dra. Helena: Esses dias, eu estava até comentando... Quando eu fazia residência, eu conheci um moço. Ela tinha, acho que, 19 ou 20 anos. Ela tinha câncer de medula. Isso, em um mil novecentos... Há uns dois meses atrás eu estava remexendo as minhas coisas e encontrei uma carta da mãe dela. Eu mudei de cidade, né? A mãe dela me mandou uma carta quando ela morreu. Aí, eu comecei a ler a carta e, comecei a chorar. Foi assim: *Ela era uma moça normal*. Tinha um relacionamento com um rapaz, era estudante e teve um câncer. Ela abandonou o namorado, terminou! A vida dela acabou naquela cama, né? Doente, até ela morrer. Todos os meus plantões eu ia lá conversar com ela. Ela me mostrava os álbuns de fotografias. Então, você se envolve muito com o doente. Você se envolve com a mãe, você se envolve com o pai, sabe? Eu acho até que isso é até uma coisa saudável. Muitas vezes te prejudica. Às vezes, eu chego, em casa arrasada porque teve um parto e a gente não conseguiu tirar. Você não consegue resolver, né? Mas, eu acho que esse envolvimento é uma coisa saudável. Porque, se não você fica muito frio, você fica muito ausente. Se tem uma criança com tumor no cérebro, alguém diz: -“Puxa vida, um tumor no cérebro!!” [reflexivamente]
Aí, chega um outro e diz:
-“Ah! Um tumor no cérebro. Agora tem de encaminhar!”
Sabe? Assim, uma coisa muito mais fria, muito mais distante.

A entrevistada fala, lembrando que sua paciente “era estudante, namorava um rapaz e tinha câncer”, como se dissesse: “poderia ser eu.” São situações onde há identificação com o paciente, não havendo espaço para se negar o “humano do doente”⁵ e, portanto, muito mais difíceis de lidar.

Outro aspecto importante da fala da Dra. Helena é que ela associou as reminiscências em relação à sua paciente do tempo de residência com as perdas cotidianas de um hospital. Tais perdas, ainda segundo esta entrevistada, é algo impossível de se manter distante, mas que, para a sua surpresa, certos colegas se põem numa posição de inexorabilidade diante das mesmas.

Outros entrevistados, conforme relatei, trouxeram essas cenas para suas vidas. A Dra. Gabriela disse que, durante algum tempo pensava nos filhos: “E se Deus me castigar ...” O Dr. Ignácio, por sua vez, foi mais direto: “E se fosse minha mãe... e se fosse meus filhos?”

Isto me fez lembrar, mais uma vez, das palavras de Clavreul:

... qualquer médico desconfia quando tem de tratar um de seus próximos,
um daqueles que ama. Ele sabe que o seu amor faz com que perca o sangue

⁵ No livro *A morte e os mortos na sociedade brasileira*, Consorte (1983:48-53), relata que um sextanista em medicina ficou muito impressionado quando viu cair a peruca de um paciente que sofrera um enfarte em sua frente. A peruca, segundo é descrito, teria “humanizado” o doente.

frio, seu olhar frio, a distância que deve conservar em relação ao seu doente. (Clavreul, 1983:102).

Não quero dizer que o médico seja sempre frio ao atender quem não lhe oferece algum vínculo, mas isso o torna menos vulnerável a ser mobilizado por sua emoção, portanto, a “frieza” pode torná-lo mais eficiente. O problema é que nesse processo defensivo do médico, ele cria uma couraça, “uma casca” - como definiu o Dr. Carlos. Isto pode impedi-lo de se relacionar com o paciente e pode levá-lo a ignorar os fenômenos intersubjetivos deste encontro.

Dra. Joana: Tinha um professor na faculdade que era cirurgião torácico. Ele contava uma caso que aconteceu com um paciente que levou um tiro no tórax, uma coisa assim. Ele foi lá e fez uma incisão em todo o alto do tórax dele. Ele ficou com uma cicatriz enorme, mas sua vida foi salva. Aí, o paciente, pro resto da vida, chegava lá e dizia:

-“Doutor, o senhor me salvou, mas me deixou uma cicatriz.”

Quer dizer, o paciente dava mais valor para a cicatriz do que para o fato de se ter salvado a sua vida. Como a vida dele já estava salva, isso não importava mais. Ele queria era saber da cicatriz.

Dr. André: Tem aquelas pessoas que, independente, de classe social que vai lá por ir... Vai lá pra chegar e conversar. Por incrível que pareça, por alguma doença qualquer. O tratamento deve ser dado para aquelas pessoas que realmente necessitam. Agora, se o paciente chega lá, cheio de si, entendeu? Uma expressão de acadêmico: *come jabá pra arrotar caviar*. Aí, o assunto não é bem por aí, não! Recebe o mesmo tratamento, recebe o mesmo tratamento!

Dra. Helena: Para o médico não é fácil levantar e dar um plantão. Ele trabalha o dia inteiro e à noite, ele vai dar um plantão. Três horas da manhã ele levanta e vai atender uma criança que tá com sapinho. É uma coisa que não aparece da noite para o dia e nem é uma urgência pra você precisar ir de madrugada pro hospital. Acontece que, as pessoas, elas não têm noção disso. Elas acham que o médico tá de plantão e tem de ir pra lá vinte e quatro horas.

Ao discursar dessa forma, o médico parece esquecer, ou não está preparado para perceber, que o paciente não é apenas carne que fala. Esquece que pode ser alguém carente, em todos os sentidos, que está buscando aquele que se pôs, ou buscou estar, na posição de autoridade sobre os males que afligem o homem.

Como exemplo dessas buscas, cito trechos das falas da Dra. Gabriela e do Dr. Lázaro:

Dra. Gabriela: Aqui tem uma frequência bastante, que chama muito a atenção. A criança que adoece, pra poder ter atenção. Seja da gente, do hospital, seja de quem tá perto dela. Porque a mãe que não trabalha ou que trabalha muito e fica fora, quando a criança adoece, ela tira licença, fica dentro de casa. Tem criança que mora com a mãe, nunca vê o pai. Mas, quando adoece, aí o pai vem. Então, é freqüente. É bastante freqüente.

Dr. Lázaro: Eu acho. Não! Eu tenho certeza que a maior causa de procura de pessoas num pronto-socorro, a maior causa de procura é a infelicidade! Existe até estatísticas sobre isso, uma vez eu li. Uma coisa de sessenta e poucos por cento das pessoas, que procuram o pronto-socorro, no geral, o procuram incentivadas por uma infelicidade qualquer. Um problema familiar ou uma coisa qualquer. Nada é mais causador de doença do que infelicidade e a pobreza. São as duas causas principais de doenças, pelo menos aqui no nosso país.

3.b) Os discursos sobre as *ressonâncias internas* das manifestações transferenciais

O sentimento proeminente dos sujeitos, em relação às transferências dos enfermos, foi manifestado sob o epíteto da impotência aos anseios e às expectativas depositadas pelos pacientes.

Discursando de uma forma direta ou indireta, sobre este assunto, os entrevistados apontaram o incômodo - ou a satisfação – em relação a seu endeusamento por parte dos pacientes.

É óbvio que todo nós temos algo de divino, mas não no grau que o paciente transfere para você. Aquele sentimento de gratidão, aquele sentimento terno que transfere, que também pode ter sentimento hostil. Agora, cabe a nós sabermos lidar com essa transferência. Seria hipocrisia dizer que não gosto. Por que, que não?! Eu gosto sim, eu sou humano! Me agrada essa imagem de divino. (risos) Claro que não estou neste grau de divino que coloca o paciente.

Dr. Diogo

Depende como o paciente nos introjeta. Para o paciente, nós somos aquele que tem o poder da vida e da morte, quando, na realidade, nós não somos nada disso. Nós, simplesmente, somos técnicos e mortais. Cheios de defeitos.

-“Não compare com Deus no céu. Eu aqui sou humano como o senhor. Não confunda as coisas. Eu não tenho nenhum poder imbuído, que tenha sido atribuído por Deus de fazer nada excepcional. Eu sou apenas um técnico tentando fazer o meu trabalho bem feito, e só!”

Dr. Carlos

Essa atitude do doente, reveladora de seu estado de desespero frente a doença, esperando encontrar alguém com poderes sobrenaturais que possa livrá-lo de suas mazelas e de suas angústias, baseia-se, também, no vínculo histórico da medicina com a religião. “O nosso povo é muito místico (...) Ele não saiu ainda da fase xamânica (...) ele ainda convive neste aparente paradoxo, entre a medicina avançada e a medicina tradicional.” – argumenta o Dr. Carlos.

Um fato que traz vantagens para o tratamento, como foi visto nos fragmentos da fala de alguns entrevistados, mas que, por outro lado, coloca o médico e o enfermo num paradoxo. O profissional fica entre a medicina baseada na tecnologia moderna e a expectativa do paciente de que ele possa oferecer algo além disso, que, conforme o Dr. Carlos, o aproxima da medicina popular e do misticismo.

Na prática médica, alicerçada nos artefatos tecnológico, existe o ganho de uma maior precisão diagnóstica, entretanto há um maior distanciamento do paciente porque “quem” executa a maior parte dos procedimentos é uma parafernália de instrumentos. Algo que, em outrora, era realizado por meio dos órgãos do sentido do médico e – quiçá – através da sua intuição. Uma prática que, necessariamente, implicava num maior contato com o doente.

O paradoxo se estabelece porque o paciente parece esperar uma postura, por parte do médico, que se aproxima das atitudes de quem pratica medicina popular. Ou seja, que ele assuma uma posição como se detivesse poderes sobrenaturais para a cura, conforme relatou e se queixou o Dr. Carlos. Em outras palavras: parece que o enfermo espera ser sugestionado pelo profissional, no sentido de que possa ser aliviado de sua angústia diante do mal estabelecido, assim como fazem os curandeiros religiosos.

O Dr. Carlos, ao queixar-se de que as pessoas ainda esperam do médico um xamã ou um pajé, está falando exatamente deste imaginário em torno da profissão, cujo discurso de onipotência e onisciência reforçam tal imaginário.

Não podendo fazer uso de recursos, que poderiam confundir a medicina com a magia, o profissional se vê impotente por não corresponder a algumas expectativas

do enfermo. Tais expectativas, em muitas situações, são impossíveis de serem correspondidas porque, junto à queixa do doente, podem existir um conjunto de problemas sociais, econômicos e tantos outros de natureza psíquica, nem sempre revelados para o médico.

O profissional percebe, então, que sua ação acaba servindo como um mero paliativo para sanar uma dor que, na realidade, é apenas a face de algo muito maior.

Um exemplo disso pode ser visto nesta fala do Dr. Emanuel:

Dr. Emanuel: Eu estava contanto, hoje, para [um amigo] um caso que me aconteceu cinco meses atrás (pausa). Eu tremi na base, lacrimejei. (pausa) Ele [o paciente] tava com um nó, um caroço aqui (apontando a garganta) que ele não conseguia mais engolir nada. Ele veio como um doente, por causa do caroço. Mas, eu, devido a minha tarimba e experiência como clínico, disse assim, perguntei:

-“Você, esse caroço...”

Eu olhei e não vi nada na garganta dele. Estava normal.

-“Você sente, assim, o peito apertar?”

-“Sinto, sim senhor!”

-“Você sente o coração, às vezes, disparar rapidamente?”

-“Sim senhor!”

Eu disse:

-“Meu compadre, você está com problema emocional. Você está estressado. Você tem algum problema?”

Aí, ele contou:

-“A minha mulher foi despedida, eu fui despedido. Tirei os meus dois filhos do colégio e não podem mais voltar porque está no meio do ano.”

Aí, começaram as lágrimas a descer e, eu, também, molhei os olhos. São essas coisas que acontecem na vida da gente e que, às vezes, é uma besteira, não é uma doença. Mas, é um fato social que nos leva, às vezes, pensar que a desgraça tá grande.

O Dr. Lázaro também se referiu à infelicidade como a maior causa da procura do médico, chegando a apontar que nem a instituição e nem o profissional têm instrumentos para lidar com isso. Complementou, assim, o enunciado exposto parágrafos atrás:

Dr. Lázaro: (pausa) A sensação de impotência pra nós é muito ruim, é muito ruim! Num lugar, como aquele, acaba tendo a *‘promiscuidade’ de infiltrar uma epidemia de infelicidade*. Tanto na clientela, quando no prestador de serviços.

Essa impotência por não conseguir corresponder aos anseios do paciente, passa a ser também um eliciador de sentimentos negativos no médico. Algo que é reforçado pela fantasia de onipotência em torno da profissão que, muitas vezes, faz o

sujeito se colocar na obrigação de ser um *salvador*, como pode ser constatado na fala, a seguir, da Dra. Helena:

Dra. Helena: É a tua obrigação, a tua *missão* é, realmente, ajudar quem precisa, né? E, às vezes, eu me sinto muito triste, porque não adianta você ser médica e não poder mexer uma palha. Hoje, eu fui fazer uma visita a um paciente meu que foi operado ontem à noite, de apendicite. Eu cheguei lá e encontrei uma senhora que a filha dela foi minha paciente. Ela tem um outro filho, agora. O filho teve um acidente muito grave, um acidente gravíssimo. Tá em coma, dentro de uma UTI. Aí, nessa hora, eu me sinto muito infeliz de ser médica... de você saber, de ter conhecimento de tudo de ruim que pode ficar numa criança dessa... Que não tinha absolutamente nada, né? A medicina ainda falta muito, falta caminhar muito pra gente dar uma saúde perfeita. O que eu acho é que a gente nunca vai conseguir, realmente. [esboça um sorriso de forma tensa, resistindo para não chorar].

