KEITH LAURA MIRANDA

**O imaginário coletivo de médicos que atuam em
reprodução assistida**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Serafini

**São Paulo
2014**

KEITH LAURA MIRANDA

**O imaginário coletivo de médicos que atuam em
reprodução assistida**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Serafini

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Miranda, Keith Laura

O imaginário coletivo de médicos que atuam em reprodução assistida / Keith
Laura Miranda. -- São Paulo, 2014.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo.

Programa de Obstetrícia e Ginecologia.

Orientador: Paulo Cesar Serafini

Descritores: 1.Prática profissional/psicologia 2.Médicos/psicologia 3.Médicos
hospitalares 4.Medicina reprodutiva 5.Relações médico-paciente 6.Entrevista
psicológica 7.Psicanálise

USP/FM/DBD-312/14

Dedicatória

À Família Miranda, minha família.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Edmund Chada Baracat que abriu as portas desta casa para a realização deste trabalho, aconselhando e incentivando, contribuindo de maneira especial à minha formação.

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Cesar Serafini que aceitou estar comigo nesta pesquisa. Sou grata pela oportunidade e pela credibilidade depositada neste estudo desde o início.

Aos autores que li, principalmente aos que encontram-se descritos nas referências bibliográficas. Agradeço pelo conhecimento produzido que muito me auxiliou, por durante o percurso da pesquisa sentir-me acompanhada por meio de seus trabalhos. Foi bom saber que eu não estava e que eu não estou só em meio aos questionamentos e reflexões.

Aos médicos que participaram do estudo sou muitíssimo grata! Sem dúvida contribuíram não só para a realização da pesquisa, mas para a minha formação como profissional. As conversas que tivemos, com certeza, me tornaram mais sensível a dramática humana vivenciada na prática médica.

A todos do Centro de Reprodução Humana do HC-FMUSP pelo apoio desde 2006, quando iniciei o programa de Aprimoramento Profissional e Especialização em Psicologia em Hospital Geral na Clínica Ginecológica. Agradeço especialmente à Eunice Del Gaudio Machado que com

competência realiza seu trabalho no setor administrativo, com quem tenho o privilégio de trabalhar e a honra de poder chamá-la de amiga.

À psicóloga e amiga Arlete Modelli que me apresentou o universo fascinante da Reprodução Assistida, por quem possuo admiração, profundo carinho e respeito. Levarei sempre comigo a gratidão por todos os momentos em que me auxiliou tanto em questões acadêmicas como em questões pessoais.

À psicóloga Walkíria Cordenonssi Cía com quem tive o prazer de conversar muitas vezes a respeito deste trabalho. Serei eternamente grata por sua atenção, dedicação e paciência.

À Dulcineia Previati Cleim, gerente da UBS Jd. Vista Alegre - Embu das Artes, onde trabalho como psicóloga. Agradeço pelo apoio que deu durante todo o percurso desse trabalho, pelo incentivo, pela amizade.

À equipe de Saúde Mental de Embu das Artes, obrigada por tudo!

À todos os meus amigos. Quero que saibam que sou grata por existirem em minha vida, por chorarem e rirem comigo, por me apoiarem nas coisas que sabem que são importantes para mim.

À professora de Inglês e amiga Lourdes Matias. Certamente o seu apoio sempre vai além da tradução ou revisão dos resumos em Inglês. Agradeço a presença constante, o cuidado, o carinho de sempre.

Agradeço a extensão de minha família, aos irmãos de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. Obrigada pelas orações, por serem pessoas com quem posso sempre contar.

Aos meus pais, Madalena e Benedito (in memoriam), os quais amo e admiro! Desde a mais tenra idade ensinaram-me por meio do exemplo o valor e a importância dos estudos, sempre me apoiando e me incentivando para novos desafios. Agradeço pelo cuidado amoroso e incomparável.

As minhas irmãs Kátia e Kelly, que desde sempre me fazem companhia nessa caminhada aqui na Terra. Aos meus sobrinhos Marco, Maurício, Franciele, Melissa, Thayná e Raphita que sempre contribuem, cada um a seu modo, para que minha caminhada na vida seja alegre e esperançosa. Amo todos vocês!

Enfim, agradeço ao meu Pai Celestial, por ter tanto para agradecer! Por todas as pessoas que colocou em minha vida,

todas as oportunidades e desafios, e por me fazer senti-Lo presente em cada um de meus passos.

Normatização adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento de sua publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L.Freddi, Maria F.Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos e periódicos de acordo com Lista of Journals Indexed in Index Medicus.

Sumário

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**LISTA DE FIGURAS****RESUMO****SUMMARY**

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	OBJETIVOS.....	19
	2.1 Objetivo Geral.....	20
3	MÉTODO.....	21
	3.1 Casuística.....	22
	3.2 Instrumento.....	22
	3.2.1 Desenhos-Estórias com Tema como procedimento apresentativo-expressivo.....	22
	3.3 Critérios de inclusão.....	27
	3.4 Procedimento.....	27
	3.5 Tratamento dos dados.....	28
4	RESULTADOS.....	33
	4.1 Narrativa transferencial ficcional.....	34
	4.2 Campos de sentido afetivo-emocional criados/encontrados.....	52
	4.2.1 “Não deu certo!?”.....	53
	4.2.2 “Engole o choro!”.....	53
	4.2.3 “Fora do comum”.....	53
5	DISCUSSÃO.....	54
6	CONCLUSÃO.....	70
7	ANEXO.....	72
8	REFERÊNCIAS.....	74

CRH	Centro de Reprodução Humana
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
ICMART	<i>International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RA	Reprodução Assistida
SBRH	Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SART	Clinic Sumary Report of Society for Assisted Reproductive Technology

Resumo

Miranda KL. O Imaginário Coletivo de médicos que atuam em Reprodução Assistida. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014, p. 108.

Introdução: Em Reprodução Assistida toda a equipe compartilha com o casal o árduo caminho composto pelas fases do tratamento, porém, o presente estudo deteve-se a experiência do médico. **Objetivos:** Investigar o Imaginário Coletivo de médicos que atuam em Reprodução Assistida sobre as situações de difícil manejo em sua prática profissional. **Métodos:** Foram feitas entrevistas únicas individuais, utilizando o Procedimento de Desenho-Estória com Tema como instrumento dialógico. A partir das entrevistas foi criada uma narrativa transferencial ficcional preservando elementos essenciais da dramática humana estudada. Os registros foram interpretados à luz do método psicanalítico buscando a criação/encontro de campos de sentido afetivo-emocional. **Resultados:** Foram encontrados os seguintes campos: “Não deu certo!?”, que organiza-se ao redor da ideia de que não alcançar o objetivo pretendido seria o equivalente a fracassar, mesmo diante de situações incertas; “Engole o choro!”, que organiza-se mediante a crença de que é preciso conter os sentimentos diante de determinadas situações, não deixar-se emocionar; “Fora do comum”, que organiza-se por meio da crença de que quem está em posição de cuidador é e/ou precisa ser excepcional. **Conclusões:** Para a formação e à prática médica é preciso incluir, além da visão científica-tecnológica, a abordagem da subjetividade. É necessária a criação de enquadres diferenciados que auxiliem o médico a aproximar-se emocionalmente de seu trabalho, facilitem a superação de dissociações, promovam a saúde mental, contribuindo para que o exercício da profissão seja gratificante e dotado de um sentido genuíno.

Descritores: Prática profissional/psicologia, Médicos/psicologia, Médicos hospitalares, Medicina reprodutiva, Relações médico-paciente, Entrevista psicológica, Psicanálise.

Summary

Miranda KL. The Collective Imaginary of physicians working in Assisted Reproduction. [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Faculdade de Medicina, 2014, p. 108.

In Assisted Reproduction the whole team shares with the couple the hard journey through the phases of the treatment, however, this study is about the doctor's experience. **Objectives:** To investigate the Collective Imaginary of doctors working in Assisted Reproduction on some difficult situations in their professional practice. **Methods:** Individual interviews were conducted using the Thematic Story-Drawing Procedure as dialogical instrument. From the interviews a fictional narrative transference were created preserving essential elements of the human drama studied. The records were interpreted in light of the psychoanalytic method seeking the creation / gathering of affective-emotional sense fields. **Results:** The following fields were found: "It did not work!?", which is organized around the idea that not reaching the target would be equivalent to failing, even due to uncertain situations; "Swallow your crying!", Which is organized by the belief that one must contain the feelings before certain situations, not allowing themselves to get emotional; "Out of the ordinary", which is organized by the belief that who is in the position caregiver is and / or needs to be exceptional. **Conclusions:** For the training and medical practice is necessary to include, beyond the scientific-technological view, the approach of subjectivity. It is necessary to create different framings that help the doctor to approach their work emotionally, facilitate the overcoming of dissociations, promote mental health, this way contributing to the exercise of the profession so it can be rewarding and endowed with a genuine sense.

Descriptors: Professional Practice/psychology, Physicians/psychology, Hospitalists, Reproductive Medicine, Physician-Patient Relations, Interview, psychological, Psychoanalysis.

.

1. Introdução

A Reprodução Assistida (RA) é uma área da Medicina que visa a auxiliar casais que não conseguiram conceber uma gravidez de forma natural, e que receberam um diagnóstico de infertilidade¹.

Numa revisão de terminologia, a *The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology* – ICMART, e a Organização Mundial de Saúde – OSM^{3,4} definiram a Tecnologia de Reprodução Assistida como todos os tratamentos e procedimentos que envolvam a manipulação de oócitos, espermatozoides e embriões com o objetivo de atingir a gravidez. Isto inclui, mas não limita, a fertilização *in vitro* e transferência embrionária, transferência de gameta intratubária, transferência de zigoto intratubária, transferência tubária de embriões intratubária, criopreservação de gametas e embriões, doação de oócitos e embriões, e casos de útero de substituição. A tecnologia de RA não inclui a inseminação artificial com sêmen do parceiro ou de doador.

A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) denomina a Reprodução Assistida como um conjunto de técnicas nas quais uma equipe multidisciplinar tem participação estreita no acompanhamento do desenvolvimento folicular, detecção e indução da postura ovular, facilitação ou mesmo, realização do encontro dos gametas, assim como a otimização da fase lútea⁵.

¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade é definida como a ausência de concepção após um ano de relações sexuais desprotegidas, ou seja, sem uso de qualquer método contraceptivo. A infertilidade pode se dar por fator feminino, como, por exemplo, pelos fatores tubo-peritoneal, ovulatório, infertilidade sem causa aparente, entre outros fatores diversos e pouco frequentes¹. Fator masculino, como, por exemplo, infecções do trato genital, disfunção hormonal, obstrução no trato reprodutivo, varicocele;² por fator combinado, ou seja, quando acontece no mesmo casal fatores feminino e masculino.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde⁴, 8 a 10% dos casais apresentarão infertilidade. Dados epidemiológicos relatam que até 85% dos casais conseguem engravidar no primeiro ano de tentativas sem métodos contraceptivos e até 5% conseguem conceber após este período.

Desde o final do século XVII, o conhecimento na área da Reprodução Assistida tem chamado atenção a partir da experiência de Lázaro Spallanzani, que fecundou uma cadela com um sêmen que coletou de um cachorro. Em 1970, o médico John Hunter iniciou os estudos em seres humanos, inseminando artificialmente uma mulher com o sêmen de seu marido. Porém, o grande marco da RA ocorreu em 1978, na Inglaterra, com o nascimento do primeiro bebê de proveta do mundo, o que proporcionou o Prêmio Nobel de Medicina para o cientista Robert Edwards em 2010. No Brasil, a primeira criança nascida pela técnica de fertilização *in vitro* (FIV) nasceu em 1986⁶.

Atualmente pode-se observar que existem em RA diversos métodos e procedimentos, e muitas técnicas auxiliares, os quais visam auxiliar o casal infértil. Existem dados que tem demonstrado o quanto tais técnicas tem sido capazes de contribuir para a gravidez. Por exemplo, segundo o *Clinic Sumary Report of Society for Assisted Reproductive Technology (SART)*¹¹⁸ considerando a porcentagem de ciclos de FIV feitos com embriões frescos que resultam em gravidez, em mulheres com idade <35 a >42 com seus próprios óvulos, as taxas variam de 46.7% a 8.6%. De acordo com os dados citados, o que se pode considerar é que mulheres <35 anos possuem um melhor prognóstico do que mulheres >42 anos.

Como o tratamento não garante a gravidez, no serviço particular fica a cargo dos pacientes juntamente com a equipe multidisciplinar decidir quantos

ciclos serão feitos, quantas vezes o casal será submetido ao tratamento. Nos serviços públicos normalmente existem as regras das instituições que determinam essa decisão.

Hoje em dia o Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CRH-HC-FMUSP) realiza o tratamento totalmente sem custo para os casais. A equipe multidisciplinar acolhe e avalia para admissão no serviço. Os pacientes passam por atendimento médico, atendimento psicológico e atendimento social.

O número de tentativas é limitado, e de acordo com a técnica indicada. Por exemplo, para os casais que possuem indicação para FIV, existem duas tentativas. As regras que se referem ao número de tentativas foram estabelecidas, para todos os procedimentos, não só baseadas em dados científicos, mas também visando beneficiar o maior número possível de casais.

Seja por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) ou em serviços particulares, as técnicas de RA se tornaram mais acessíveis nos últimos anos, abrindo um novo leque de possibilidades para os casais inférteis.

Diante do diagnóstico de infertilidade, os casais chegam aos serviços de Reprodução Assistida. Tem início um caminho árduo, passando pelas várias etapas do tratamento: as consultas, os exames, os procedimentos e os resultados. Pacientes e profissionais compartilham a experiência do tratamento.

Toda a equipe multidisciplinar está envolvida sofre nos tratamentos de RA. Porém, o objetivo do presente estudo foi pesquisar o imaginário coletivo dos médicos, focalizando as situações de difícil manejo em sua prática profissional, por meio da pesquisa dos campos de sentido afetivo-emocional ou

inconscientes relativos, o que será explicado de forma detalhada posteriormente.

Pensando a consulta médica como um encontro, um acontecer de contato inter-humano prenhe de sentido⁷, coube visitar pesquisas feitas com pacientes inférteis e em tratamento de RA, que podem colaborar para a reflexão a respeito das dificuldades enfrentadas pelos médicos em seu dia a dia ao atenderem essa população.

A literatura descreve pesquisas qualitativas e quantitativas sobre o sofrimento emocional pelo qual mulheres, homens e casais experimentam diante da problemática da infertilidade.

Refletindo sobre a vivência das mulheres que se submetem a intervenção da RA, é possível observar em mulheres inférteis o desejo de gestar biologicamente um filho, ainda que o desejo de gestação não corresponda exatamente ao desejo de ser mãe, ou seja, de “gestar simbolicamente” tornando-se mãe⁸. O fato da mulher não ter filhos pode fazer com que se sinta triste e incompleta⁹. O termo “estéril” ou “infértil” pode fazer com que a mulher coloque em xeque seu valor pessoal e sua feminilidade. O próprio fato de terem de se submeter à intervenção médica pode reforçar o estigma da infertilidade, fazendo com que as mulheres se sintam desvalorizadas para outras realizações e vejam-se como defeituosas^{10,11}. Tanto para a mulher infértil sem filhos como para a mulher que se tornou estéril por meio da cirurgia de laqueadura e tem filhos, a vivência de não poder ter filhos as fazem sentirem-se faltantes, colocando toda a expectativa de uma vida melhor após a gravidez e o nascimento do filho, que estaria no lugar do objeto perdido, no sentido psicanalítico do terno, que é capaz de suprir toda a falta¹².

O assunto da maternidade para mulher é estudado na Psicanálise desde seus primórdios. É possível encontrar, até mesmo nos estudos de Freud (1932)¹³, o assunto, disse que, especificamente para a mulher, o tornar-se mãe apareceria como marca imprescindível da condição de ser mulher².

Estudos posteriores demonstraram que o sofrimento pela não experiência da maternidade não se configurava como uma questão constitutiva da feminilidade “normal”, mas de um desenho sócio-histórico guiado por múltiplos interesses, que foi capaz de construir o mito do amor materno¹⁴.

Ainda assim, com esse “porém”, e também por conta dele, torna-se importante abordar a ligação mulher-maternidade, especialmente atualmente com os acontecimentos da tecnologia em Reprodução Humana Assistida.

O momento sócio-histórico atual demonstra um interessante fenômeno. De um lado o adiamento da maternidade por parte das mulheres, seja pela busca do parceiro ideal, pela dedicação à carreira profissional, pela reciprocidade no relacionamento, entre outros elementos que podem contribuir para essa decisão¹⁵. De outro, existem mulheres que procuram na ciência a resposta para a sua incansável busca pela gravidez⁸. A questão da maternidade para as mulheres nos dias atuais não será aprofundada no presente estudo, mas pode servir para deixar em aberto uma reflexão a ser desenvolvida em pesquisas futuras.

As pesquisas sobre o homem infértil são menos frequentes do que as pesquisas sobre a mulher infértil¹⁶. De uma maneira geral, pode-se dizer que a experiência da paternidade pode estar permeada de significados, por exemplo,

² Freud (1932)¹³ postula que o desejo de um filho é a saída esperada ideal para a constituição “normal” da feminilidade, o filho entraria no lugar do falo desejado.

associada a um conceito idealizado, com sentimentos de caráter messiânico, no sentido que possibilitará, no futuro, intensa satisfação¹⁷.

Diante da infertilidade masculina, é possível perceber que os homens podem apresentar sentimento de perda, luto ou inadequação social, menor autoestima^{18,19}; podem até mesmo apresentar períodos de impotência e ansiedade com relação à performance sexual²⁰.