A Dra. Gabriela, por sua vez, expõe como o sentimento de onipotência também faz o profissional sofrer por acreditar que pode conduzir o paciente para aquilo que ele, o médico, pensa ser o melhor. O paciente, do outro lado, não tem essa mesma percepção, fazendo com que o profissional se sinta fracassado por não ter alcançado aquilo que planejou.

Dra. Gabriela: Eu tento ajudar Eu posso ajudar, mas eu acho que a pessoa tem de se ajudar muito mais do que eu. Eu posso até ajudar ela pensar no que precisa descobrir alguma coisa. Eu não posso descobrir por ela. Antigamente não, eu queria descobrir por ela. Eu queria enfiar na cabeça da pessoa de toda forma, de todo jeito, a solução que eu achava adequada. Hoje, em dia, eu não sofro mais por isso, não vou pra casa pensando.

JULIANO: Você consegue separar...

Dra. Gabriela: Consigo. Eu não vou pra casa pensando. Eu saio... a gente carrega, sim, quando tem um efeito, na doença trágica, na morte, da... né? (pausa) Assim, morreu, perdeu. A dor... isso é meio difícil da gente não carregar. É impossível você não sentir a culpa quando a família dele joga a culpa pra cima de você.

-“Ah! Você não fez nada. Morreu, você não fez nada. Tá aqui não sei há quantos dias e você não faz nada.”

Isso é ruim! Isso ainda não dá pra separar. Isso a gente, ainda, carrega.

Neste ponto, a Dra. Gabriela toca em dois elementos relevantes, do ponto de vista do acesso à relação transferencial entre médico e paciente. O primeiro é quando a expectativa frustrada do enfermo se materializa em cobranças explícitas e, o segundo, é a presença de terceiros – no caso, a família do doente.

O Dr. Ignácio, sobre isso, fez questão de relatar eventos de sua vida profissional, em que se viu ameaçado por familiares caso o paciente viesse a óbito. Concluiu as histórias relatadas, com a seguinte frase:

Dr. Ignácio: (...) nós lidamos com os dois extremos. É o carinho do pai, contrapondo a violência de um homem de quase dois metros de altura (...) que estava armado. A gente lida com emoções muito fortes, muito perigosas.

A família torna-se, muitas vezes, sendo mais um dos problemas para a atuação do médico, segundo sua ótica. Seja porque se deve apresentar justificativas a ela, correndo-se o risco de ficar sujeito a se identificar com os seus dramas, seja porque os familiares são percebidos como intrusos na relação, sendo, ao invés de colaboradores, empecilhos para a reabilitação do enfermo.

Em relação ao primeiro deles, a fala do Dr. Ignácio pode oferecer uma idéia do drama médico:

Dr. Ignácio: A emoção mais difícil de lidar, a pior situação da minha profissão é ter que virar pra um pai e dizer:
-“Olha, nós fizemos o que deu pra fazer, mas o teu filho morreu!”
Não existe uma maneira de dizer isso sem sair machucado.

No que diz respeito à problemática da relação com a família do doente, recorto alguns trechos do discurso dos pediatras que foram entrevistados, como segue:

1) Você sabe a criança que é bem tratada e a que é maltratada. Você sabe, exatamente, só de olhar pro olho da criança, você sabe! O brilho do olho é diferente. Há uns dez dias, me ligaram do *Lar do Bebê*⁶. Lá tinha uma criança que não tava bem, que tinham achado essa criança num bar. Um menino, de mais ou menos um ano. Tinha uma infecção urinária muito grande. Localizaram a mãe dessa criança. Era uma moça nova que, realmente, não cuidava da criança, não cuidava. A criança era largada. Aí, a mãe foi dormir lá com a criança. Quando eu cheguei, pra examinar a criança, ela estava se esgoelando, chorando. A mãe olhando pro nada. A mãe sentada.
-“Por que ele tá chorando?”
-“Não sei!”
-“Você já deu comida pra ele?”
-“Não quis.”

⁶ Uma instituição que cuida de crianças desamparadas.

-“A senhora já tomou café?”

-“Já!”

Então, eu disse:

-“Vá atrás de alguma coisa pra essa criança comer!”

-“Ah, ele não quis mingau.”

O sangue sobe, né! Eu fui lá dentro, lá na cozinha e peguei um pacote de bolacha. Cheguei com um pacote de bolacha... Tudo que tinha no berço dele, ele jogava. Tinha um travesseiro, um lençol, almofada. Tudo ele jogava. Aí, eu peguei e dei uma bolacha pra ele. Ele pegou a bolacha e começou a comer e ficou olhando pra outra bolacha. Aí, eu dei a outra bolacha pra ele. Ele segurou e ficou olhando pro pacote de bolacha. (risos) Aí, eu botei o pacote perto dele. Ele botou uma bolacha na boca, segurando uma e segurando a outra.

-“A senhora tem que ter mais jeito pra lidar com o seu bebê. Ele tá com fome. Só!

Você tem de ver alguma coisa que ele possa comer.”

A gente tem esse doente, que é totalmente abandonado pela mãe. Nesse caso, eu ameaço, eu digo:

-“Eu vou mandar pro Lar do Bebê se a senhora bater novamente. Esse filho não vai mais ser teu. Vai ser do Lar do Bebê.”

-“Meu filho, é meu!”

-“Ele tá aqui dentro do hospital. Não pode bater, nem maltratar. Ele já tá doente, já tá ruinzinho.”

A gente tenta...

2) É a mãe ou o familiar que tá com a criança por tá! Porque a criança não tem outra opção. Então, ninguém, na realidade é responsável por ela. Tem um monte de gente em volta, mas ninguém é responsável.

3) Quando eu vou realizar algum procedimento doloroso, eu prefiro que nenhum familiar esteja perto. Eu prefiro isso porque dói mais na mãe do que no pai... Dói mais na mãe e no pai do que na criança. Depois, eles acabam atrapalhando. Você acaba fazendo, muitas vezes, uma coisa até errada, em função da compaixão, daquela dor e tudo mais. Não sei te explicar, eu prefiro que os pais não estejam perto. E em outras circunstâncias é fundamental que estejam perto. Então, *é uma coisa muito subjetiva*. Não existe uma regra matemática. Agora, existem pessoas e pessoas. Tem mães ou pais que chegam ao consultório e te relatam as coisas de uma maneira tal que você tem dificuldade de tomar uma decisão. Tem casal que vai pro consultório brigar, tem casal que chega:

-“Não foi, eu não falei.”

-“Você falou, mas você não fez nada.”

São situações interessantíssimas. A família, isso não é uma regra matemática, não são todos chatos - o tempo inteiro. Têm pessoas muito boas, pessoas que facilitam, sabe?

A capacidade do adulto dissimular ou mesmo se desvencilhar dos fatos, não oferecendo a garantia de estar sendo franco, faz com que alguns entrevistados apontem o receio em lidar com este tipo de paciente. A comparação é imediata com a

criança, sugerindo que o adulto não deveria ter ‘perdido’ a autenticidade própria da infância, pois isso facilitaria o tratamento médico.

Dr. Ignácio: O adulto tá feito, *difícilmente você vai modificar alguma coisa... vai influenciar de forma definitiva um paciente teu*. Outra coisa é que o adulto mente. O adulto te engana muitas vezes. O adulto é chato. A criança é mais legal, mais bacana pra trabalhar. Se ela for com a tua cara, você vira ela do avesso.

Dr. André: O adulto pode mascarar a dor e o que está sentido. A dor da criança é mais localizada. Se diz que dói ali, ali está doendo...

JULIANO: Você quer dizer que a criança é mais autêntica e que, talvez, o adulto possa mentir, mesmo sem querer?

Dr. André: Sim. É mesmo!! [com os olhos brilhando, como se estivesse encontrado uma resposta].

O entendimento destes últimos recortes pode ser feito, por um lado, com base no que foi exposto sobre a dificuldade médica em lidar com aspectos subjetivos de seus pacientes e, por outro lado, pela característica da ação médica voltada a dominar, determinar, convencer.

Quando os dois sujeitos dizem que o adulto pode mentir, enganar, estão também dizendo que não podem ter controle total sobre os mesmos. Portanto, é mais difícil modificá-lo, influenciá-lo – exercer sobre eles a autoridade médica, sem resistência. As crianças, mesmo as mais rebeldes, podem ao menos ser dominadas pela força – algo que nem sempre é possível fazer com o adulto. Se a criança confiar no médico, pode ser “virada pelo avesso”, como foi dito. Tarefa difícil de ser feita com o adulto e suas máscaras.

Os sentimentos obscuros e imprevisíveis desse adulto, sem o controle que o médico gostaria de ter, colocam-no (o médico) numa posição conflitante. Precisa lidar objetivamente com a doença e não pode negar que essas atitudes subjetivas fazem parte do enfermo, sendo, muitas vezes, consequência de uma patologia que é invulnerável e não cede à ação do profissional e/ou às técnicas de tratamento.

Nessas situações, alguns entrevistados revelaram não informar o paciente do diagnóstico, pois tiveram experiências negativas, relacionadas a esta questão.

Eu me lembro de um fato, de um paciente... Não foi ele, foi a família. Eu não sabia como dizer que ele estava com câncer e que não podia operar. Muito magro, estava doente. Ele veio para cá. Estava três ou quatro dias aqui e faleceu no sexto dia. Eu não tinha como... Eu não podia dizer que estava com câncer. *Eu tinha medo que, devido ao nervosismo deles, a choradeira, que acontecesse alguma coisa. Eu fiquei enrolando.* Enrolando, que eu quero dizer é tentando medicar o doente. Pelo menos o problema de dor, *de dor pra ele*.⁷ Tento confortar a família.

-“Vamos aguardar, vamos aguardar melhorar. Eu acredito que vai melhorar.”

Eu não dizia:

-“Vai!”

-“Eu acredito que vai ter uma melhora.”

No sexto dia, ele faleceu. Aí...

-“Por que o senhor não falou que ele tava...”

Aí, eu tive que dizer que ele...

-“Por que o senhor não falou que ele estava com câncer?”

-“Porque, o seguinte: será que iria adiantar alguma coisa?”

Será que não ia ficar mais preocupado? (Pausa) Não sei! Eu agi conforme a minha consciência me ditou naquela hora.

-“O senhor devia ter sido mais honesto.”

Depende muito da maneira de cada médico agir, eu creio! Eu trabalhei do hospital do câncer, no Rio de Janeiro, por cinco anos. Eu me lembro de dois casos de pacientes que se atiraram pela janela. O Hospital do Câncer fica na praça da Cruz Vermelha. É alto. São mais de dez andares, onze. Um se atirou do oitavo andar, quando falaram que ele estava com câncer. Então, aquilo, sempre, sempre quando está com câncer e a família pergunta o que eu acho... vem aquela imagem do... Atualmente, eu já conto para a família, para os parentes mais distantes. Eu não conto para o pai, nem para o filho. Mas, para um parente mais distante...

-“Eu não sei como vocês vão dizer, mas, o problema dele é câncer. Dificilmente ele vai se recuperar, porque já está avançado.”

Dr. Emanuel

O entrevistado passa a falar de como é feito com pacientes cuja neoplasia ainda se encontra em um estágio que possibilita o tratamento. Mudando, a partir daí, o tema sobre o qual vinha falando. Apesar desta atitude, deixou explícito que delega à família a tarefa de informar o enfermo sobre o diagnóstico e o prognóstico de sua saúde.

O mesmo entrevistado disse, ainda, preferir ir “enrolando”. Ou seja, é como entende o fato de ter que se limitar a administrar analgésicos e se ver obrigado a confortar a família. Descrevendo isto de uma forma hipotética, diria que sua fala ficaria assim: “Eu fiquei enrolando: a mim mesmo, ao paciente e sua família.”

⁷ Pareceu-me que o entrevistado, naquele momento, lamentava não poder aliviar sua própria dor com medicamentos, como fazia com o enfermo.

Pergunto: - seria isso uma tentativa de amenizar sua dor e a sua impotência perante o quadro?

Pode-se imaginar o quão difícil é “enfrentar” essas situações⁸ para um profissional visto por meio de um imaginário de onisciência e onipotência, principalmente, quando se questiona (“Não sei! Eu agi conforme a minha consciência me ditou naquela hora.”) e deixa ser questionado quanto a sua honestidade na condução do caso, como também expôs em sua fala: “O senhor devia ter sido mais honesto.” - teria dito um familiar.

O entrevistado demonstra, no relato desta situação, que o seu propósito acabou sendo o de evitar o que a consciência (o saber profissional) avisava ser inevitável. Ou seja, o paciente iria morrer e ele teria que enfrentar mais uma perda enquanto profissional e se deparar com a dor e, porventura, as cobranças da família do enfermo. O que é temido, portanto, é o enfrentamento de situações que “não têm remédio”, como a morte, a impotência e a dor da perda - sua e da família do paciente.

O Dr. Francisco apresentou uma situação bastante parecida com a que foi relatada pelo Dr. Emanuel. Afirmou que se sentiu “muito mal” com uma experiência, na qual, após diagnosticar um câncer que levaria o paciente à morte, optou por informar à família e seguir as recomendações desta. Desvencilhando-se, suponho, da responsabilidade e da dúvida em revelar ou não o diagnóstico para o seu cliente.

Mantivemos, sobre isso, o seguinte diálogo:

Dr. Francisco: Tudo tem haver com essa ligação meio ambiente com a cabeça, corpo e espírito, que os médicos não trabalham. “É câncer!” Os médicos trabalham logo isso:

-“Você vai tomar isso, isso e aquilo. E isso aqui vai para, para, para...”