Para os casais, a vivência da infertilidade pode trazer implicações multidimensionais, ou seja, consequências físicas, psicológicas, conjugais e sociais, com repercussões maioritariamente denominadas como negativas, por trazerem sofrimento ou desconforto²¹. A ausência de filhos pode trazer para o casal uma estigmatização em seu convívio social²², já que, no momento em que o casamento é assumido, e evidenciada a mudança de *status* por conta da união, é esperado o planejamento do primeiro filho²³.

Inúmeras pesquisas quantitativas já foram feitas com os casais que submetem-se ao tratamento de Reprodução Assistida. Existem investigações feitas buscando uma possível associação de infertilidade com transtornos psiquiátricos, indicando que a infertilidade pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos²⁴. Sobre o funcionamento das famílias, por exemplo, a comparação das dinâmicas familiares, entre famílias que receberam, cada uma, diferentes técnicas de RA, tentando identificar as repercussões geradas²⁵.

Instrumentos que pesquisam os chamados fatores de risco emocional têm sido utilizados. Tentam demonstrar o quanto é oportuno uma triagem dos pacientes que possuem o que consideram fatores de risco emocional, a fim de

mediar o caminho para o suporte emocional, visto que somente 21% dos pacientes que possuem indicação procuram o serviço de Psicologia²⁶.

Medidas de ansiedade e/ou depressão, antes, durante ou depois do tratamento²⁷, uma grande variedade de escalas e questionários gerais e específicos²⁸, bem como associações entre *distress*, estratégias de enfrentamento e suporte social²⁹ tem sido aplicadas.

A questão do filho, que não será aprofundada no momento, mas vale lembrar, há tempos tem sido objeto de reflexão. Novamente, de maneira qualitativa, podemos citar a contribuição de Freud (1914)³⁰ sobre o assunto, dizendo que o filho, para o casal, significaria a continuidade de sua história, tendo uma função narcísica₃.

Fica evidente que estudiosos que trabalham com diferentes métodos de pesquisa, seja qualitativo ou quantitativo, tem apresentado interesse nos fenômenos presentes no tratamento de RA.

Trata-se de um ponto pacífico a importância do estudo do sofrimento do homem, da mulher, do casal, para melhor compreender o sofrimento, refletir e propor intervenções. Mas diante de todos os acontecimentos, o médico, como se sente? Sabendo que o tratamento em RA, assim como em qualquer situação de contato inter-humano, pode ter as suas dificuldades e produzir sofrimento emocional, que tipo de situação seria de difícil manejo para o médico que atua em RA?

Percebe-se que, desde os primórdios da Medicina, muito se exige do médico. Até hoje, repetido nas formaturas das escolas de Medicina, o

³ Reatualização de sua própria vivência por meio do filho, o filho como espelho. Refere-se também ao desejo de imortalidade do indivíduo por meio do filho (Freud, 1914)³⁰.

juramento hipocrático atribui uma visão idealizada desse profissional, com características próximas à perfeição.

Na cultura árabe é possível encontrar como médico ilustre Avicena, que teve sua obra válida por mais de 500 anos e aceita amplamente em escolas médicas. Segundo ele, tal como nos escritos hipocráticos, é sugerido ao médico características altruístas e idealizadas. Chama atenção sugerir que, como um camelo, deveria arrastar o fardo de um saber enciclopédico mantendo o frescor de um poeta Hoirisch, (2006)⁷⁸.

Registros antigos como o Código de Hamurabi também demonstram o percurso do profissional médico. Trata-se de uma compilação de leis da antiga Babilônia, atual Iraque. Hoirisch (2006)⁷⁸ comentou como o médico poderia ser rigidamente punido, caso seus serviços não atendessem a expectativa da pessoa que o solicitou. Em alguns casos, podia ter até mesmo as mãos amputadas.

A rigidez também pode ser observada na Idade Média. Quando existia a dúvida a respeito de um erro médico, o profissional era submetido à *justiça ordálica*, onde se recorria à divindade para apurar a verdade. Obrigava-se que o médico caminhasse descalço sobre brasas ou mergulhasse as mãos em água fervente, alegando que, se a pessoa fosse inocente, Deus a protegeria do dano físico. Ainda, poderiam ser aplicados o açoite ou ingestão de veneno. Tal prática, aparentemente com o intuito de fazer justiça, na verdade, já trazia implícito o castigo devido a suposta falta cometida.

Castro (2004)³¹ disse que ser médico não é uma mera aspiração profissional, é carregar consigo séculos de diferentes simbologias. Afirmou que, historicamente, houve uma necessidade em eleger um representante social da

rejeição da vulnerabilidade humana, e que o eleito foi o médico. O médico seria o responsável pela cura, e até mesmo pela ligação com os deuses.

Miranda e Modelli (2006)¹², em um estudo com mulheres em um programa de fertilização *in vitro*, constataram que, além do filho ser visto como uma “benção de Deus”, o médico apareceu como coautor da benção divina. Ficou claro que o médico aparece endeusado, onipotente, e com uma fala investida de uma inquestionável autoridade. O médico teria suas mãos guiadas por Deus para realizar os procedimentos.

Balint (1975)³³ afirma que todas as questões passam a ser incluídas no campo da Medicina, pois o médico estaria caracterizado como “professor” dos pacientes, como “mago” das dificuldades humanas. Até mesmo hoje, e curiosamente em estudantes de Medicina, é possível reconhecer o papel idealizado do médico, como aquele que deve ser inteligente, sensível, estudioso, seguro, inspirar confiança, ser competente tecnicamente, saber compreender o paciente³⁴, vale repetir, uma representação idealizada.

Turrel (*apud* Rocco, 1992)³² falando do ensino da escola médica, enfatiza que, já durante o curso de graduação, percebe-se que os estudantes de Medicina aprendem que o trabalho do médico deve estar acompanhado por um controle absoluto sobre suas emoções.

Nesse sentido, os profissionais buscam alternativas, como a busca de ajuda especializada³⁵. Mas, também, podem ocorrer mecanismos de tentativa de controle da situação, como um posicionamento defensivo, o distanciamento do paciente, a busca da racionalidade, a explicação pela via da técnica, o organicismo³⁴.

Balint (1896-1970), médico e psicanalista húngaro, foi um grande divulgador da importância de considerar a subjetividade do médico, sobretudo em seus atendimentos. Desenvolveu uma prática médica de treinamento na década de 50, conhecida até hoje como Grupo Balint³⁶. Trata-se de um grupo feito com um psicanalista, reuniões em que médicos (podendo existir ou não outros profissionais da saúde) conversam sobre questões que surgem na relação transferencial do paciente com o médico, e sobre a contratransferência manifestada por esses mesmos profissionais. Acredita-se que esse tipo de reunião possa favorecer o *insight* e possibilitar novas formas de relacionamento inter-humano.

O objetivo do Grupo Balint é buscar a partir dessa prática a construção de um atendimento mais adequado e construtivo, tanto para o médico quanto para o paciente. Balint salientou que, embora possam ocorrer efeitos psicoterápicos, o Grupo Balint não possui uma finalidade psicoterapêutica, e que tão pouco devem ser trabalhados conteúdos da intimidade dos profissionais. O trabalho fica restrito aos conteúdos que se referem à profissão³³.

Embora não tenha uma finalidade psicoterapêutica, entende-se que práticas como essa, por proporcionar ao médico o contato com a vivência emocional experimentada no atendimento feito, podem proporcionar um ambiente para a superação de dissociações emocionais, assim, promovendo o cuidado psicológico do profissional³⁶.

Pesquisas têm sido feitas a fim de investigar a saúde emocional dos médicos, seja por meio de inventário de fonte de estresse³⁷; estudo do médico frente a morte e o morrer³⁸; pesquisas que demonstram ações de promoção de

saúde mental aos estudantes de Medicina³⁵; sobre a influência dos aspectos sócio-históricos na construção da figura do médico³¹.

Micelli-Baptista (2003)³⁹ apresentou um estudo inspirado na teoria winnicotiana que se centra na solicitação da interconsulta médico-psicológica por residentes de Medicina, por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema utilizado como procedimento *apresentativo-expressivo*.

O termo apresentativo-expressivo relaciona-se à ideia de encontro inter-humano em que há a possibilidade de uma experiência criativa e transformadora. Nesta situação, a possibilidade de uma comunicação emocional profunda (que abrange aspectos conscientes, discursivos, bem como não-conscientes) inicia-se exatamente na apresentação do objeto (no caso desse estudo, no convite feito pelo pesquisador para conversar sobre um determinado tema, facilitado pelo material mediador). Este procedimento possibilita, portanto, mais que a coleta de material para a pesquisa e a detecção de dados, propicia a ocorrência de transformações existenciais nos participantes, que podem chegar a *surpreenderem-se com os produtos de suas ações*⁴⁰, movimento este de superação de dissociações, de indicativo de saúde emocional. Facilita, portanto, alterações a partir da articulação simbólica e existencial de indivíduos ou grupos. Foi desenvolvido com o objetivo de pesquisa-intervenção sobre manifestações simbólicas de subjetividades grupais⁴¹. Caracteriza-se pela “apresentação de uma materialidade mediadora capaz de servir de suporte para a expressão subjetiva”^{42,43}.