Mas não é só isso, não! Eu tenho grandes exemplos de pacientes meus, que nunca tomaram remédios, e estavam muito bem de vida, até o momento em que souberam que estavam com a doença e degradingaram. Assim, em curto espaço de tempo. **Eu tive há poucos dias... há poucos dias, não! Há um ano atrás.** Um paciente com um ano e três meses após um diagnóstico de câncer e muito bem. Um paciente sem queixa nenhuma! Até que um dia, ele deu uma surra no filho, de dezesseis, dezessete anos. Este, então, disse assim:

-“Eu quero que o senhor morra com esse câncer aí, que o senhor tem.”

⁸ Andreis, sobre esse assunto, tece o seguinte comentário: “A questão aí presente talvez seja não só de conhecer toda Ciência, mas de que esta seja capaz de tudo explicar, e com isto predizer, controlar. (...) Supõe também certo nível de controle sobre a morte. Supõe poder, e subjacente a ele, sentimento de onipotência, Desejo. Ocorrendo com o seu paciente, supõe responsabilidade.” [sublinhado pela autora] (1996:205-6).

Do dia que o garoto falou pro pai dele e ele veio me perguntar - e eu confirmei - foram trinta e três dias...

JULIANO: Ele não sabia o que tinha?

Dr. Francisco: Ele não sabia...

JULIANO: A família sabia?

Dr. Francisco: A família sabia.

JULIANO: Aí...

Dr. Francisco: Houve um problema com a família, porque eles não queriam que eu dissesse. Eu queria dizer desde o início. O meu lema é falar a verdade. Mas, proibido permanentemente pela família, a gente manteve em segredo a doença. E o paciente, do dia que soube ao dia de morrer, foram trinta e três dias. O paciente que viveu maravilhosamente bem.

JULIANO: Então, você dá o diagnóstico?

Dr. Francisco: Eu sempre dou o diagnóstico. Eu sempre converso com o paciente das possibilidades, né? Ontem à noite eu dei o diagnóstico de um, né? Anteontem à noite, aliás. E ele chorava à noite toda. Mas, no dia seguinte, ele estava muito bem de cabeça e vai enfrentar a doença com tranquilidade...

JULIANO: Revelar o diagnóstico para o paciente não seria dar a oportunidade de ele começar a trabalhar, a lutar contra o mal?

Dr. Francisco: Eu acho... Esse é um direito, mesmo, do paciente.

Neste recorte das falas do Dr. Francisco, sobre o seu mal-estar perante pacientes portadores de doenças terminais, ressalto, em primeiro lugar, o lapso temporal (marcado em negrito), através do qual o entrevistado parece indicar o quanto esta experiência ainda está presente em sua memória, a ponto de confundir um fato ocorrido há mais de um ano, como se fosse um evento bastante recente: “há poucos dias.”⁹

Outra questão em destaque é que, apesar da crença na necessidade de informar o paciente sobre a patologia e sua gravidade, o entrevistado preferiu privá-lo do diagnóstico. Entendo que esta deve ter sido a forma, encontrada pelo médico, para se proteger da angústia gerada por uma situação sem perspectivas favoráveis ao tratamento.

Tal procedimento, em *negar* uma informação imprescindível ao paciente, seria uma extensão da própria negação das implicações concernentes a tal situação, como as cobranças, a angústia e a impotência?

⁹ No item 4b desta Análise (*A morte e o morrer no discurso do médico*) registro uma situação parecida a esta na fala da Dra. Helena. Ver p. 146.

A descrição de tal questionamento, buscarei expor no próximo tópico desta *Análise*.

4. AS ATITUDES DO MÉDICO DIANTE DA PRÓPRIA SAÚDE E DA MORTE

Em razão de a pesquisa ter sido realizada sem o uso de roteiros fixos, principalmente na condução da primeira entrevista, os temas abordados pelos sujeitos seguiram caminhos diversos. Entre esses caminhos tomados pelos enunciados dos entrevistados, a referência à saúde deles próprios e à morte se fizeram marcantes entre alguns discursos.

Tais abordagens não pareciam, em princípio, ter vinculação com os objetivos da pesquisa. Porém, ao efetuar a pré-análise das primeiras entrevistas, verifiquei que traziam enunciados importantes, principalmente, porque colocavam o médico num lugar diferente daquele do qual normalmente discursa, isto é, “retiram-no” da posição de autoridade.

Dessa forma, decidi registrar alguns fragmentos sobre como os médicos pesquisados afirmam cuidar, ou não, da própria saúde e, como percebem os fenômenos morte/morrer em relação a eles mesmos.

No entrecruzamento desses discursos apareceram, mesmo indiretamente, os sentimentos que emergem ao longo da relação com o paciente.

4.a) Como o cuidador se cuida: o médico como paciente

Na primeira entrevista, alguns dos sujeitos pesquisados falaram de problemas em cuidar da própria saúde, muitas vezes, em decorrência da tensão vivida com a profissão. Ou, simplesmente, tocaram em alguns pontos que me levaram a questionar

sobre os hábitos e atitudes em torno destes temas. Assim, procurei abordar na segunda entrevista como cada um dos sujeitos cuidava da sua saúde.

O Dr. Ignácio, cuja fala sobre esse assunto foi transcrita anteriormente, revelou, assim como outros médicos (André, Carlos e Francisco) que é propenso à hipertensão. Ao afirmar que fazia “coisas que não pode e não deve fazer”, deixou bastante transparente que a mudança em favor do zelo pela sua saúde foi devido à postura de ‘pai autoritário’, assumida por um colega cardiologista.

Os outros entrevistados, em sua maioria, disseram que não tomam os devidos cuidados¹ com a própria saúde. Sobre isso, a Dra. Gabriela, por exemplo, fez a seguinte declaração:

JULIANO: Gabriela, como é que você cuida de sua saúde?

Dra. Gabriela: Mal (risos), mal, mal! Assim... não me importo! Durante a gravidez, não! Durante a gravidez é diferente, porque não é minha a saúde, né? Mas, normalmente, eu sempre deixo pra depois. Sabe, assim, não tô fazendo... Fui recomendada a fazer exercícios físicos, fazer esteiras. Preparar para uma futura menopausa, também não dou muita bola. Não cuido. O que eu faço é, quando tô com dor de cabeça, vou e tomo um remédio. Tô com cólica, vou tomo um remédio. Sabe por que, tudo é falta de tempo. Amanhã eu vou, amanhã eu vou procurar um médico porque eu acho que preciso tomar um remédio pra isso. A dor de cabeça tá me incomodando. Amanhã eu vou lá ao oftalmologista fazer um exame de vista. E o amanhã vai sempre amanhã, amanhã... [reflexiva].

JULIANO: E o amanhã não chega...

Dra. Gabriela: E o amanhã não chega. É o tempo. E a gente se acomoda. Você chega cansada e fala assim: eu vou... Você se programa... Hoje, de manhã, eu me programei: hoje vou fazer uma hora de esteira. Vou fazer meia hora de manhã e meia hora de tarde. De manhã já não deu tempo. Bom, de tarde eu fazer meia hora. Mas, aí, a gente chega cansada. A gente, que é mulher, ainda tem o serviço da casa, né? Tem filho, tem janta, tem... Quando você vê, você fala: amanhã eu faço!

É óbvio que é um discurso semelhante ao que se poderia encontrar em qualquer indivíduo, principalmente, se este vive dividido entre a família e o trabalho. O que chama a atenção, entretanto, é a cobrança interna, pois sendo uma profissional de saúde, tem a consciência dos riscos a que se submete e, assim mesmo, se vê obrigada a preterir seu bem-estar em favor de outrem.

¹ Registro a matéria da revista Veja (Editora Abril), intitulada “O pior paciente” (23/06/1999, pp.122-3). Nesta reportagem cita-se uma pesquisa da psiquiatra Alexandrina Meleiro (*O médico como paciente*), na qual, segundo esse semanário, os médicos apresentam um cuidado menor com a saúde, comparando-os com grupos sócio-econômicos próximos aos seus, como engenheiros e advogados.

O Dr. Carlos também apontou para a falta de tempo, queixando-se, principalmente, das inúmeras obrigações do médico, como a causa do descuido com a própria saúde.

Dr. Carlos: Eu sou muito descuidado, muito descuidado! Provavelmente eu devesse fazer uma revisão anual, porque sou de família com diabetes. Meu pai faleceu cedo, aos 42 anos. Os outros irmãos, todos morreram assim. O meu avô era diabético, o meu bisavô era diabético. Eu venho de uma família que são obesos, todos hipertensos. Então, eu deveria cuidar de mim um pouco mais.

JULIANO: E por que não é feito?

Dr. Carlos: A falta de tempo. Absolutamente, a falta de tempo! Agora, tô falando com você e eu tô pensando tudo o que eu tenho que fazer hoje à noite, amanhã de manhã e amanhã, provavelmente, à tarde... Ainda tô completamente, tentando... projetando ficar... O tempo é muito curto.

Sobre este aspecto, a Dra. Helena foi a única a declarar que consegue “fazer o seu tempo para cuidar da saúde”, mesmo diante dos sacrifícios implicados. “Eu acho que o tempo é a gente quem faz. Você levanta mais cedo, você dorme mais tarde, mas você consegue fazer.”

O Dr. Lázaro diz que, entre suas atribuições, consegue separar um tempo para cuidar de si, mas ressalta, em tom de ironia, fechar os olhos para alguns cuidados necessários:

Dr. Lázaro: Eu caminho todo dia, uma hora. Estou perdendo peso. *Evito fazer exame, tirar pressão, essas coisas pra não dar problema.* (risos) Mas, eu me sinto bem. Internamente, muito bem!

Na sua fala, pode-se perceber a preocupação em não se deixar invadir, por completo, pelo mundo repleto de doenças e morte da sua profissão. Seria semelhante ao enunciado do Dr. André: “... tomo cuidado para não ser hipocondríaco.”

O Dr. André foi mais um dos entrevistados a se declarar hipertenso. Afirmou que cuida bem da saúde “... embora, não faça nenhum exercício” – complementou. Disse que busca cuidar do seu *espírito*, inclusive, em função da relação com o paciente.

... eu nunca esqueci que não sou o [ênfático pelo entrevistado] médico. Deus permite eu tratar, conhecer aquela patologia. Mas, o fechamento do... O fechamento quem dá é Ele, Jesus!

A atitude do Dr. André é parecida com a postura que o Dr. Francisco também adota. Relembrando:

Eu digo:

-“Eu estou feliz pelo que te disse a mais. Que é o lado religioso.”

Então, eu tiro de mim uma responsabilidade maior, que eu acho que é o fato curador. O poder curador que eu posso ter, tem limitações e eu reconheço essas minhas limitações. Quando acabam as minhas limitações, eu coloco um outro poder, que a pessoa tem que se apropriar. Eu fico tranqüilo, porque passei a visão desse poder para ele. Então, eu fico em paz com as minhas emoções.

Recorrendo ao campo espiritual, segundo esses entrevistados, desgastam-se menos na relação com o paciente, pois não vão além de suas forças. Transferem o poder e a responsabilidade para as suas respectivas crenças religiosas, como uma forma de auto-preservação.

Sobre isso, complementa o Dr. Francisco:

Hoje, eu não só me preocupo com a saúde dos outros, mas com a minha saúde também.² Antes, eu não tinha essa preocupação, não lembrava de mim. Hoje, eu sei que sou importante no contexto espiritual. É uma consciência natural, tenho que fazer aquilo que posso, com o melhor das minhas forças. Mas, hoje, não vou mais além daquilo pra não desgastar meu físico, porque eu acho que sou importante pra família. Então, eu preciso me preservar o máximo possível. Então, hoje, como certo, trabalho no tempo certo e, jogo bola! (risos).

A Dra. Gabriela afirmou, também, que faz uso das crenças religiosas em favor do tratamento do paciente, principalmente, se perceber desesperança nele, ou nos seus familiares.

Dra. Gabriela: Quando vejo que a pessoa permite, eu sempre procuro falar, sempre procuro orientar, sempre procuro, assim, falar: “Se a cabeça tá boa, o corpo tá bom.” -“Tem que pensar melhor, tem que pensar que amanhã vai ser melhor. Então, vamos rezar! Você tá rezando pouco!”

Normalmente [rindo acanhadamente] eu sempre procuro pedir pra rezar um pouco. -“Vá procurar uma igreja, vá se benzer, porque você tá rezando pouco.”

² Em uma entrevista a Rossi et alii (1999), o médico Paulo Corrêa Vaz de Arruda, cita a seguinte frase de Marcelo Blaya: “por ter passado tantas vicissitudes dolorosas na infância, eu tenha querido cuidar de mim através dos outros.” (p. 192).

Assim, procuro esse incentivo.

Este exercício da fé religiosa, segundo alguns entrevistados, ajuda na relação com o enfermo, principalmente, quando há cobranças externas e, também internas, por não estarem conseguindo corresponder às expectativas depositadas pelo doente.

Por outro lado, esta mesma postura, é capaz de angustiar ainda mais o doente, pois, se o médico pede para ele rezar mais, dizendo que está "rezando pouco", está também dizendo que conhecimentos aplicados para o tratamento, não são suficientes para derrotar o mal estabelecido. Esta atitude, se for realizada sem os devidos cuidados para se evitar mal-entendidos, pode desacreditar o médico perante o paciente.

No que diz respeito às reações e ao comportamento do médico, ao se encontrar na condição de paciente, os doutores Emanuel e Francisco falaram de suas angústias, quando tiveram experiências com a possibilidade da morte ou quando o diagnóstico da patologia demorou a ser precisado pelos colegas.

Relatou o Dr. Emanuel:

JULIANO: Como o senhor cuida da sua saúde?

Dr. Emanuel: Rapaz, isso é uma coisa que eu não cuido. Ela vai... vai indo! Eu já operei e já tive câncer duas vezes. Eu tive pólipos, que eu demorei a chegar num diagnóstico porque os colegas não chegavam a conclusão nenhuma. Fazia exame disso, exame daquilo, não sei o quê, e tal! Até que eu resolvi fazer uma radiografia com contraste e, como o contraste não passou, eu disse: "Tem alguma coisa errada." Fui para São Paulo.³ (...) Aí, quando foi em 95. Não, em 96, eu senti aquele incômodo aqui do lado direito. Então, eu apertei. Era um troço grande aqui. Era, assim, desse tamanho (mostra, gesticulando com as mãos). Eu sentia o tamanho, o volume. Aí, eu fiquei meio apavorado! "Nessa daqui eu entrei pelo cano." (...) Eu operei. Era desse tamanho, do tamanho de um coco. O doutor X. me operou.⁴ Tirou o rim todinho. Eu não tenho esse rim direito (apontando) e estou aqui, pra fazer história, pela segunda vez.

O Dr. Francisco afirma que, ao saber de sua hipertensão arterial, passou a viver, constantemente, preocupado com a possibilidade de ter um enfarte fulminante.

³ Curiosamente, alguns entrevistados se queixaram, direta ou indiretamente, quando um paciente adota uma postura como esta, em recorrer aos serviços médicos fora da região.

⁴ Um médico bastante conhecido na cidade de Porto Velho.

Sua atitude mudou, inclusive no que diz respeito aos cuidados com a saúde em geral, a partir do momento que se surpreendeu com a condição física de um paciente, o qual deveria ter um problema maior que o seu.

Dr. Francisco: Quando eu descobri a minha hipertensão arterial, eu tava, eu tava com hipertrofia ventricular no meu coração. Eu tive que fazer uma cineangiocardiorrafia, lá no UNICOR, em São Paulo. Quando eu estava fazendo a cineangiocardiorrafia, eu achava que eu só conseguiria sair com uma ponte de safena. Então, eu já estava com o espectro da morte, de morrer no exame, morrer na sala de operação. Isso me fez sofrer muito. E, confesso, que passei deprimido seis meses - com medo de morte súbita pelo problema do meu coração. E já se passaram oito anos e eu estou vivo; vivendo normal, jogando futebol, jogando bola. Mas isso me deu uma lição muito grande a respeito da vida. Eu que tinha tanta preocupação por medo imediato da morte, passei a não ter esse medo. Tudo isso baseado em experiências de fé cristã a Jesus. Diz assim: “Não se preocupem com o que haveis de comer e vestir. Olhai os campos, os pássaros do céu que não plantam nem colhem” Então, eu aprendi em lições de Jesus, que eu não posso acrescentar nada à minha vida, com as minhas preocupações. As preocupações estressam e tiram até a qualidade de vida. Eu tomo remédio para o coração bater certo, eu tenho arritmia. Eu tomo remédio. Nesse período de depressão, um dia, foi no meu consultório um paciente. Quando eu vou examiná-lo, vou medir a pressão dele, eu não consegui medir a pressão porque os batimentos não batiam com o estetoscópio corretamente. Eu não sabia dizer onde era a mínima e a máxima. Eu nunca vi um coração bater tão errado. Eu perguntei:

-“Você sente alguma coisa?”

-“Não sinto nada!”

-“Qual a sua profissão?”

-“Eu sou lixeiro da prefeitura. Eu corro atrás do caminhão do lixo.”

Eu vi um homem, com o coração batendo errado, correndo atrás de um caminhão de lixo. Carregando peso, com preparo físico enorme e sem sentir nada! Sem sentir que o seu coração batia errado. E vivo! Naquele dia, eu aprendi uma lição: Deus tira, batendo com o coração certinho e, deixa, com o coração batendo errado. Então, é a soberania da morte.

Temos, assim, uma inversão de posições: é o paciente ensinando e levando saúde ao médico. O paciente, que foi até o profissional buscar a “essência” do saber para se livrar da ameaça da morte, possibilitou ao médico - em função da relação estabelecida pelo *diálogo* – a percepção que o seu pavor incontrolável da morte não tinha tanta razão em existir. Com a maioria dos entrevistados, falar sobre sua saúde, levou-os, invariavelmente, a discursar sobre a onipotência e a impotência médica frente à morte e ao morrer, como veremos a seguir.

4.b) A morte e o morrer no discurso do médico

No item anterior foi mencionado a postura de alguns entrevistados em transferir seu poder, sua autoridade médica, para as crenças religiosas – suas ou do paciente.

Essa transferência de poder é feita, também, por todos os outros médicos, porém limitando-se à tecnologia disponível, principalmente, no que se refere aos medicamentos prescritos.

Ao deparar com a eminência da finitude, a relação médico-paciente é posta em xeque, pois a autoridade e o saber do primeiro irá se sucumbir à “soberania da morte”, como destacou o Dr. Francisco, citado linhas atrás.

O médico, deixando de ser o senhor da situação, pelo menos na percepção do doente, também se vê no infortúnio da impossibilidade de transferir seu poder para algum artefato químico ou tecnológico.

Quando um paciente chega a uma fase terminal, antes dele morrer, é muito difícil administrar aquela questão. Porque eu mantive sempre a esperança dele acesa, mantive ele querendo viver, que ele continuasse tocando a vida dele, tocando o barco dele. Chega um momento que o barco começa a afundar devagarinho, devagarinho. Ele me cobra e eu não consigo. Eu tenho limites. Esse, esse morrer... Esse período, antes da morte, é o mais difícil da gente administrar.

Dr. Lázaro

Zaidhaft (1990:129), aponta para este mesmo problema da prática médica referido pelo Dr. Lázaro. Segundo esse autor, é um problema que o profissional de medicina começa a enfrentar na faculdade.

A maior dificuldade surge na situação-limite: o vivo que está próximo à morte, o futuro morto. Bem, “futuro morto” somos todos, mas, aqui, nos referimos à pessoa que tem uma doença, reconhecida como tal, e está à morte. (...) não é exatamente lidar com a morte a situação mais difícil (...) mas, sim, o acompanhar o paciente vivo que irá morrer.

Conviver, portanto, com a morte que se personifica e se concretiza em alguém pedindo (direta ou indiretamente) socorro, impõe ao profissional as

alternativas humanas mais corriqueiras a esse fenômeno, que é fugir (negando) ou se resignar ao inevitável.

Você vê que não adianta fazer mais nada porque não vai resolver. E, aí, você tem que se conformar que você fez o que foi possível, mas não dependeu de você. Existem muitas coisas acima das nossas, dos nossos conhecimentos, da nossa voca[ção]. O que a gente poderia fazer para essas coisas? O médico tem que aprender a conviver, senão ele é que acaba perdendo. Para nós, médicos, que nos acostumamos com a morte, é apenas mais um caso que passou. Mesmo porque, nós não podemos... E eu admito que seja muito sensível para essas coisas, mas, não podemos ficar nos lamentando coisas que não podemos tomar uma atitude. Seria muito, vamos dizer, martirizante, para o médico se ele dissesse: “Poxa! Poderia ter feito isso, mais aquilo...”

Dr. Emanuel

Diferente do manifestado no discurso do Dr. Emanuel, os médicos colocaram que realmente se martirizam com a perda de seus pacientes. Isto foi exposto na fala da Dra. Gabriela, que disse temer o castigo de Deus em função da morte de algum paciente. Sendo um evento da rotina hospitalar, afirma ter dificuldade em se desvencilhar de tais preocupações ou de ser afetada pela dor dos pacientes e familiares: “... isso é meio difícil da gente não carregar.” – enfatizou.

Para o Dr. André, a morte é sempre algo dolorido e inevitável para quem exerce a medicina. Ao tocar no assunto, respirou profundamente e disse que iria falar de forma poética: “Ela é intermitente, dolorosa e inesquecível!”

O Dr. Carlos, por sua vez, trouxe um discurso que pareceu-me contraditório ao procurar apresentar a morte como algo "normal", mas denotando não conseguir se manter incólume.

Convivi dez anos em UTI. As pessoas me perguntando se eu já vi um paciente morrer. Dá uma vontade... “Como que o senhor acha que é uma UTI?” - A morte, dia a dia, nossa! É corriqueira! A morte é, para muitas pessoas, uma funerária, um enterro, um caixão, é um cemitério... A morte é... a morte é... muito mais rica para mim. A morte é um processo tão normal quanto nascer. O fato de eu *ver a morte nos outros*, me reforça, em mim, *o prazer de viver*. A convivência da morte me endureceu. Me endureceu, mas ao mesmo tempo me amadureceu. Maturidade é isso! Eu não diria que eu não tenha medo de familiares, de uma pessoa querida, de um filho meu venha morrer, dessa ou daquela maneira. Mas, eu vou te dizer assim: Eu sinto medo por eles!

O Dr. Ignácio, por sua vez, nomeou os sentimentos oriundos dessas vivências de “meus fantasmínhas”. Foi categórico em afirmar que a “pior parte da profissão é a questão do óbito.” Acrescentou mais:

Dr. Ignácio: Olha Juliano, perder pessoas sempre foi um problema pra mim. Quando meu pai (pausa) finalmente morreu, eu passei a ter um medo doentio de perder um filho. Eu tenho muito medo, assim, uma fobia. Eu não sei! Mas, é uma coisa que eu não gosto nem de pensar. Talvez, isso tenha se exacerbado vendo os outros perderem os seus filhos. Algumas vezes, esses pacientes passaram na minha mão, pacientes onde eu intervi e, a minha arte, a minha capacidade, não foram suficientes. Então, essa é a emoção mais difícil de lidar. Eu costumo chamar isso dos meus fantasmínhas. Eu guardo cada um deles, junto comigo. Os que mais me marcaram... os que mais me marcaram eu sei te dizer até o nome. Eu lembro aqueles por quem eu mais briguei, ou aqueles que eu acho que não fiz tudo aquilo que eu poderia ter feito. Isso é difícil, sabe? Muitas vezes, você... Bom, e se eu tivesse feito diferente? [reflexivamente] Será que eu não poderia ter dado uma chance maior? Entende? Então, existem pacientes que marcam.

Alguns entrevistados disseram que o motivo pelo qual deixam ou evitam atender pacientes crônicos, ou portadores de doenças terminais, é a necessidade de, muitas vezes, serem obrigados a se justificarem perante seus familiares ou, ainda, terem que suportar junto com eles a dor da perda.

Eu não pego... Eu não fico acompanhando pacientes crônicos, né? Normalmente, os meus pacientes crônicos são transferidos. Eu não tenho pacientes graves, graças a Deus! (risos) Mas, é uma benção! Quando vem um paciente crônico, você tem de transferir, porque o especialista tá no outro hospital. Mas, à distância, você vai acompanhando... A sensação é muito ruim. É uma sensação de impotência muito grande e de desalento. Às vezes, dá vontade de fugir. Às vezes, não dá vontade de ter contato com a família. Não dá vontade de saber. A gente perde muito...

Dra. Gabriela

Você fica com aquilo. Mas é uma coisa que passa, realmente. Você sente, mas nunca você vai sentir como a família sente aquelas perdas. Graças a Deus, o *meu índice de mortalidade*, dentro do hospital - não sei se é coincidência – mas, é baixo. Eu tenho perdido muito pouco doente. Os casos, assim, que dá pra transferir, eu tento fazer força pra mandar embora. *Outro dia* mesmo, há uns *quatro anos atrás*⁵, recebi uma criança com tumor cerebral. Foi pra São Paulo. Agravou, tirou, fez meningite duplo e voltou. Mora num buraco, onde não tem energia, não tem água, não tem nem casa. A casa é de palha. Ela acabou ‘caindo’ aqui, no meu consultório.

Dra. Helena

⁵ Muito parecido ao que foi comentado em relação ao Dr. Francisco no final do item 3b desta *Análise*. (Ver páginas 136-7) Esta dissonância temporal do discurso da entrevistada, demonstra o quanto ainda se faz presente, em sua consciência, o fato ocorrido.

Nas falas dessas duas entrevistadas existe uma constante ressalva quanto ao fato de suas respectivas especialidades não serem diretamente responsáveis por pacientes portadores de doenças graves. Isto parece aliviá-las do peso de cuidar de um paciente que venha falecer ou esteja sob tal ameaça. No entanto, dentro da instituição em questão é inevitável atender ou, simplesmente, deparar-se com alguém nessas condições.

Suas atitudes, diante destas situações, acabam por se resumir nas expressões: “eu transfiro”, “faço força para mandar embora”, cujo enunciado não descreve um mero procedimento médico, mas apresenta um tom nítido de quem deseja manter à distância algo que muito lhes incomoda.

Sobre estes sentimentos paradoxais que envolvem o trabalho num ambiente onde a morte é, às vezes, banalizada, um pediatra fez o seguinte comentário:

Entrevistado: As perdas são complicadas. Mas, parece que os pais estão muito mais acostumados com perdas do que a gente.

JULIANO: Como assim? Eu não entendi.

Entrevistado: Não entendeu?

JULIANO: Não.

Entrevistado: É que, geralmente, as crianças que vão pro (hospital) uma, duas, três vezes, são aquelas que você tem mais contato e que tem, também, mais condições de ir a óbito. Eles [os pais] estão acostumados porque já perderam outros filhos. Às vezes, até choca: “Se Deus não quiser ele com a gente... não fica!” - Entendeu?

No processo de interação com o paciente, é possível que o médico estabeleça uma contratransferência, isto é, projete suas fantasias e seus temores, principalmente, quando o profissional não consegue compreender o que lhe é solicitado pelo enfermo e seus familiares.

Quando o entrevistado diz ter ficado surpreso com a “frieza” do familiar, demonstra ter dificuldade em compreender os sentimentos subjacentes que possam existir diante este tipo de reação. Essas pessoas, suponho, não estão “mais acostumadas” com a morte de seus familiares e, sim, estariam *acostumadas* com o que é oferecido pela instituição, incluindo a desatenção aos seus sentimentos.