Por meio de um procedimento com característica apresentativas-expressivas, a pesquisadora utilizou a abordagem do sujeito coletivo, ou seja,

pensou o sujeito como um ser individual e, ao mesmo tempo, um representante representativo do coletivo no qual está inserido⁴⁴.

O estudo constatou que o sujeito coletivo de um determinado grupo de residentes de Medicina de um hospital universitário apresentava: o medo e a dúvida em relação às questões humanas que fogem ao conhecimento e à tecnologia médico-científica; o sentimento de ter de dar conta de modo onipotente a todas as questões que surgirem em relação ao paciente, a idealização de que se deve dominar qualquer dificuldade trazendo sempre a solução, a cura ou a interrupção de qualquer sofrimento; a percepção de que o papel de doente não está restrito a seu paciente, podendo ser de qualquer pessoa, inclusive dele próprio.

Percebeu-se também que, em alguns momentos, poderia existir extrema sensibilidade e atenção à experiência de sofrimento emocional relativa a seu paciente, bem como a abertura para as novas situações, pois ao convidá-los a participar de um enquadre diferenciado⁴, como o Procedimento Desenho-Estória com Tema, a ideia foi bem recebida.

Chamou as entrevistas de psicoprofiláticas, já que foi ao encontro dos residentes mediante a sua percepção da necessidade de oferecer-lhes auxílio emocional. É importante destacar que não houve solicitação explícita por parte deles. Em termos blegerianos, houve um trabalho de investigação-intervenção em que se procurou melhorar o nível de saúde, ao invés de esperar que as pessoas adoecessem para só depois tratá-las⁷.

⁴ Enquadre diferenciado: termo usado pelo grupo de pesquisa “Ser e Fazer” (IPUSP) para designar a forma e o objetivo diferenciados de praticar a psicanálise, inspirado na obra Winnicottiana. Tem como características fundamentais o uso de intervenções de tipo não-interpretativo (a apresentação de objeto e a sustentação emocional do acontecer inter-humano), o uso de materialidades expressivas mediadoras da comunicação emocional e a preferências por situações grupais^{45,46}.

Assim como no estudo de Micelli-Baptista (2003)³⁹, cabe ressaltar que o presente estudo também trabalhou na linha da psicoprofilaxia, já que a pesquisadora, mediante a percepção de uma espécie de “demanda muda”, foi ao encontro da questão oferecendo o cuidado emocional que foi facilitado por um instrumento dialógico. Com o auxílio de um instrumento dialógico, e de um atendimento feito nos moldes de uma Consulta Terapêutica, buscou o Imaginário Coletivo dos médicos que atuam em Reprodução Assistida, encontrando Campos de Sentido Afetivo-Emocional ou Inconsciente Relativos, referente às suas condutas em situações difíceis do dia a dia dos profissionais.

Para incrementar a discussão, faz-se necessário esclarecer os conceitos de Consulta Terapêutica, Imaginário Coletivo, e Campos de Sentido-Afetivo Emocional. Neste momento os conceitos serão brevemente apresentados e retomados numa etapa posterior da pesquisa para melhor compreensão.

Para o psicólogo que exerce a psicanálise fora do contexto tradicional, contexto esse que, naturalmente, já foge às regras clássicas do atendimento psicanalítico, ou seja, com o uso de um divã, alta frequência semanal de encontros individuais, realizados em um local protegido, privativo e, até mesmo, imutável, com o intuito de incrementar o “saber sobre si” do paciente, cabe o questionamento sobre as possibilidades de exercício da psicanálise dentro desse contexto ampliado.

Como seria, então, possível usar a psicanálise na área da Reprodução Assistida?

O psicanalista e pediatra inglês Donald Woods Winnicott (1962) auxilia neste momento, quando comenta que, no caso de pacientes que demandam

análise, o procedimento e as técnicas de trabalho já são conhecidas e foram estabelecidas por Freud no início do século XX⁴⁷. Entretanto, aponta para a possibilidade de, em casos diversos, nos quais haja a possibilidade de realizarmos apenas um único encontro com um paciente, ou mesmo que este não tenha o interesse em conhecer mais sobre seu inconsciente, sugere a possibilidade dos profissionais que exercem a psicanálise serem psicanalistas *fazendo algo mais apropriado para a ocasião*.

A partir de sua prática clínica, Winnicott propõe uma diferenciação entre o tratamento psicanalítico e as consultas psicoterapêuticas, estas concebidas como momentos únicos de encontro com um profissional que é um psicanalista, que não necessita abrir mão de seu conhecimento técnico a favor de uma ampliação da sua possibilidade de atuação. A aplicação do método psicanalítico faz-se de forma rigorosa, mesmo que se apresente de forma diferente do modelo proposto por Freud.

Quando apresenta essa nova proposta, as consultas terapêuticas, Winnicott comenta que a primeira consulta pode ser terapêutica por si só⁴⁸, não necessitando, em todos os casos, ou na maioria deles, de acompanhamento psicoterapêutico à longo prazo. Nesse sentido, dependendo das condições relativas à situação apresentada⁵, um único encontro poderia ser mutativo, poderia aliviar as angústias dos pacientes, fazendo com que retomem as suas vidas de forma mais saudável, do ponto de vista emocional.

Está implícita na obra winnicottiana e na proposta da consulta terapêutica, a intervenção psicanalítica não-interpretativa conhecida como

⁵ Winnicott justifica a eficácia da proposta, lembrando que, em casos em que o meio ambiente cuidador imediato encontra-se adoecido, a consulta terapêutica não é recomendada. Para que se tenha ganhos com este tipo de procedimento, há que se contar com uma continuidade saudável ambiental, que acolheria as modificações existenciais ocorridas durante a consulta.

holding. Nesse sentido, não se pretende realizar procedimentos clínicos que visem ao autoconhecimento intelectual, racionalizado, mas sim intervenções que aproximem a pessoa do *sentimento de ser si-mesmo*, que significa a expressão usada por Winnicott para designar *self*⁴⁸.

Esse tipo de intervenção, *holding*, não pode ser apreendido a partir da análise de comportamentos, mas sim refere-se a todas as ações do psicanalista no sentido da superação das dissociações, do fortalecimento do *self*. O terapeuta pode intervir por meio de questionamentos que tragam reflexão sobre um tema, e até mediar a criação de novas possibilidades de ação em relação ao assunto que está sendo tratado, como também pode ouvir e ajudar a sustentar a sua experiência, no sentido de dar continência ao que for vivenciado. Convém esclarecer que Winnicott (1988-1999)⁴⁹ usa o termo *holding*, “segurar”, ao tratar dos cuidados com as crianças, e emprega o termo também para caracterizar o trabalho de profissionais cuja característica básica é o cuidado emocional. Define de modo mais amplo “segurar” como tornar seguro, amparar, impedir que caia, agarrar, conter, prender, garantir, afirmar, assegurar; tranquilizar, serenar, sossegar.

No caso da presente pesquisa, houve apenas um encontro individual, no qual foram consideradas todas as possibilidades que uma consulta terapêutica pode abranger, conforme apresentado.

O conceito de Imaginário Coletivo, desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1999)⁵⁰, centra-se na compreensão das condutas humanas de forma mais ampliada, abrangendo os componentes consciente e não-consciente, bem como aspectos sociais, compreendidos aqui não como elementos que podem se separar das motivações individuais, mas sim, e essencialmente,

concebendo o ser humano não de forma isolada e sim como um conjunto ambiente-indivíduo, conjunto este indissociável. Dessa forma, entende-se que as ações humanas estão fortemente ancoradas nas apreensões que os seres humanos fazem do mundo, não na realidade objetivamente percebida.

Campos de Sentido Afetivo-Emocional têm sido entendidos, mediante os conceitos de campo de Bleger (1989)⁵¹ e de Herrmann (2001)⁵², como as regras lógico-emocionais que sustentam o Imaginário Coletivo, ou seja, o conjunto de condutas que dotam de sentido as relações humanas⁵³.

Pesquisas anteriores têm demonstrado o valor científico desse tipo de investigação, bem como a importância de compreender os campos de sentido afetivo-emocionais que regem as condutas de diferentes grupos⁵⁴⁻⁵⁹.

Ampliar o conhecimento a respeito do Imaginário Coletivo do médico que atua em RA é importante na medida em que se torna necessário refletir sobre o fazer do profissional, que é confrontado diariamente com o sofrimento humano. Conhecer os campos de sentido afetivo-emocional regentes da conduta torna possível pensar em ações facilitadoras que possam proporcionar ao profissional criar/encontrar⁶⁰, o que já está lá para ser encontrado, defrontar-se com as possibilidades que tem para viver a sua experiência como médico, podendo até surpreender-se⁷ com o que encontra, superando dissociações, causadoras do sofrimento emocional.