Se houvesse a oportunidade do profissional escutar os pacientes, seria possível que ele entendesse melhor o que leva o enfermo (ou o familiar) a discursos,

como: “Se Deus não quiser ele com a gente... não fica!” E, talvez, possa também discernir os sentimentos que tais enunciados lhe provocam internamente.

O fato do fenômeno transferencial não ser ao menos observado, dentro da relação médico-paciente, facilita a existência de uma *incomunicação* entre ambos e, às vezes, promove uma resistência às manifestações subjetivas que estão inseridas nas queixas do enfermo. Um exemplo disso, pode ser verificado no recorte discursivo de um cirurgião.

Entrevistado: Chega uma paciente aqui⁶, queixosa, com ansiedade, querendo ter um tumor na cabeça. Isso é muito comum. As ditas cujas chegam jurando ter um tumor na cabeça. Elas já trazem os maridos, para fazer o marido sofrer. Ela está lacrimosa! Eu chamo ela porque, nesse exato momento, eu tenho um paciente com câncer, com um tumor que o faz implorar para ficar um *tempinho* mais vivo.
 -“Ao que me consta, senhora, é uma tomografia normal. Eu não sei o tanto que a senhora deseja ter um tumor na cabeça. Eu não desejaria!”
 Aliás, eu acho isso injusto com os que têm. É um desrespeito com os que têm. Porque se ele está, lá, brigando, para ficar mais um dia vivo. Essa senhora aqui... (suspirando).

Diferente de tal postura, é a experiência relatada pelo Dr. Francisco que, ao atender um cliente, cujo coração batia num descompasso bizarro, o fez resignificar o próprio problema cardíaco. Relembremos:

Dr. Francisco: Naquele dia, eu aprendi uma lição: Deus tira, batendo com o coração certinho e, deixa, com o coração batendo errado. Então, é a soberania da morte. Esse fenômeno morte não é minha, é de Deus. Então, ontem eu quis saber para onde é que eu vou. Então, hoje, eu não tenho medo da morte. Eu não tenho medo do meu coração bater errado. Quantas vezes eu estou sentado nessa cadeira, aqui, atendendo, e o meu coração começa a bater errado. Às vezes, eu passo mal. Penso que vou desmaiar (gesticulando como se caísse, batendo com o punho fechado no peito) Pá! E volta a bater certo de novo! O paciente diz:
 -“O que foi?”
 -“Não. Eu senti um negócio. Meu coração estava batendo errado.”
 Um dia, ele vai me pregar a peça final. Mas, eu não posso me preocupar com o dia que ele vem e que ele vai pregar a peça final. Eu estou preparado para morrer. O espectro de morte pra mim não é mais perda, é ganho!

A fala do entrevistado revela que esse processo de mudança é gradativo e bastante penoso, mesmo para quem convive constantemente com a morte. É,

⁶ Referência ao consultório particular do entrevistado.

também, contingente aos eventos que acontecem dentro e fora do espaço hospitalar e ao interesse do profissional em rever suas atitudes.

O Dr. Diogo ressaltou, também, o seu crescimento pessoal e profissional a partir do contato com os seus pacientes, principalmente, do ponto de vista da relação com a morte e com o morrer.

Dr. Diogo: Passei a vê-la com naturalidade... Não com falta de sentimento. Não com falta de dor! Até, porque, não seria natural. Com certeza! Posso me referir não só à morte, mas também à minha luz, porque a morte vem através da minha luz. Eu queria ter uma convicção interna do amanhã. Certo! Transcendente! Que, realmente, existe uma continuidade. Ver a morte de outra maneira veio, justamente, com a experiência profissional.

O Dr. Lázaro disse que a morte é a sua parceira, que ronda a sua vida com todo o mistério que lhe é peculiar. Acrescenta que só uma “toupeira”, executando um tipo de serviço igual ao dos médicos, não se envolveria. Afirma que, para administrar o que “não dá para administrar”, procura tomar várias atitudes, inclusive, a de ir aos velórios dos seus pacientes.

Dr. Lázaro: Rapaz, a morte é a minha parceira de todos os dias... Ela ronda a minha vida. Ronda! É parte do meu trabalho. (pausa) Rapaz, como é que você vai lidar com uma coisa tão misteriosa, né? Que não dá pra você administrar? A gente aprende a se defender. A gente aprende a se defender porque existe um envolvimento grande com o paciente e, normalmente, com a família. A gente se envolve muito, não tem como não se envolver. Só se você for uma toupeira, não se envolve. Quando ele morre, eu já desenvolvi mecanismos de defesas naturais. Se eu for chorar todo paciente meu, que morre, eu... Ocasionalmente, isso é inevitável! Ocasionalmente, é inevitável! Na medida em que ele tem confiança em mim e gosta de mim, eu também gosto dele. Eu vou ao velório de todos os pacientes meus. De todos, eu vou ao velório. É uma forma de eu ser solidário. É uma forma de administrar, internamente, comigo mesmo, a minha impotência quando esses pacientes morrem.⁷

Segundo Adib Jatene (In: Rossi, 1999), essa postura de ir ao velório do paciente, seria sinal de que o médico procurou enxergar a pessoa do doente, não o desconsiderando, em nome da burocracia e procedimentos técnicos.

Agora, se você está tratando um doente, ele morre, e você tem medo de enfrentar a família, você não foi médico, você foi um técnico que estava tratando uma doença de alguém que você não sabe quem é e por quem você não tem o menor interesse! Então, é esse enfoque, esse lado humanista da

⁷ Esta atitude do Dr. Lázaro me fez lembrar da seguinte afirmação de Zaidhaft (1990): “... o corpo ainda tem algo de vida, pela emoções que desperta nos vivos.” (p.128).

profissão, que a tecnologia está fazendo que se perca. E é esta a base da perda do prestígio da profissão médica! (p. 160).

Entendo que estas palavras falam por si e, ao mesmo tempo, resumem o tópico em discussão. Ou seja: a prática médica de lutar pela vida implica na dialética de sua relação com a morte e com o morrer. Deve estar preparado para lidar com tais questões, tanto na relação consigo mesmo, quanto na relação com seus pacientes e seus familiares.

PARTE IV:

Discussão e Considerações Finais

DISCUSSÃO

... cada qual em seu canto.
Em cada canto, uma dor!
Chico Buarque

Os relatos dos entrevistados trazem a revelação de que a instituição hospitalar é marcada pelo sentimento de solidão e pela ausência de comunicação entre os seus agentes e, destes, com a clientela. Uma *incomunicação*¹ que se manifesta principalmente nas situações de maior dor, tanto para os enfermos, quanto para os médicos e demais servidores.

O médico, por ser o agente de maior poder dentro da instituição tem um papel de suma importância para que a comunicação ocorra, ou não, dentro desse espaço. No entanto, os discursos destes profissionais apontaram nesta pesquisa para a formação acadêmica como o momento no qual é reforçada a não atenção, ou mesmo a negação, dos fenômenos intersubjetivos que ocorrem no contato com o doente. Dessa forma, é facilitada a postura de pouco valorizar a escuta, exceto para a execução de “um bom diagnóstico”, como nomearam nas entrevistas.

Os entrevistados revelaram que a preocupação maior, desde os primeiros atendimentos como acadêmicos, é ‘acertar’ o diagnóstico e que, para isso, é importante conversar com o paciente. Porém, em poucos momentos, houve menção à possibilidade de que o *encontro* com o paciente pudesse apresentar um efeito terapêutico.

Apesar de pouco se falar diretamente, que a relação médico-paciente faz parte do tratamento, alguns sujeitos apontaram para a necessidade do paciente ser escutado, de forma atenciosa, em suas lamúrias e até em suas queixas, as quais, aparentemente, não se relacionam com os sintomas.

¹ Cf. Bleger, 1984: 61 (Ver: *As instituições e suas representações*. p. 44 e 45).

O fato marcante desses enunciados é que os mesmos foram expostos a partir das queixas dos entrevistados quanto à impossibilidade de se efetuar, dentro da realidade institucional, aquilo que eles entendem como essencial para um bom atendimento ao enfermo. Tal impossibilidade seria uma decorrência das barreiras impostas pela própria instituição, principalmente devido à conjuntura marcada pelo não oferecimento de condições mínimas para a realização dos serviços requeridos, tanto no âmbito material como humano.

Dr. Lázaro: Lá, não é possível dar atenção - por falta de condições materiais, por falta de tempo. Como é que um médico vai atender cem pessoas em um dia e dar atenção pra elas? Ele morre, ele morre. Sei lá! *De sangramento da alma!* Dá um sangramento na alma e ele morre se for dar atenção pra cem. É impossível! É impossível naquele sistema. Não existe atenção. Eu não acredito em atenção naquele sistema.

Nesse momento, a falta de comunicação aparece mais uma vez reforçando o sentimento de impotência (ou inutilidade, como mencionou o Dr. Ignácio), porque coloca cada médico numa situação de solidão, embora os problemas sejam comuns a todos. Esta situação leva ao sentimento de impotência, porque embora exista a consciência do grande poder da categoria - face à imprescindibilidade da profissão em qualquer sociedade - este não é usado em decorrência das próprias resistências da classe médica para uma ação em conjunto. Tal ação, segundo alguns entrevistados, deveria se direcionar para as mudanças profundas no sistema de saúde, independente do interesse salarial.

O médico tem um poder imenso que não sabe. O médico tem um poder tão grande que poderia fazer qualquer coisa. Tem acesso ao diretor a hora que quiser, ao secretário da saúde, ao governador. Este é um pouco mais difícil, mas consegue. Agora, ele, sozinho, não adianta. Já fui três ou quatro vezes, só esse ano. Só que o difícil é conscientizar toda a classe. O médico unido tem um poder que tu nem imagina. Igual caminhoneiro que atravessa um caminhão na estrada e pára o Brasil inteiro, né? Quer dizer: o médico tem um poder na mão, mas não sabe a força que ele tem. Unir a classe médica é uma coisa extremamente difícil.

Dra. Joana:

Acho que, como médico, eu tenho de ir lá... a gente tem, se a gente quisesse, brigava. Se a gente quisesse melhorar, pelo menos pressionar... A gente só sabe se reunir pra falar de salário.

Dra. Gabriela

O discurso, a partir dessas reflexões, e da constatação da solidão frente aos problemas da instituição e de todo o sistema de saúde, passa a ser: “eu faço a minha parte” ou, “eu vou fazer o possível”.

Entendo que, agindo dessa forma que ora se relata, o médico se desvencilha de qualquer compromisso como agente de transformação, colocando-se na mesma posição de submissão na qual se encontra a maioria dos pacientes. Os protestos se limitam às *introspecções* e, por isso, ocorrem em silêncio. Dizendo isso de outra maneira, os discursos expressam atitudes que apontam para uma conformação com a “realidade”.

Essas atitudes apareceram em vários momentos dos discursos dos sujeitos pesquisados e foram tão freqüentes que se pode observar um atravessamento dessas falas em todos os eixos temáticos abordados na *Análise*. Em suma, revelaram uma desesperança em relação às possibilidades de mudanças. Alguns entrevistados, sobre isso, foram contumazes em criticar, tanto a ação médica - incluindo as deficiências no momento da formação - quanto à conjuntura da instituição. Outros, embora registrassem esses mesmos problemas, buscaram justificar a origem e o motivo pelo qual são mantidos.

Quanto ao primeiro caso, têm-se, como exemplo, os fragmentos a seguir:

(...) eu diria que, com exceções, as faculdades ensinam o médico a ganhar dinheiro. Ter consultório cheio de clientes e bastante dinheiro.

Dr. Lázaro

Então, você chega lá e encontra uma criança, como, por exemplo, recentemente, uma criança de quatro meses com a barriga aberta. Aí, você diz: “Tudo bem! Vou fazer o que tá ao meu alcance”. Isso serve pra adormecer a tua consciência, um pouquinho. “Vou fazer o que tá ao meu alcance, tá legal!” O que tá ao meu alcance, é muito pouco [mudando o tom da voz] pra manter essa criança viva! Precisaria ter uma UTI que preste, precisaria ter um consultório adequado, precisaria ter um laboratório melhor. Precisaria ter... Porra! [batendo na mesa, com voz engasgada, segurando-se para não chorar] Precisaria ter um hospital que preste!

Dr. Ignácio

No que diz respeito aos enunciados que buscavam justificar sejam os problemas institucionais, sejam os de responsabilidade do médico, as falas dos doutores André e Emanuel se destacam.

O hospital não é o melhor hospital do mundo, não é o melhor, mas eu posso garantir, também, não é o pior hospital do mundo. Eu sei que se eu internar (...) vai ser bem tratado. Vai ser recebido o medicamento no horário e, fundamentalmente, vai ter uma boa alimentação - com certeza.

Dr. André

Eu me sinto, assim: esgotado, exaurido e explorado, profissionalmente. Mas, eu compreendo que o governo não pode fazer mais que isso, porque ele não tem verba.

Dr. Emanuel

O ponto comum entre esses discursos é que eles expõem uma conformação ao *status quo* e uma crença no sentido de que não há perspectivas de mudanças.

O resultado dessa atitude é uma postura de exclusão, tanto das próprias responsabilidades frente a certos problemas institucionais, como em relação ao resultado desta situação para o enfermo hospitalizado. Um exemplo disso é o fato de terem apontado inúmeros itens que precisam ser mudados, mas pouco se falou da necessidade de modificações no relacionamento humano dentro da instituição, incluindo as atitudes e hábitos dos próprios médicos.