⁶ Criar/encontrar: expressão cunhada pela psicanálise winnicottiana que designa a forma com que se dá a constituição da subjetividade humana, apoiada na concepção de homem como ser criador e que não existe, no momento de seu nascimento biológico, como pessoa *do seu próprio ponto de vista*. Assim, a aquisição de um *status* unitário que se reconhece como pessoa diferenciada do mundo, bem como o conluio psicossomático e o estabelecimento de relações objetais, depende das experiências de ilusão de criação de todos os aspectos do mundo compartilhado⁶⁰. Essas experiências relacionam-se com o conceito de criatividade primária⁴⁰, apresentação de objeto⁶¹, de ambiente suficientemente bom⁶², em que os seres humanos criam aquilo que lhes foi apresentado, criam o que está lá para ser encontrado.

⁷ Surpreender-se: movimento existencial indicativo da superação das dissociações, momentos de integração das experiências em torno de um *self* unitário. De acordo com a psicopatologia implícita na

Conversar sobre as situações de difícil manejo no contexto de uma pesquisa-intervenção, ou seja, numa situação em que o pesquisador pode refletir sobre o que é dito com o participante, longe de querer somente estabelecer uma situação de pesquisador-objeto de pesquisa (o que será esclarecido no capítulo do Método), pode facilitar a possibilidade do cuidado psicológico do profissional entrevistado. Configura-se uma atenção psicoprofilática por ir ao encontro da demanda ainda não manifestada verbalmente pelos profissionais. Por sua vez, essa ação pode ainda proporcionar uma atenção psicoprofilática em relação aos pacientes, já que a saúde emocional do profissional certamente influencia em seu atendimento.

O estudo pretendeu estudar o fenômeno humano em sua situação⁷. Por meio do caráter da entrevista psicoprofilática nos moldes de uma Consulta Terapêutica, buscou-se os aspectos do sofrimento humano que emergem na prática do dia a dia dos médicos que atuam em Reprodução Assistida. Buscou-se o Imaginário Coletivo, os Campos de Sentido Afetivo-Emocional, observando os aspectos da subjetividade transindividual do médico, em âmbito coletivo de manifestação humana⁴¹.

obra Winnicottiana, a etiologia do sofrimento emocional refere-se à dissociação, ocasionada, por sua vez, quando a personalidade do indivíduo é impedida de constituir-se, quando passa a reagir a invasões providas do ambiente e necessita interromper seu processo de constituição de *self* em prol da sobrevivência emocional, fazendo uso de um elemento dissociado da personalidade, conhecido por falso *self* ou *self* cuidador⁶³.

2. Objetivo

2.1 Objetivo Geral

Investigar psicanaliticamente o Imaginário Coletivo de médicos que atuam em Reprodução Assistida sobre as situações de difícil manejo em sua prática profissional.

3. Método

3.1 Casuística

Participaram 17 médicos que atuam em Reprodução Assistida, entre homens e mulheres, que atuavam no Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Foram incluídos todos os profissionais médicos do serviço que aceitaram participar da pesquisa.

3.2 Instrumento

Entrevistas individuais com o uso do Procedimento Desenhos-Estórias com Tema, compreendido como procedimento apresentativo-expressivo.

3.2.1 Desenhos-Estórias com Tema como procedimento apresentativo-expressivo

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi escolhido por promover uma forma especial de diálogo, por ter uma fundamentação baseada no método psicanalítico.

Este procedimento foi desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1999)⁵⁰ como mediador de experiências emocionais, facilitando a comunicação de elementos não conscientes das condutas humanas. A proposição desse procedimento teve sua inspiração no Procedimento Desenho-Estória de Trinca (1972, 1997)^{64,65}, mas difere-se deste, na medida em que não se apresenta como um procedimento diagnóstico, mas sim é concebido como Procedimento Apresentativo- Expressivo⁴².

Essa diferenciação dá-se a partir do estabelecimento de uma duplicidade discursiva na conceituação freudiana de psicanálise^{66,67}, gerando a possibilidade de diferenciação entre método, essencialmente interpretativo em seus fundamentos, e procedimentos clínicos interpretativos. Desse modo, o método psicanalítico, uma das possibilidades de abordagem em ciências humanas, não se restringe à aplicação da técnica conhecida como interpretação. Sendo assim, abrem-se possibilidades de intervenção, diferenciadas das propostas por Freud e rigorosamente embasadas epistemologicamente⁶⁸.

Os procedimentos apresentativo-expressivos inspiram-se na obra winnicottiana, uma vez que pressupõem que a saúde emocional dos indivíduos depende da possibilidade de realização do gesto espontâneo, ação criativa que parte da expressão do *self* e não ações que são originadas a partir de núcleos defensivos da personalidade⁶⁹.

Segundo Winnicott, o ser humano é essencialmente criador e esse aspecto de sua natureza só pode acontecer se for facilitado por um meio ambiente suficientemente bom⁷⁰, que tem como função apresentar o mundo em doses suficientes e apropriadas⁶¹ para que o impulso criativo aconteça. Essa ideia de apresentação do mundo, realizada pelo meio ambiente, encontra-se com o movimento, pessoal do ser humano, de criar exatamente aquilo que lá está para ser encontrado⁸.

⁸ Em termos winnicottianos, refere-se à ideia paradoxal de criar/encontrar o mundo, a partir da qual se dá a constituição do *self* e, em decorrência, a capacitação para relacionamento com o mundo compartilhado.

O procedimento tomado como um instrumento dialógico possui função análoga ao que Winnicott (1968)⁷⁹ chamou de *jogo do rabisco*, o qual realizava durante as *consultas terapêuticas*.

De acordo com Abram (1998)⁴⁸, a *consulta terapêutica*, originalmente realizada por meio do *jogo do rabisco*, baseava-se fundamentalmente na esperança e na confiança que a criança e sua família tinham em encontrar ajuda e acolhimento. Visava facilitar a comunicação emocional por meio do brincar e proporcionar o aparecimento do elemento surpresa, que permitia que questões importantes surgissem em curto espaço de tempo. Vale a pena recorrer à descrição que o próprio Winnicott fez:

“Em um momento apropriado após a chegada do paciente, com frequência de pois de solicitar aos pais que aguardem na sala de espera, digo à criança: ‘Vamos brincar de alguma coisa. Sei de que quero brincar e vou lhe mostrar’. Existe uma mesa entre a criança e eu onde há folhas de papel e dois lápis. Apanho primeiro algumas das folhas dividindo-as ao meio, dando a impressão de que aquilo que estamos fazendo não possui qualquer importância, e logo digo: “Este jogo de que eu gosto tanto não possui regras. É só pegar o lápis e fazer assim...” É bem provável que eu feche os olhos e faça um rabisco cego. Dou continuidade ao meu esclarecimento dizendo: ‘Me diga se isso se parece com algo ou se você pode transformar isso em alguma coisa. Depois irá fazer o mesmo comigo. Aí eu verei se posso fazer algo com o que você me mostrar’. (...) Esta é a técnica. Devo mencionar que sou absolutamente flexível mesmo nesses estágios tão precoces, de modo que, se a criança escolhe desenhar, falar ou brincar com os brinquedos, tocar uma música ou fazer bagunça, sinto-me à vontade para aceitar suas vontades. Geralmente o menino gostará de brincar com o que chama de ‘jogo que conta pontos’; ou seja, algo onde

pode vencer ou perder. Contudo, em uma grande quantidade de entrevistas iniciais, a criança ajusta-se suficientemente bem ao que proponho e ao que ofereço em termos de brincar, para que algum progresso ocorra. Logo surgem alguns resultados, de modo que o jogo tem continuidade. Em geral, fazemos em uma hora vinte ou trinta desenhos juntos. A combinação desses desenhos vai ganhando cada vez mais importância. A criança sente estar tomando parte da comunicação dessa coisa tão importante.” (Winnicott, 1968, pg. 301)

Para a presente pesquisa, portanto, compreende-se que o *jogo do rabisco* foi tomado como paradigma inspirador. O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi apresentado como uma espécie de “rabisco” da pesquisadora, já que a mesma possuía afinidade com a atividade do desenho, com a intenção de facilitar a comunicação emocional.

Assim sendo, ao conceituar um procedimento nesses moldes, existe a intenção de que esse movimento existencial aconteça: que o participante possa encontrar a expressão de sua personalidade total (e não submeter-se à atividade ou usar da racionalização como defesa contra as angústias suscitadas pelo assunto) no material apresentado, no caso, a proposta de realização de um desenho e de uma história.

Durante as entrevistas, os participantes foram convidados a desenhar e a realizar uma história sobre o desenho. O tema escolhido para essa ocasião, vale dizer, de pesquisa-intervenção, foi elaborado intencionando favorecer ao participante a expressão de seu substrato afetivo-emocional, suas ideias e seus sentimentos, acerca do tema de interesse da pesquisa. Para tanto, necessita trazer notícias sobre o assunto que se quer pesquisar, mas não deve estar muito delimitado, para que seja efetivamente um procedimento em que o

participante possa, ao mesmo tempo, expressar sua singularidade, comunicando os aspectos não conscientes relacionados ao tema proposto, mas que também possa servir de material para a pesquisa. Nesse sentido, foi proposto o tema: “Uma situação de difícil manejo na sua prática profissional”.