Os enunciados discursivos revelaram, apesar disso, que há a consciência por parte do médico de que as relações com o enfermo envolvem questões que vão além das formalidades corriqueiras como, por exemplo, o diagnóstico de sintomas ou o levantamento de hipóteses acerca das possíveis causas da patologia. Aparece inclusive, a nomeação da "*transferência*" para alguns dos investimentos dos pacientes. O problema, porém, estabelece-se em *como* operar a relação a partir de tal constatação.

Quando percebem essa ocorrência demonstram que se sentem desguarnecidos por não possuírem instrumentos para poderem lidar com tais manifestações, assim como em relação à ressonância das mesmas, internamente.

A Dra. Helena pontuou que o fenômeno transferencial é algo positivo, pois torna a relação *menos fria*, embora o envolvimento com o paciente possa trazer alguma forma de *prejuízo* para o profissional. Outros, como os doutores Diogo e Emanuel, destacaram nas ocorrências transferenciais, o fato deste fenômeno deixá-los em uma “posição de vantagem” perante o paciente, favorecendo a confiança deste no trabalho do médico.

Essa “posição de vantagem” significa, em outras palavras, a suposição de saber o que o paciente atribui ao médico. Suposição esta que possibilita o exercício da autoridade do profissional frente àquele que lhe investe de tal poder.

Pode colocar vinte enfermeiras e vinte auxiliares, tá! Se tu disseres uma coisa e eles disserem o contrário, vai valer a tua palavra, porque, na verdade, ele confia, tá?! É como eu disse: ele atribui super poderes que, na realidade, não temos.

Dr. Carlos

Tal autoridade poderia, por exemplo, ser exercida de forma a influenciar o paciente a mudar seus hábitos ou a tomar providências necessárias em vistas ao seu restabelecimento.

Foi ressaltado, por outro lado, que os sentimentos emanados pelo paciente nem sempre são positivos, mesmo quando há uma postura de submissão. Sobre estas situações, quando o comportamento do enfermo é hostil, imprevisível e fora do controle do profissional, os sujeitos da pesquisa revelaram que se encontram ainda mais desamparados tecnicamente.

As queixas em relação a esse desamparo se dirigiram tanto ao despreparo profissional para tais questões, como também foram manifestadas em forma de críticas ao comportamento do enfermo. Em outras palavras: ora foi culpabilizado o médico, ora foi o paciente.

Em relação ao despreparo houve críticas à formação acadêmica ou foram feitas justificativas para o fato da mesma não abranger conteúdos e treinos para o contato com o doente.

Aqueles que disseram terem recebido alguma informação a respeito disso, tendo sido alertados para as manifestações transferenciais, ressaltaram que se tratou de uma ação isolada, por parte de um professor ou um pequeno grupo deles. Não havendo, portanto, um programa instituído e sistematicamente dirigido a todos os alunos do curso.²

Quando o paciente foi colocado, em alguns enunciados, como o responsável pelos transtornos da relação, essas mesmas falas tenderam, muitas vezes, para a negação do seu caráter de reciprocidade. Os entrevistados que fizeram tais manifestações apontaram para algumas situações específicas, como: pacientes agressivos ou que se dirigem ao hospital de madrugada, mas a queixa e o problema diagnosticados não são percebidos como urgentes; enfermos enamorados; ou, ainda, atitudes de endeusamento do médico.

Os pacientes agressivos e inoportunos foram descritos como problemas, enquanto (ou quando) não há a possibilidade de encaminhá-los para outro médico. Ocorrendo isso num hospital público, onde raramente existe a possibilidade de escolha entre as partes envolvidas. O resultado, ainda segundo o discurso dos entrevistados, é o de um maior distanciamento. Nos termos aqui utilizados, seria um exemplo mais gritante da *incomunicação* institucional.

Esse distanciamento e essa incomunicação ocorrem, muitas vezes, mesmo quando se percebe, nas atitudes do doente, uma reação explosiva aos infortúnios que ele pode estar vivenciando naquele momento. Em outras palavras, o paciente pode, às vezes, ser rechaçado mesmo quando o profissional tem a consciência de que foi um descontrole emocional passageiro, decorrente das dores que o assolam.

A dificuldade do profissional de fazer uma *leitura* dos motivos subjetivos das queixas ou do comportamento do enfermo, também apareceu em alguns relatos. Nesses casos, por exemplo, eram descritas solicitações de atendimento nas quais se

² Ao falarem destas características da formação, alguns entrevistados registraram a falta de um trabalho de apoio psicológico e até de triagem para aqueles alunos, segundo os mesmos, com distúrbios psíquicos. Estes enunciados foram reforçados na segunda entrevista, principalmente, após um incidente, ocorrido em novembro de 1999 e amplamente divulgado pelos meios de comunicação, no qual um aluno de medicina feriu e matou algumas pessoas num cinema de São Paulo.

constatava que o paciente “só queria conversar”, sendo sua queixa entendida como inoportuna.

Sobre isso, registro, novamente, alguns fragmentos expostos na *Análise*:

Dra. Joana: Tinha um professor, na faculdade, que era cirurgião torácico. Ele contava um caso que aconteceu com um paciente que levou um tiro no tórax, uma coisa assim. Ele foi lá e fez uma incisão em todo o alto do tórax dele. Ele ficou com uma cicatriz enorme, mas sua vida foi salva. Aí, o paciente, pro resto da vida, chegava lá e dizia:

-“Doutor, o senhor me salvou, mas me deixou uma cicatriz.”

Quer dizer, o paciente dava mais valor para a cicatriz do que para o fato de se ter salvado a sua vida. Como a vida dele já estava salva, isso não importava mais. Ele queria era saber da cicatriz.

Dr. André: Tem aquelas pessoas que, independente, de classe social que vai lá por ir... Vai lá pra chegar e conversar. Por incrível que pareça, por alguma doença qualquer. O tratamento deve ser dado para aquelas pessoas que, realmente, necessitam. Agora, se o paciente chega lá, cheio de si, entendeu? Uma expressão de acadêmico: *come jabá pra arrotar caviar*. Aí, o assunto não é bem por aí, não! Recebe o mesmo tratamento, recebe o mesmo tratamento!

Dra. Helena: Para o médico não é fácil levantar e dar um plantão. Ele trabalha o dia inteiro e à noite, ele vai dar um plantão. Três horas da manhã ele levanta e vai atender uma criança que tá com sapinho. É uma coisa que não aparece da noite para o dia e nem é uma urgência pra você precisar ir de madrugada pro hospital. Acontece que, as pessoas, elas não têm noção disso. Elas acham que o médico tá de plantão e tem de ir pra lá vinte e quatro horas.

Fica evidente, diante desses relatos, que o profissional, às vezes, demonstra ignorar que o paciente está incapacitado, emocionalmente, para deduzir se aquilo que está sentindo é, realmente, grave ou não. Ou ainda, que este mesmo paciente não consegue discernir quais os procedimentos e o momento adequado para sanar sua dor. Seriam, portanto, estas as razões para a procura do médico - nem que seja apenas para conversar ou ter sua atenção.

A gente ouve isso dos pacientes:

-“Eu chego sofrendo e só o fato de você chegar e colocar a mão em mim, às vezes, não precisa nem de remédio, já melhora.”

Dr. Francisco

(...) como eu disse ainda, agora, e vou repetir, muitos pacientes saem daqui já com trinta por cento de melhora no seu estado geral - moralmente falando. *Não é que ele*

tenha tomado nada. Mas é que eu incuti confiança nele. Que ele ia ficar bom e que vai ficar bom.

Dr. Emanuel

Em relação aos pacientes que se põem numa atitude de enamoramento, o discurso da maioria dos médicos ficou dentro da ordem do *não-dito*. Poucos fizeram menção, de forma direta, ao fenômeno, deixando transparente que isto muito os incomoda, embora não neguem ser prazeroso receber um galanteio, mesmo oriundo de um paciente ou seu familiar.

Na metade dos meus casos, o problema que ocorre, realmente, é com aquele amor fraternal, entendeu? Ocorre sim, ocorre sim... Daí, na verdade, se você atender bem, se você atender bem o paciente, com certeza, o paciente, de uma certa maneira, vai virar seu amigo. Vai ter aquele amor fraternal. Claro, existem algumas distorções por aí... que não vem ao caso.

Dr. André

Isso é cada vez mais possível, cada vez mais perigoso, principalmente, hoje, com essa liberdade sexual. Uma pseudo-liberdade sexual da mulher. Ela diz o que pensa, faz o que quer e vai em cima do que quer. Não importa isso. Então, hoje, é muito mais freqüente. Posso dizer assim que eu recebo muito mais cartas de parentes de familiares que acompanham o paciente. Declarações de amor, assim, absurdas. Você não pode nem imaginar. Moças com idades tão distantes da gente, né? Vinte, vinte e cinco anos, trinta anos de diferença. Meninas fazendo declarações sentimentais. O universo de pacientes atendidas é muito grande, principalmente, no centro cirúrgico. Também tem um fluxo familiar muito grande em torno daquele paciente. Esses contatos se dão e começa daí a transferência, nesse sentido... Transferência perigosa, mesmo!

Dr. Francisco

Sobre a atitude do enfermo em colocar o médico numa posição divina, os entrevistados afirmaram que isto tende a levá-los a sentimentos ambivalentes, pois não conseguem esconder que é gratificante, mas, também, algo gerador de muita angústia e cobranças – internas e externas - para a consumação da cura.³

É óbvio, que todos nós temos algo de divino, mas não no grau que o paciente transfere para você. Aquele sentimento de gratidão, aquele sentimento terno que transfere, que também pode ter sentimento hostil. Agora, cabe a nós sabermos lidar com essa transferência. E seria hipocrisia dizer que não gosto. Por que, que não?! Eu gosto sim, eu sou humano! Me agrada essa imagem de divino. (risos) Claro que não estou neste grau, de divino, que coloca o paciente.

Dr. Diogo

³ Estes problemas e paradoxos do exercício médico, especificamente por se esperar dele infalibilidade, apesar de saber que isso é impossível, levou-me a associar tal peculiaridade à expressão usada por Freud (1976e:341) segundo a qual existem três profissões impossíveis: educar, governar e curar.

Depende como o paciente nos introjeta. Para o paciente, nós somos aquele que temos o poder da vida e da morte, quando, na realidade, nós não somos nada disso. Nós, simplesmente, somos técnicos e mortais. Cheios de defeitos.

-“Não compare com Deus no céu. Eu aqui sou humano como o senhor. Não confunda as coisas. Eu não tenho nenhum poder imbuído, que tenha sido atribuído por Deus de fazer nada excepcional. Eu sou apenas um técnico tentando fazer o meu trabalho bem feito, e só!”

Dr. Carlos

Sentindo-se incapazes de corresponder a todas as expectativas dos enfermos, os médicos acabam por limitar o usufruto de sua autoridade para mantê-los à distância. Assim, inibem ou amenizam as cobranças, mas acabam transferindo suas responsabilidades para os instrumentos técnicos, como os remédios, por exemplo - ou, surpreendentemente, para a religião.

É ignorada, quase completamente, a força da sugestão do médico ao administrar um fármaco. O *efeito placebo*⁴ é descartado, não sendo usados mecanismos sugestivos que poderiam potencializar o remédio prescrito, conforme descreve Balint na citação a seguir.

Durante vários anos originou-se na Clínica Tavistock seminários de pesquisa destinados a estudar as implicações psicológicas da clínica médica geral. (...) A discussão revelou rapidamente – com certeza não é a primeira vez que isto ocorre na história da medicina – que a droga mais freqüentemente utilizada na clínica geral era o próprio médico, isso é, que não apenas importavam o frasco de remédio ou a caixa de pílulas, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente – em suma todo a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida. (1975:05).

Limitando-se a registrar a prescrição medicamentosa no receituário, ou na ficha de acompanhamento do enfermo hospitalizado, o médico faz com que o paciente apenas ingira uma substância que ele mal sabe para o que foi indicada, tendo, simplesmente, uma fantasia a respeito.

O médico priva-se da possibilidade de valorizar o procedimento, dizendo ao doente quais serão os ganhos obtidos a partir da sua adoção.

⁴ “... a palavra *placebo* adquire uma dupla significação em virtude de uma espécie de ambigüidade significante: substitui o medicamento, como quer a etimologia, e agrada ao doente. O mais importante é que seja portado pelo discurso.” (Clavreul, 1983:219). Ver páginas 51 e 52 desta Dissertação.

A principal justificativa para o descarte do efeito placebo é, ao mesmo tempo, uma outra fonte de grande angústia para os médicos entrevistados. Trata-se do demasiado número de clientes que procuram a instituição. Nesta, além do número reduzido de funcionários e de médicos para algumas especialidades, as condições de trabalho ficam longe do ideal, conforme foi citado em vários fragmentos. Assim, é impossível oferecer a atenção necessária para todos os enfermos.

A *atenção* torna-se, como bem assinalou o Dr. Lázaro, o componente mais caro da atuação médica. Exigi-la, de quem não possui tempo e nem operadores técnicos para lidar com certas expectativas que lhe são depositadas, seria, realmente, provocar *sangramento na alma* dos profissionais - como também frisou o referido entrevistado.

Esse quadro ganha outro complicador com a presença da família, pois suas angústias podem se transformar em mais um obstáculo para a ação médica. Mais uma vez, diante de si, o profissional tem contingências com as quais não foi preparado para trabalhar.

Tais obstáculos e complicadores da ação profissional tendem a ficar exacerbados quando se trata do relacionamento com pacientes portadores de doenças terminais, ou quando ocorre um óbito. Nestes casos, todos os conteúdos marcados por tabus, que envolvem a percepção humana sobre a morte e o morrer, são somados aos problemas descritos nos últimos parágrafos. São situações difíceis de serem conduzidas, pois vêm de encontro ao epíteto da medicina de *salvadora de vidas*.

Essas situações obrigam o profissional a lidar, freqüentemente, com seus medos (ou fantasmas, como foi mencionado) e com a angústia humana diante do intempestivo e do desconhecido. Sendo momentos de muito sofrimento, para todos os envolvidos, o que se relata é a ocorrência de um grande silêncio. A impressão que registrei é a de que *se evita falar*, como uma forma de auto-proteção. Seria uma ‘opção’ por não “mexer” naquilo que tanto incomoda. Prevalecendo, exatamente, por não se saber como proceder diante das mesmas.

Não havendo forma de *remediar* a situação, alguns entrevistados afirmaram recorrer às suas crenças religiosas. Uma atitude louvável e inquestionável por seus ganhos. Porém, suponho, que nem sempre é bem recebida pelos pacientes. Ao recorrer à fé religiosa, dele ou do paciente, como uma forma de oferecer um amparo maior⁵, o médico pode levar o enfermo a se sentir ainda mais desesperançado e amargurado, pois, tal atitude, costuma ser adotada quando se constata a insuficiência do poder médico perante um quadro clínico irreversível.

No entanto, apesar deste risco, não posso deixar de registrar que, talvez, esta seja a única forma de alguns médicos, assim como pode ser deduzido das falas dos doutores André, Francisco e Gabriela, para mostrarem aos pacientes e seus familiares que eles têm limites, principalmente perante a inevitabilidade da morte e das carências da instituição.

Deus permite eu tratar, conhecer aquela patologia. Mas, o fechamento do... O fechamento quem dá é Ele, Jesus!

Dr. André

(...) eu tiro de mim uma responsabilidade maior, que eu acho que é o fato curador. O poder curador que eu posso ter tem limitações - e eu reconheço essas minhas limitações. Quando acabam minhas limitações, eu coloco um outro poder, que a pessoa tem que se apropriar. Eu fico tranquilo, porque passei a visão desse poder para ele. Então, eu fico em paz com as minhas emoções.

Dr. Francisco

-“Tem que pensar melhor, tem que pensar que amanhã vai ser melhor. Então, vamos rezar! Você tá rezando pouco!”

Normalmente [rindo acanhadamente] eu sempre procuro pedir pra rezar um pouco.

-“Vá procurar uma igreja, vá benzer, porque você tá rezando pouco.”

Assim, procuro esse incentivo.

Dra. Gabriela

⁵ Poderia descrever esse “amparo maior” como uma busca ao *sentimento oceânico* de que fala Freud em O Mal-estar na civilização (1974d), referindo-se a uma crítica de Romain Rolland a outro livro seu: *O futuro de uma ilusão*. (1974c). Afirma Freud: “Trata-se de um sentimento que ele [Romain Rolland] gostaria de designar como uma sensação de ‘eternidade’, um sentimento de algo ilimitado, sem fronteiras – ‘oceânico’, por assim dizer. Esse sentimento, acrescenta, configura um fato puramente subjetivo, e não um artigo de fé, não traz consigo qualquer garantia de imortalidade pessoal, mas constitui a fonte de energia religiosa de que se apoderam as diversas Igrejas e sistemas religiosos, é por eles veiculado para canais específicos e, indubitavelmente, também por eles exaurido. Acredita ele que uma pessoa, embora rejeite toda crença e toda ilusão, pode corretamente chamar-se a si mesma de religiosa com fundamento apenas nesse sentimento oceânico.” (pp. 81-2).

A partir disso que se expôs, é possível ter um panorama de como se dá a relação médico-paciente através do ponto-de-vista do primeiro. Ou seja, existe a consciência de que os conteúdos transferenciais fazem parte da relação, tendo, em alguns momentos, um vínculo direto com o adoecer e com a reabilitação. Por outro lado, o profissional defronta-se com uma conjuntura que desfavorece os procedimentos necessários, incluindo seu próprio preparo para tal.

Dentro desse quadro, os enunciados dos médicos entrevistados deixaram de ser expressos, apenas, a partir de uma posição de quem fala com autoridade. Passaram, assim, a compor também um discurso marcado pelo medo, pela solidão e pela impotência. Apesar disso, as compensações profissionais se fizeram presentes nas falas da maioria dos sujeitos pesquisados – direta ou indiretamente. Graças ao *status* adquirido, à posição de figura admirada e, principalmente, à realização do sonho de infância – o lugar apontado pelos entrevistados como a gênese do desejo de ser médico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Tenho o costume de andar pelas estradas
Olhando para a direita e para a esquerda
E de vez em quando olhando para trás...
E o que vejo a cada momento
É aquilo que nunca antes eu tinha visto.*

Fernando Pessoa

O presente trabalho partiu das hipóteses de que a inobservância das manifestações transferenciais favorece o distanciamento e a *incomunicação* entre o médico e o paciente; e que é a existência deste mesmo fenômeno que possibilita ao profissional exercer sua autoridade e usufruir do efeito placebo dos medicamentos, por exemplo, a fim de motivar o enfermo à reabilitação. Com base nessas hipóteses a pesquisa teve por objetivo compreender, por intermédio dos discursos de médicos, como são percebidos e trabalhados os investimentos transferenciais depositados pelos doentes sobre os seus cuidadores.

Busquei, assim, responder a algumas questões, conforme foi colocado na *Apresentação*, as quais, de alguma forma, giram em torno da relação de autoridade estabelecidas entre o médico e o paciente - e dos fenômenos intersubjetivos deste encontro.

Antes de realizar as entrevistas, o meu maior receio era que, talvez, os sujeitos escolhidos não concordassem em colaborar com a pesquisa ou resistissem a se expor diante das minhas intervenções ou do gravador. Em função disso não deixei de ficar surpreso com o interesse e o empenho manifestado pelos médicos para encontrar espaços em suas agendas para a realização das entrevistas, mesmo quando era transparente o incômodo para com as mesmas.

Contrariando alguns preconceitos meus, os entrevistados, em sua maioria, deram-me a impressão de franqueza ao longo dos seus enunciados, inclusive por suas reações ao longo dos temas abordados, entre elas: pausas, silêncios, troços ou

lapsos durante as falas e, até mesmo, manifestações nitidamente emocionadas, como alterações no tom da voz e lágrimas.

Tais atitudes tornaram mais fácil explorar certos assuntos de interesse crucial para o trabalho, ao mesmo tempo em que também sinalizavam para que eu tivesse cautela ou não insistisse em alguns pontos mais difíceis de serem verbalizados.

O material colhido nas entrevistas revelou a presença de sentimentos ambivalentes no que diz respeito à autoridade médica, principalmente em função das implicações pessoais e profissionais que decorrem deste atributo. Se por um lado a posição de poder e respeito é prazerosa (ou “infla o ego”, como disse o Dr. Carlos) e torna mais fácil o trabalho, por outro, esta mesma condição coloca o médico na obrigação de corresponder ao imaginário de que ele é um *salvador onipotente*.

Trata-se de uma condição que persiste, apesar dos seus paradoxos, porque corresponde às motivações humanas pela busca de reconhecimento, admiração ou estar em uma posição privilegiada, como ocorre com a profissão em questão, que é imprescindível por possuir o saber que mais se aproxima da fantasia humana de vencer a morte física.

Outro paradoxo, em relação a essa questão onipotência x impotência médica, também apareceu nos discursos sobre o potencial da categoria para a atuação como agentes de transformação social. Ao mesmo tempo em que existe a consciência que a classe médica tem um grande poder para promover transformações, foi manifestado o incômodo com as “barreiras” que dificultam a união, e a reunião, dos médicos em nome de mudanças imprescindíveis para a melhoria das condições de trabalho. Mudanças que poderiam amenizar ou até superar problemas que os deixam impotentes perante as necessidades do enfermo.

A constatação deste aparente comportamento “individualista”, por parte dos médicos, trouxe-me algumas indagações: por que estes profissionais “só se reúnem para discutir a falta do pagamento dos seus salários” - como se queixou a Dra. Gabriela? Por que não são “politizados” - conforme clamou o Dr. Francisco?

A resposta, talvez, parta do próprio entendimento acerca do *mito* da onipotência médica. Enquanto detentor de um poder à beira do absoluto, pelo menos em fantasia, fica difícil para o médico discutir questões tão intrincadas, sob diferentes pontos de vistas, ou acatar ações em comum, sobre as quais, nem sempre, há concordância.

Submeter-se a isso significaria trabalhar pela circulação e o debate de idéias, muitas vezes, divergentes e, a partir disto, articular consensos em torno das necessidades predominantes do grupo, para que, assim, ações possam ser efetivadas em nome da coletividade.

A atitude mais comum de se reunirem, apenas para discutir o atraso no pagamento dos salários, não pode ser considerada, aparentemente, como uma atividade de interesse coletivo. Não há convergência, por parte do grupo, para ações concretas que possam, efetivamente, provocar as mudanças necessárias.

A consequência disto é que não só persiste o sentimento de isolamento, como acaba sendo pouco eficazes as tentativas para se mudar o que é de interesse de todos. A impressão é que existe um conjunto de motivações individuais, que acabam não se convergindo em ações de grupos.

O imaginário individual de cada médico, em torno da onipotência, também esteve presente quando se tratou das manifestações transferenciais envolvidas na relação com o enfermo. Embora estas ocorrências sejam um fenômeno que pertence ao campo do “não-saber”, ou seja, procede de formações inconscientes que significam não poder saber, *a priori*, quais as representações que um paciente, por exemplo, tem a respeito do seu cuidador e vice-versa, a maioria dos entrevistados discursou no sentido de que “sabem” o suficiente a respeito desse fenômeno, a ponto de poder decidir quando deve - ou não - atentar para tais investimentos ou quaisquer outras manifestações subjetivas que venham a ocorrer na interação com o enfermo.

Dizendo isso de outra maneira, o médico acredita saber das manifestações transferenciais o suficiente para lidar com elas ou ignorá-las, partindo de uma conveniência sua e não em decorrência dos investimentos do paciente.

Isso me remete ao questionamento central deste trabalho, registrado na *Apresentação*: é possível uma articulação do discurso médico ao discurso psicanalítico, considerando que o primeiro esbarra exatamente nas manifestações transferenciais?

Dentro do hospital, como vimos, o fenômeno transferencial atravessa e é atravessado por uma série de fatores que vai, da estrutura da instituição, até a forma como cada médico percebe os conteúdos intersubjetivos da sua relação com o paciente.

As manifestações transferenciais (ou as situações oriundas destas) são freqüentemente percebidas como apenas um, entre tantos outros problemas, que pode ocorrer na relação médico-paciente, principalmente se for dentro de uma instituição carente dos mais diversos recursos.

Percebidas como obstáculos, as questões transferenciais dificultam ainda mais a ação médica. Sendo ignoradas pelo profissional, pois muitos não compreendem as atitudes dos pacientes, provocam um maior distanciamento do enfermo e acentuam a ausência de comunicação entre ambos. Dessa forma, a “instituição médico-doença”, de que fala Clavreul, persiste e prevalece no encontro médico-paciente e sobre a possibilidade deste encontro funcionar como um dos *instrumentos* para o tratamento.

Uma maior atenção, por parte do médico, é uma necessidade do paciente e diz respeito ao fato deste colocar o seu cuidador numa posição privilegiada: aquele que tem o conhecimento e o poder para livrá-lo da dor ou da ameaça da morte. Isto implica na necessidade do profissional olhar para os aspectos subjetivos do seu encontro com o mesmo. É preciso, portanto, que o médico faça uso de sua autoridade, não apenas para induzi-lo a colaborar, sem resistências, com os procedimentos adotados, mas, também, para oferecer amparo e segurança.

... desde que nos ocupemos do ser humano, tudo o que se passa entre nós, nos mínimos detalhes, reveste uma significação de fragilidade. (...) Em função da posição que ocupamos, cada coisa que dizemos ou fazemos tem imediatamente uma incidência sobre a matéria vivente que o homem doente nos oferece. (Fédida, 1988:30-1).

É preciso, portanto, encontrar mecanismos que subsidiem a prática médica no que tange às ocorrências transferenciais no encontro com o paciente, mesmo dentro dos limites e do âmbito do *setting* da medicina.

A alternativa, talvez, seria preparar o profissional de medicina, de forma sistematizada, para a escuta atenciosa das queixas e da história do paciente e, para uma observação meticulosa a certos aspectos subjetivos das atitudes e hábitos deste, que possam, talvez, ter uma relação direta com o adoecer ou com o acidente sofrido.

No meu contato com os médicos entrevistados percebi a vontade em acertar e poder oferecer o melhor de si para o paciente. Contudo, sentem-se tolhidos e impotentes diante de barreiras percebidas como intransponíveis.

Este quadro impossibilita uma reflexão conjunta sobre o *status quo*. Isto não ocorrendo, os problemas, por mais atrozes que sejam, são percebidos como uma consequência inevitável da vida institucional. Restando-lhes ignorá-los ou procurar se resignar. Assim, a relação *médico-doença* não só se perpetua, como também, acaba ganhando a condição de fenômeno imutável.

Ao propor que o profissional de medicina, em sua relação com o enfermo, olhe para as manifestações transferenciais, pretendo estimulá-lo, dentro dos seus limites, para os aspectos subjetivos desta interação, possibilitando que ele considere as queixas dos pacientes para além das alterações somáticas. Ou seja, que não se ignorem os aspectos emocionais e as expectativas que o enfermo faz em relação à doença, à reabilitação e ao próprio médico.

Atentar-se para o fenômeno transferencial estabeleceria a possibilidade de o médico perceber a ressonância em si dos conteúdos investidos pelo paciente. Teria, acredito, maior clareza quanto aos procedimentos perante os eventuais problemas no decorrer da interação com o enfermo.