Descrevendo detalhadamente como é feito esse tipo de procedimento, o pesquisador, no momento da entrevista, convida o participante a fazer um desenho. Para tanto, disponibiliza folhas de papel e lápis ou canetas⁹. Após a realização do desenho, é pedido que se confeccione uma história sobre o que foi desenhado e que dê um título à produção. Durante toda a entrevista, podem ser feitas perguntas e/ou comentários sobre o acontecer, sempre com o intuito de favorecer a realização da proposta¹⁰.

Pode-se conceber tal procedimento como uma ação psicoprofilática, na medida em que o auxílio psicológico vai ao encontro da população em situações que inspiram cuidados, promovendo, assim, um espaço de acolhimento do sofrimento humano e de intervenção psicanalítica que favorece o amadurecimento emocional. Sendo vivência que propicia uma experiência reflexivo-vivencial a respeito de situações de difícil abordagem, pode proporcionar uma vinculação verdadeira, produtiva, criativa e transformadora do real⁷¹.

3.3 Critérios de Inclusão

⁹ Não sendo um procedimento projetivo, regido por normas rígidas e gerais, esse procedimento possibilita o uso livre de materiais, escolhidos pelo pesquisador. Assim sendo, dependendo das preferências do pesquisador, podem ser utilizadas folhas de papel branco ou colorido – ou a disponibilização de ambos, bem como lápis na cor preta, lápis coloridos, canetinhas, caneta esferográfica.

¹⁰ Lembrando que a intervenção do pesquisador-psicanalista é o *holding*, a facilitação e sustentação do acontecer.

Médicos que atuavam em Reprodução Assistida no CRH-HC-FMUSP, independente de sua idade, sexo ou tempo de atuação na área.

3.4 Procedimento

Foi feito aos médicos do CRH-HC-FMUSP o convite para a participação do estudo, e explicado detalhadamente o intuito e a natureza da pesquisa que seria realizada. Aqueles que concordaram, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), autorizando o uso do material.

3.5 Tratamento dos Dados

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual pode ser definida segundo o conceito de Denzin & Lincoln (2006)⁷², ou seja, “(...) uma atividade que consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo (...)”, na qual o pesquisador busca entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que os indivíduos a eles conferem. Essa modalidade de pesquisa foi escolhida por tornar possível a captação da subjetividade de indivíduos e grupos, assim, podendo submetê-la à análise de teorias específicas.

O material apreendido nas entrevistas – os desenhos, as histórias e, posteriormente a narrativa ficcional – foram considerados à luz da Teoria dos Campos⁵², que prevê uma aproximação psicanalítico-fenomenológica do acontecer clínico. Nesse sentido, as técnicas psicanalíticas de associação-livre e atenção equiflutuante nortearam a compreensão da comunicação emocional profunda vinda do material, que foi organizada de acordo com os determinantes lógico-emocionais relativos ao trabalho dos médicos participantes.

Laplanche e Pontalis (1992)⁷³ definem a atenção equiflutuante como o modo mediante o qual o analista deve escutar o paciente, não privilegiando, *a priori*, qualquer elemento de seu discurso, que implicaria um funcionamento mais livre possível de sua atividade inconsciente. A associação-livre corresponderia dedicar-se à tentativa de exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos, sem sobre eles exercer qualquer tipo de censura.

A partir desta visão tradicional dos passos do método psicanalítico, também é possível compreendê-lo de forma ampliada, ou seja, a associação-livre e atenção equiflutuante, ambas praticadas pelo paciente e analista, o que pode ser entendido como abertura fenomenológica e existencial para o acontecer clínico⁷⁴.

É importante salientar que o método psicanalítico desta pesquisa baseou-se em Bleger (1989)⁵¹, que considera o homem em sua concretude, e toda conduta humana como um conjunto de manifestações, sendo que os fenômenos humanos só podem ser considerados dentro de um contexto pessoal, social e de ação no mundo. Podem-se considerar os grupos de condutas, as manifestações simbólicas, a saber, as crenças, as imagens e as emoções⁷⁵.

As informações obtidas nas entrevistas também foram analisadas conforme proposto por Aiello-Vaisberg (1999)⁵⁰. Parte-se da livre inspeção do material, voltada à construção compreensiva e interpretativa, visando captar a sua contribuição individual na subjetividade grupal, ou seja, o sujeito coletivo, a sua experiência como membro da subjetividade transindividual médico da Reprodução Assistida.

Buscando integrar o acontecer vivenciado e a subjetividade compreensiva da pesquisadora^{56,76}, após o encontro com os médicos, foram escritas narrativas transferenciais⁷⁷, como forma de registro da situação vivida, considerando as associações livres e atenção equiflutuante para identificar o que foi emocionalmente significativo no encontro.

Por tornar possível a apreensão das manifestações do homem concreto e sua dramática, atualmente estudos tem sido feitos com narrativas

transferenciais, ou seja, textos que figuram tanto narrativas de lembranças dos acontecimentos, como registros referentes aos impactos e reverberações emocionais provocados na pessoa do pesquisador mediante ao acontecer clínico (Granato; Aiello-Vaisberg, (2011)⁸⁰; Granato & Corbett & Aiello-Vaisberg, (2011)⁸¹; Montezi et al., 2013)

O uso de narrativas transferenciais como registro possibilita ao pesquisador um contato com o material capaz de facilitar a produção interpretativa de campos de sentido-afetivo emocional. Porém, ao pensar no uso dessa forma de registro, para preservar a identidade e evitar autorreconhecimento e/ou reconhecimento dos participantes, optou-se por outra forma de registro das narrativas transferenciais: as narrativas transferenciais ficcionais (Ambrósio; Cia; Aiello-Vaisberg, (2010)⁸³; Corbett, (2014)⁸⁴.

A criação de narrativas ficcionais pode ser feita de duas maneiras distintas. Na primeira, o narrador elabora a partir de um único caso, e num segundo momento o transfigura modificando dados identificatórios, circunstâncias de vida ou cenário, buscando dificultar o reconhecimento tanto quanto o autorreconhecimento Corbett, (2014)⁸⁴. Na segunda, o processo envolve maior complexidade. Cria-se um personagem a partir de um compósito de várias pessoas (Caligor; Kenberg; Clarking, (2008)⁸⁵.

No estudo aqui apresentado num primeiro momento houve a criação de narrativas transferenciais dos encontros individuais com os médicos, mediados pelo Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema como procedimento dialógico. Posteriormente, houve a criação ficcional de uma narrativa com o intuito de ilustrar a dramática humana vivida por médicos que atuam em

Reprodução Assistida. Foram substituídos dados reais por outros análogos, como por exemplo, os personagens possuem traços variados, carregando consigo várias pessoas; outros cenários, semelhantes aos dos contos de fadas ou lendas.

A partir da análise do material, buscou-se compreender o Imaginário Coletivo de médicos especialistas em Reprodução Assistida, no que se refere as situações de difícil manejo em sua prática profissional.

É interessante dizer que o Imaginário Coletivo trata-se de manifestações simbólicas de subjetividades grupais, que geram produtos e conformam ambientes humanos, configurando verdadeiros mundos vivenciais no qual se mesclam dimensões históricas, sociais, culturais, psíquicas e emocionais Chinalia, (2012)⁸⁶.

Para que houvesse a compreensão pretendida, fez-se necessário encontrar os Campos de Sentido Afetivo-Emocional. Têm sido entendidos mediante aos conceitos de campo de Bleger (1989)⁵¹ e de Herrmann (2001)⁵², como as regras lógico-emocionais que sustentam o imaginário coletivo, ou seja, conjunto de condutas que dotam de sentido as relações humanas⁵³. Conforme define Ambrósio (2013)⁸⁷.

Compreendemos por *campos de sentido afetivo-emocional* um conjunto de regras-crenças, ideias, sentimentos, pensamentos, valores – que operam tanto de modo consciente como não consciente em todas as manifestações humanas. Os *campos de sentido afetivo-emocional* não possuem uma existência ontologicamente independente; consistem em produções interpretativas do psicanalista/pesquisador, a partir de sua experiência no encontro com as narrativas transferenciais. Sendo assim, podemos entender que o material de

que se trata é proveniente das impressões subjetivas que brotam no encontro de uma pessoa com qualquer fenômeno, registradas sob a forma de narrativas. Afirmar que os *campos* são produções interpretativas indica a compreensão da natureza absolutamente vincular do encontro inter-humano, ou seja, entende-se que os campos são criações/encontros (Winnicott, 1971) de sentidos possíveis, não sendo entidades de princípios pré-existentes à experiência, aguardando para serem descobertos ou traduzidos pelo psicanalista. Os sentidos possíveis das condutas são, portanto, construídos no encontro inter-humano, em campo transferencial.