A partir de um melhor entendimento acerca de como o médico e o paciente são *afetados* pela interação e pela luta contra a doença e a morte, haveria uma maior segurança quanto ao uso pertinente, por parte do profissional, do seu poder de

sugestão. Algo que, dentro da prática médica, ao contrário do trabalho psicanalítico, pode ser bastante útil.

A prática da sugestão possibilitaria ao médico fazer uso do “poder mágico das palavras” de que fala Freud (1989b)¹ a fim de se beneficiar do efeito placebo dos medicamentos. Além disso, tornaria mais fácil influenciar o ânimo do enfermo para estimulá-lo a lutar por uma vida com dignidade, mesmo estando muito doente; e pela reabilitação, se esta for possível. Ou, ainda, o médico poderia agir como um “padre confessor”² tentando facilitar a fala do doente sobre suas angústias e, assim, possa se sentir menos desamparado.

A minha suposição é que, se o médico puder exercer a escuta atenciosa àquilo que lhe fala o paciente e efetuar uma observação mais acurada e sensível às expressões emocionais do mesmo, poderá - ao menos em parte - romper sua relação direta e, às vezes, exclusiva, com a doença. Por consequência disto, poderíamos falar em uma verdadeira *relação médico-paciente*.

¹ *Tratamento psíquico (tratamento da alma)*, de 1890.

² Cf. Balint, 1975.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREIS, M. *Morte e prática médica. Ensaio reflexivo sobre o discurso de cardiologistas*. São Paulo, 1995. 248p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- AQUINO, J. *Os discursos da formação do psicólogo: um estudo de representações institucionais*. São Paulo, 1990. 244p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- ARISTÓTELES (387 – 322 a.C.). *Poética*. São Paulo, Nova Cultural, 1999.
- BALINT, M. (1956) *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975.
- BALINT, M. Psicanálise e prática médica. In: MISSENARD, A. et alii. *A experiência Balint. História e atualidade*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991. pp. 09-22.
- BIRMAN, J. *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro, Relumê-Dumará, 1991.
- BIRMAN, J. Sujeito e estilo em psicanálise. Sobre o indeterminismo da pulsão no discurso freudiano. In: Moura, A. *As pulsões*. São Paulo, Escuta, 1995, pp. 25-51.
- BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: KAËS, R. et alii. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.
- BRANDÃO, H. *Introdução à análise do discurso*. 6ª ed. Campinas, Editora da UNICAMP, 1997.
- CAMUS, A. *A peste*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Record, 1988.
- CASSORLA, R. Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: KOVÁCS, M. *Morte e desenvolvimento humano*. 2ª ed. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1992, Cap. 6, pp. 90-110.
- CIPRIANO, F. *Dinâmicas das propriedades da sexualidade em 09 pacientes HIV-soropositivos em dois anos de investigação*. São Paulo, 1999, 167p.

- Dissertação (mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- CLAVREUL, J. (1978) *A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- COHEN, C. *Reflexão sobre a atitude do médico enquanto profissional*. São Paulo, 1996. 140p. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- CONSORTE, J. A morte na prática médica. In: MARTINS, J. (Org.) *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo, Hucitec, 1983.
- COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. Rio de Janeiro, Campos, 1989.
- COURA, R. *A psicanálise no hospital geral*. São Paulo, 1995. 204p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- DE MARCO, O. Grupos de reflexão com quintanista de medicina. In: MILLAN, L. et alii. *O universo psicológico do futuro médico*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999, pp. 128-141.
- ESSLINGER, I. *As representações do espaço da morte no curso de psicologia: um estudo exploratório*. São Paulo, 1996. 296p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- FÉDIDA, P. *Clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo, Escuta, 1988.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 4ª edição. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 4ª edição. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994.
- FOUCAULT, M. *Palavras e coisas*. São Paulo, Martins Fontes, 1995a.
- FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 4ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995b.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo, Loyola, 1996.
- FREUD, S. (1909) Notas sobre um caso de neurose obsessiva (*O homem dos ratos*). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, v. 10, pp. 159-317, s/d..
- FREUD, S. *The origins of psycho-analyses. Letters to Wilhelm Fliess. Draft and notes*. London, Imago, 1954.

- FREUD, S. (1912). A dinâmica da transferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 12, pp. 133-43, 1969a.
- FREUD, S. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 12, pp. 149-59, 1969b.
- FREUD, S. (1913) Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 12, pp. 164-87, 1969c.
- FREUD, S. (1914) Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 12, pp. 193-203, 1969d.
- FREUD, S. (1915 [1914]) Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 12, pp. 208-21, 1969e.
- FREUD, S. (1910) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, v. 11, pp. 125-36, 1970.
- FREUD, S. (1913 [1912-13]) Totem e tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. Órizon Carneiro Muniz. Rio de Janeiro, Imago, v. 13, pp. 17-191, 1974.
- FREUD, S. (1914) A história do movimento psicanalítico. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, v. 14, pp. 16-82, 1974a.
- FREUD, S. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, v. 14, pp. 89-119, 1974b.
- FREUD, S. (1927) Futuro de uma ilusão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 21, pp. 15-71, 1974c.
- FREUD, S. (1930[1929]) O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 21, pp. 81-171, 1974d.

- FREUD, S. (1940[1938]) Esboço de psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 23, pp. 169-237, 1975.
- FREUD, S. (1915[1916]) Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parapraxias). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Luís Meurer. Rio de Janeiro, Imago, v. 15, pp. 27-101, 1976a.
- FREUD, S. (1920) Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro, Imago, v. 18, pp. 17-85, 1976b.
- FREUD, S. (1921) Psicologia de grupo e a análise do ego. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro, Imago, v. 18, pp. 91-179, 1976c.
- FREUD, S. (1923) O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 19, pp. 23-89, 1976d.
- FREUD, S. (1925) Prefácio à *juventude desorientada* de Aichhorn. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, v. 19, pp. 341-3, 1976e.
- FREUD, S. (1925[1924]) Um estudo autobiográfico. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro, Imago, v. 20, pp. 17-92, 1976f.
- FREUD, S. (1933[1932]) A dissecação da personalidade psíquica. (Conferência XXXI). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Trad. José Luís Meurer. Rio de Janeiro, Imago, v. 22, pp. 75-102, 1976g.
- FREUD, S. (1891) *A interpretação das afasias*. Trad. António Pinto Ribeiro. Lisboa, Edições 70, 1977.
- FREUD, S. & BREUER, J. (1893-1895) Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 2ª ed. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Imago, v. 2, 1987a.
- FREUD, S. (1901) Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 2ª ed. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Imago, v. 6, 1987b.
- FREUD, S. (1915) *Neuroses de transferência: uma síntese*. Trad. Abram Eksterman. Rio de Janeiro, Imago, 1987c.

- FREUD, S. (1905[1901]) Fragmentos de um caso de histeria. (*O caso Dora*) In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 2ª ed. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Imago, v. 7, pp. 16-115, 1989a.
- FREUD, S. (1890/1905) Tratamento psíquico (ou anímico). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 2ª ed. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Imago, v. 7, pp. 267-85, 1989b.
- FREUD, S. (1888) Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 3ª ed. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Imago, v. 1, pp. 85-108, 1990a.
- FREUD, S. (1888[1888-9] Prefácio à tradução *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, de Bernheim. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 3ª ed. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Imago, v. 1, pp.123-38, 1990b.
- FREUD, S. (1889) Resenha de *Hipnotismo*, de August Forel. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 3ª ed. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Imago, v. 1, pp. 143-56, 1990c.
- FREUD, S. (1891) Hipnose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 3ª ed. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, v. 1, pp. 161-72 Imago, 1990d.
- FREUD, S. *Cartas entre Freud e Pfister*. Viçosa, Ultimato, 1998.
- GARCIA-ROZA, L. A. Pulsão *Parénklisis* ou *Clinamem*? In: Moura, A. *As pulsões*. São Paulo, Escuta, 1995, pp. 65-78.
- GOLFETO, J. & MIAN, H. Aspectos psicológicos da relação médico-paciente. In: *Estudos em Saúde Mental*. Ribeirão Preto (SP), Comissão de Pós-graduação em saúde mental da FMRP/USP, 1998, pp. 223-42.
- GOSLING, R. & TURQUET, P. A formação dos médicos generalistas. In: MISSENARD, A. et alii. *A experiência Balint. História e atualidade*. São Paulo, Casa do psicólogo, 1991. pp. 53-108.
- GUILHON DE ALBUQUERQUE. J. A. *Da assistência à disciplina: o programa de saúde comunitário*. Departamento de Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – USP, 1979.
- GUILHON DE ALBUQUERQUE, J. A. *Metáforas da desordem*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.
- GUIRADO, M. *Instituição e relações afetivas: o vínculo com o abandono*. São Paulo, Summus, 1986.
- GUIRADO, M. *Psicologia institucional*. São Paulo, EPU, 1987.

- GUIRADO, M. *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo, Summus, 1995.
- GRODDECK, G. (1917) *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo, Perspectiva, 1992.
- HERRMANN, F. *Andaimes do real*. 2ª ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1991.
- HERRMANN, F. Investigação psicanalítica. In: *Jornal de Psicanálise*. (*Psicanálise sem divã*). São Paulo, Sociedade Brasileira de Psicanálise, v. 30, n.º 55/56, jan. 1997, pp. 07-18.
- KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R. et alii. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.
- KUPFER, M. C. *Freud e a educação. O mestre do impossível*. 3ª edição. São Paulo, Scipione, 1997.
- LAGACHE, D. *A transferência*. São Paulo, Martins Fontes, 1990.
- LAPLANCHE, J. *A tina: a transcendência da transferência*. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
- LERNER, R. *Instituições: da psicanálise na ordem do discurso de agentes de saúde mental*. São Paulo, 1999. 117p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- MAHONY, P. *Sobre a definição do discurso de Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1990.
- MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. 2ª ed. Campinas, Pontes Editora da UNICAMP, 1993.
- MAINGUENEAU, D. *O discurso, corpo e voz: ethos como vetor de análise*. [conferência proferida no Instituto de psicologia da USP, em 31/03/1995] Folheto organizado pela Profª. Dr.ª Marlene Guirado.
- MARTINS, R. *A clínica da histeria e o caso Katharina de S. Freud*. São Paulo, 1999. 166p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- MILLAN, L. et alii. *O universo psicológico do futuro médico*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.
- MILLAN, L. et alii. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: MILLAN, L. et alii. *O universo psicológico do futuro médico*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999a, pp. 76-82.

- MILLAN, L. et alii. A psicopatologia do estudante de medicina. In: MILLAN, L. et alii. *O universo psicológico do futuro médico*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999b, pp. 83-101.
- MISSENARD, A. Os médicos se formam. In: MISSENARD, A. et alii. *A experiência Balint. História e atualidade*. São Paulo, Casa do psicólogo, 1991. pp. 170-86.
- NASCIMENTO, R. *Doença, hospital e morte: possibilidade de interlocução entre a clínica psicanalítica e a clínica médica*. São Paulo, 1998. 112p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- PLATÃO (427 – 347 a. C.) *O banquete; ou, Do Amor*. 8ª ed., Rio de Janeiro, Bertrand do Brasil, 1997.
- RIBEIRO DA SILVA, A. & CALDEIRA, G. Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na Psicossomática. In: MELLO FILHO, J. (org.) *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- ROMANO, B. *O psicólogo clínico em hospitais: contribuição para o aperfeiçoamento do estado de arte no Brasil*. São Paulo, 1997. 197p. Tese (Livre Docência) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- RODRIGUES, J. C. *O tabu da morte*. Rio de Janeiro, Achimé, 1983.
- ROSSI, E. et alii. O passado, o presente e o futuro – entrevista com professores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In: MILLAN, L. et alii. *O universo psicológico do futuro médico*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999, pp. 155-206.
- SOUZA, M. L. O hospital: um espaço terapêutico. In: *Percurso. Revista de psicanálise*. São Paulo, ano V, n.º 09, 1992, pp. 21-28.
- STRACHEY, J. Nota preambular aos ‘artigos sobre hipnotismo e sugestão’. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 2ª ed. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Imago, v. 1, pp. 17-43, 1990.
- TRILLAT, E. *História da histeria*. São Paulo, Escuta, 1991.
- ZAIDHAFT, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1990.

ANEXO

DECLARAÇÃO

Porto Velho, __de____ de 1999.

Declaro ao senhor entrevistado e colaborador da pesquisa a qual realizo neste momento, em função do mestrado em psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), que o material coletado, por meio das entrevistas gravadas, será manuseado exclusivamente por mim, sendo as fitas destruídas após a conclusão dos trabalhos.

Informo que os resultados serão divulgados sob os preceitos éticos da ciência e da legislação brasileira em vigor acerca de material de pesquisa. Em nenhum momento, aparecerá o nome ou qualquer dado que possa permitir a identificação do entrevistado.

Ressalto ainda que, tão logo conclua esta pesquisa, a dissertação contendo os resultados apurados estará disponível na Biblioteca Central da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), assim como uma cópia será entregue para a direção do hospital.

Seguindo procedimentos habituais para pesquisa científica, peço o obséquio que seja assinado o Termo abaixo caso concorde com a realização da entrevista e com a finalidade para a qual ela se destina.

Sem mais, despeço-me agradecendo sua colaboração,

José Juliano Cedaro

Psicólogo, mestrando em Psicologia (USP)
Docente do Departamento de Psicologia da UNIR
Caixa postal 1519; CEP.: 78900-970
Telefone: 0(xx)3224-6196 (cedaro@uol.com.br)

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Eu, _____ declaro que concordo com a realização da entrevista com o Sr. José Juliano Cedaro, conforme os termos mencionados acima.

Porto Velho, __de____ de 1999.