4. Resultados

Por meio do instrumento de Procedimento Desenhos-Estórias com Tema, foi possível obter desenhos acompanhados por relatos de vivências reais da prática profissional dos médicos. Na conversa com a pesquisadora não houve a formulação de uma história em si a respeito do desenho.

A partir das entrevistas mediadas pelo Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, foram feitas narrativas transferenciais que posteriormente resultou em uma narrativa transferencial ficcional: O Castelo dos Magos.

4.1. Narrativa Transferencial Ficcional

O Castelo dos Magos

Era uma vez um vilarejo onde existia o Castelo dos Magos. Magos das diversas terras muitas vezes iam para lá, a fim de aperfeiçoarem conhecimentos. Era um lugar respeitado pelas terras dos arredores. No castelo, os magos reuniam-se para conversar, compartilhar conhecimentos, falar de suas experiências e receber as pessoas que precisavam de sua ajuda.

Os magos que frequentavam o Castelo eram considerados dotados de conhecimentos especiais, capazes de auxiliar nas dificuldades humanas. Sempre que existia algo de difícil resolução as pessoas dirigiam-se até lá, a fim de terem seus problemas solucionados.

A fama dos magos fazia com que povos de muitas terras fossem até o Castelo, muitas vezes às custas de grandes sacrifícios. Não era raro encontrar pessoas de terras longínquas, que tinham viajado horas, meses, e às vezes até anos, na esperança de ter seu problema solucionado.

Existia uma grande variedade de magos, sendo que aqueles que possuíam capacidades semelhantes reuniam-se para pensar nas questões as quais possuíam maior habilidade e conhecimento, os quais eram representados por seus chapéus e túnicas.

Certo dia, alguns magos estavam reunidos conversando, sobre a ajuda que teriam dado para um casal que queria ter um filho e não estava conseguindo, quando outro casal se aproximou. O homem e a mulher ouviram a conversa enquanto passavam, e ao reconhecê-los por meio do chapéu e túnica que usavam, os interrompeu:

- Boa tarde. Vocês devem ser magos aqui do Castelo dessa terra – disse a mulher.

- Sim, nós somos. – disse Moudry, um dos magos.

- Que bom! Que bom! Viemos da terra Distante do Norte, precisamos da ajuda de vocês! – ansiosa e entusiasmada exclamou a mulher.

Ao lado da mulher estava seu marido, que permanecia calado, contido, mas de olhos vivos e respiração rápida, demonstrando também sua ansiedade enquanto a esposa solicitava ajuda.

- O que acham de procurarmos uma sombra para conversar? - perguntou um outro mago a todos, Mago Pérvilo, já que estava próximo ao meio dia e o sol estava escaldante.

As sombras eram sempre muito disputadas para acolher as pessoas que chegavam para conversar com os magos, principalmente naquele horário do dia. Enquanto procuravam uma sombra, a mulher, ansiosa, conversava com o outro mago, explicando a razão de terem ido procurá-los. Disse que já fazia muito tempo que o casal queria ter um filho, e que por não conseguirem, decidiram buscar ajuda no Castelo.

Os magos ouviam a mulher, porém com a atenção dividida. Estavam preocupados se conseguiriam a sombra ou não, pois o sol estava forte.

A mulher deu uma pausa em sua fala, percebendo a situação. Não demorou muito, começou a chorar. O marido, desconcertado, ao lado da mulher, pediu calma a ela, e permaneceu calado. Por um tempo os magos não perceberam o choro da mulher.

Enfim, encontraram a sombra de um salgueiro, para onde se dirigiram.

O Mago Vílem, de repente, percebeu o choro da mulher. Não sabendo o que dizer, tirou um lenço de um dos seus bolsos e deu para a mulher enxugar as lágrimas. Tocou no ombro do marido e, sussurrando, pediu que o mesmo acalmasse a esposa.

Sentaram-se à sombra do salgueiro para conversar. A mulher, antes falante, estava calada, tanto quanto o marido. Ambos restringiam-se a falar

quando os magos faziam alguma pergunta. Os magos começaram a fazer perguntas, para entender o que acontecia com o casal, para decidir como, e se poderiam ajudar. Em meio às perguntas, a mulher começou a chorar descontroladamente, de modo a mal conseguir responder as perguntas. Houve um silêncio na conversa. Ter alguém chorando daquela maneira pareceu angustiar a todos. Os magos entreolharam-se e o Mago Moudry disse:

- Acho melhor esperarmos ela se acalmar. Ela poderia conversar com a Glenda, eu a vi próximo ao Castelo, logo depois de termos conversado com o outro casal.

Glenda, assim como outros no vilarejo, era um tipo de pessoa que possuía uma habilidade especial para conversar, e ajudava a cuidar das pessoas que eram recebidas pelos magos. Por isso, ela procurava sempre caminhar pelo Castelo e suas imediações.

Para os magos, os minutos de espera para que a mulher se acalmasse pareciam infinitos. Pensando em chamar Glenda, perceberam que a mulher estava se acalmando, e não a chamaram, decidiram apresentá-la depois ao casal.

Quando a mulher estava visivelmente mais calma, disse o Mago Pérvilo, olhando para o casal:

- Creio que podemos ajudar.

O casal irradiou entre si uma expressão de esperança no olhar. O Mago Pérvilo continuou:

- Precisamos ir até o Castelo.

Todos saíram em direção ao Castelo.

Chegando lá, os magos Pévilo e Moudry foram verificar os preparativos para a fabricação de uma poção que usariam para aquele caso. O mago Vílem saiu à procura de Glenda, para apresentá-la ao casal.

Encontrou Glenda no corredor do Castelo, despedindo-se de uma mulher, com quem tinha acabado de conversar. Sem demora, o Mago Vílem começou a falar, desenfreadamente, do pedido do casal que haviam recebido. Contou de onde vinham, sobre tudo o que haviam conversado até então, do grande sofrimento do casal, e do que os magos decidiram fazer.

Glenda ficou muito interessada em tudo que ele falava. Mas além de perceber que poderia ser uma situação difícil para o casal, ela reparou que o mago também parecia angustiado. Não comentou tal fato no momento, apenas o ouviu atentamente.

O mago Vílem chamou o casal e apresentou à Glenda. Disse que poderiam procura-la, que ela estava ali para conversar com as pessoas que estavam passando por situações difíceis. Glenda colocou-se a disposição do casal. O Mago Vílem disse que voltaria para o local da fabricação da poção, e que depois o casal deveria voltar para lá também, pois para finalizar a fabricação da poção precisariam de uma gota de sangue do homem e da mulher. O Mago Vílem retirou-se da presença deles. O casal ficou com Glenda.

A mulher disse:

- É muito bom saber que podemos conversar com você, Glenda. É mesmo uma situação muito difícil. Mas vai dar tudo certo, estamos no melhor lugar de todas as terras desses arredores! Os magos do Castelo com certeza vão conseguir resolver nosso problema.

Glenda permaneceu em silêncio, ouvindo atentamente, percebendo que o casal depositava toda a esperança no que os magos haveriam de fazer. A mulher continuou:

- Agora eu e meu marido queríamos descansar da viagem, que foi longa, comer alguma coisa. Podemos procurar você depois se quisermos?

- Claro. Vocês poderão encontrar-me facilmente aqui no Castelo. Quando vocês encontrarem novamente com os magos seria interessante perguntar a respeito do que será feito, tirar dúvidas... Acho importante. – disse Glenda, por ter percebido a grande expectativa do casal.

O casal agradeceu e retirou-se.

Glenda pôs-se a pensar, nessa e em outras situações semelhantes que já havia vivido com os magos. Percebia que, além da situação parecer difícil para as pessoas que os magos recebiam, ainda que não falassem, os magos pareciam ter dificuldades em lidar com determinadas situações.

Após refletir um pouco sobre o assunto, Glenda foi até onde normalmente os magos fabricavam as poções. Lá estavam os Magos Moudry, Vilem e Pérvilo. Ao chegar reparou que estavam muito concentrados, não os interrompeu. Estavam conferindo os ingredientes para fazer a poção.

Quando percebeu que tinham terminado, Glenda apresentou-se, e perguntou se ela poderia aguardar para falar com eles. Eles concordaram.

Ela sentou-se a uma mesa que havia no ambiente para aguardar. Era uma sala grande, com prateleiras cheias de livros, outras com ingredientes e algumas com uma grande variedade de utensílios para a fabricação de poções. De repente ouviu o Mago Pérvilo dizer:

- Pronto. Vamos aguardar o casal.

Os magos dispersaram-se pela sala. O Mago Pérvilo sentou-se próximo a janela, recostado, e ficou ali isolado, olhando para fora. O Mago Vílem foi até uma das estantes, escolheu um livro e começou a folheá-lo. O Mago Moudry foi até a mesa, onde Glenda estava, e sentou-se. Glenda perguntou:

- Como é atender esses casais?

O mago Moudry, suspirando, disse:

- Sabe o que é mais difícil? Pode não dar certo. Fazemos tudo para que dê, mas pode não dar. E quando não dá, sabemos que só poderemos tentar mais uma vez. – respondeu o Mago Moudry com certo pesar.

- O que acontece que às vezes não dá certo? – questionou Glenda.

- Se tivéssemos a resposta eu poderia garantir que essa mulher que falou conosco agora a pouco engravidaria – disse olhando fixamente para Glenda, e saiu, parecendo ter ficado irritado com a pergunta.

Glenda um pouco acanhada pelo o que acabara de acontecer, foi até o Mago Vílem, que quando percebeu que ela se aproximava a cumprimentou:

- Olá! Conversou com o casal?

- Conversei. Não é uma situação fácil, não é mesmo? – Glenda respondeu perguntando.

- É. Não é fácil para ninguém. Esses casos são sempre difíceis, porque são sempre incertos – disse o Mago Vílem finalizando com um suspiro profundo e postura cabisbaixa.

Naquele momento Glenda teve a certeza de que os magos também sofriam com as situações que atendiam. Ela nunca tinha parado para pensar em tal coisa. Ela ficou admirada diante de sua descoberta e do novo olhar que ela pôde ter em relação aos magos.

Quando ela estava prestes a continuar a conversa, o Mago Pérvilo chamou atenção por anunciar a chegada do casal.

O casal ao adentrar o ambiente e vir Glenda deu um leve sorriso. Pareceram sentirem-se seguros o suficiente para dizer aos magos que tinham algumas perguntas a fazer. A mulher disse aos magos:

- Já ouvimos muitas coisas a respeito das poções. Ao caminhar no vilarejo conversamos com algumas pessoas também, e cada um contou uma história diferente.

O homem perguntou:

- Queremos saber se é garantido que minha mulher irá engravidar?

- Vocês têm tudo para conseguir. São jovens, saudáveis... – começou a dizer o Mago Vílem num tom otimista, quando foi interrompido por Mago Pévilo:

- Sim, tem muito a favor de vocês. Mas vamos falar a verdade, pode não acontecer. E se assim for só podemos tentar mais uma vez. É uma regra, só podemos tentar por duas vezes.

Certa tensão tomou conta do lugar. O casal, apreensivo, olhava para os magos, igualmente apreensivos. Glenda estava tão tensa quanto eles. Diante do impacto da revelação feita ao casal, fez-se um silêncio.

No mesmo momento, chegou o Mago Moudry dizendo:

- Que bom que já voltaram! Assim podemos terminar a fabricação da poção.

O Mago Moudry quando chegou já estava com uma rosa do Jardim do Castelo, que precisariam para o processo de fabricação da poção. Na verdade, usariam o espinho. Era necessário misturar ao líquido da poção, como parte dos ingredientes, uma gota de sangue da mulher e uma gota de sangue do homem. E assim se fez.

Assim que a poção estava pronta, os magos pediram ao Mago Vílem que explicasse para o casal como tomar a poção. Ele explicou:

- A mulher deverá tomar a poção durante a virada de nove luas, sem falhar! Não poderá esquecer. Tomará na noite da virada de cada lua. Irá tomar sempre até a marca que tem no pote da poção, bem certinho. A poção é amarga, mas a mulher tem de tomar. Algumas têm maior facilidade, outras menos, mas é preciso tomar corretamente.

O casal seguia atento à explicação.

- Faça exatamente como estou explicando. Após a nona medida que tomar irão observar. Se até a virada da décima lua as regras da mulher não vierem é porque está grávida. Se vierem, certamente não está. E se não engravidar só poderemos tentar mais uma vez. Daí vocês terão de voltar para fazermos todo o processo novamente.

- Mas as minhas regras não costumam vir sempre, como saberei que estou grávida? – perguntou a mulher.

- Fique tranquila, com o uso da poção se você não estiver grávida as regras virão, se estiver elas não virão – respondeu o Mago Vílem.

Pouco depois da explicação chegaram os Magos Pérvilo e Moudry para entregar a poção ao casal. O homem pegou a poção, guardou em sua bolsa. O casal agradeceu aos magos e à Glenda, e foram embora.

Todos se entreolharam num breve silêncio. O Mago Pérvilo disse:

- Agora é só esperar.

Já era noite, os magos estavam visivelmente cansados. Sentaram-se um pouco à mesa, começaram a falar de coisas triviais. Glenda aproximou-se e disse:

- Magos, se precisarem estarei nas imediações do Castelo.

- Obrigada – agradeceu o Mago Vílem.

Glenda sempre, mais ou menos na mesma hora do dia, caminhava pelo Castelo. Após dar-se conta do sofrimento dos magos muitas vezes aproximou-se deles para conversar. Alguns falavam mais, outros menos.

O tempo passou, e chegou a virada da décima lua para o casal que os magos e Glenda estavam acompanhando.

Estando sob a sombra de um Carvalho, próximo ao portão do Castelo, Glenda viu os magos Pérvilo, Moudry e Vílem. O Mago Vílem a avistou, e falou:

- Olá, Glenda! – disse o Mago Vílem, parando para conversar, acompanhado dos magos Moudry e Pérvilo.

- Olá! – disse Glenda.

O Mago Vílem continuou:

- Ontem foi a virada da décima lua.

- Sim, eu me lembrei. - disse Glenda.

- Eles são de longe. Se voltarem, acredito que leve mais alguns dias. Temos de esperar – disse o Mago Vílem conformado e ansioso ao mesmo tempo.

- Bem, se eles aparecerem, faremos o que temos de fazer – explicou o mago Pérvilo, com tom de obviedade, e como se não houvesse motivo para ansiedade.

- Mago Vílem, precisamos ir. – disse o Mago Moudry.

- Sim, vamos! Até mais Glenda. – despediu-se o Mago Vílem.

- Até. – respondeu Glenda.

Passaram-se alguns dias e o casal voltou da Terra Distante do Norte. Eles estavam muito tristes. A mulher não estava grávida, mas estavam empenhados em tentar pela segunda vez. Assim que o casal falou com os magos, o Mago Vílem foi procurar Glenda, pois percebeu que o casal estava muito abatido. Quando encontrou Glenda foi logo dizendo:

- O casal voltou. Queremos que esteja lá, para conversar com eles. É muito frustrante quando não se tem o resultado esperado... – o Mago Vílem disse, ficando pensativo. Naquele momento para Glenda não ficou claro se era muito frustrante para o casal ou para o mago.

- É muito frustrante... – Glenda disse reticente.

- Sim, é muito frustrante. – disse o Mago Vílem, parecendo perceber que também era frustrante para ele.

O mago não disse com todas as palavras, mas depois de sua afirmação, ficou claro, por meio de uma comunicação sutil feita pelo olhar, que sim, era difícil para o casal, mas que também era difícil para o mago. Assim, seguiram para o Castelo.

Chegando ao Castelo, viram que o casal já havia recebido um outro pote de poção, e novamente as instruções. O Mago Vílem perguntou se eles queriam conversar com Glenda. O casal disse que sim. Conversaram com Glenda, enquanto isso o Mago Vílem ficou conversando com os outros magos.

Era algo que acontecia com frequência, reuniam-se para conversar sobre os pedidos que recebiam, as poções, os resultados, para consultar os livros, trocar experiências. Conversavam sobre tudo, exceto a respeito de como se sentiam diante dos desafios diários. Por mais difícil que fosse a situação, era muitíssimo raro, como uma espécie de assunto tabu. Glenda já havia notado que para os magos era muito difícil. Como possuía habilidade para conversar, por muitas vezes, em meio a essas conversas os ajudava a conversar sobre o assunto, assim como também auxiliava as pessoas que os procurava.

Após ter conversado com Glenda, o casal foi embora. Glenda aproximou-se dos magos e os avisou. O Mago Pévilo perguntou:

- Eles entenderam que será a última chance?

- Eles disseram que sabem que só há mais essa chance. É uma situação difícil, não é mesmo? – Glenda respondeu perguntando.

- Difícil? – perguntou o Mago Pérvilo.

- É verdade, é tudo muito tenso – completou o Mago Vílem, que estava por perto.

O Mago Pérvilo dirigiu-se ao Mago Vílem com tom de pragmatismo, tentando desconsiderar a tensão do fato:

- Pode ser tenso, mas eu prefiro ignorar o que eu não tenho poder para consertar. Acho melhor pensar no que eu tenho de fazer para resolver o problema.

- Entendo. Mas e quando a gente não consegue resolver o problema?
– disse o Mago Vílem, dirigindo-se ao Mago Pérvilo.

- A gente tenta descobrir como resolver! – respondeu o Mago Pérvilo.

Diante dessa conversa, Glenda percebeu que dentro da realidade dos magos parecia muito difícil quando não conseguiam resolver algum problema para o qual eram solicitados. Ela comentou:

- Parece difícil dar-se conta de que não existe resposta para todas as coisas.

- As respostas existem, todas! Algumas ainda só não foram descobertas – disse o Mago Pérvilo.

Glenda acreditou ter entendido que muitas vezes a situação era sempre tensa. O Mago Pérvilo a ajudou entender, com seu jeito de sempre ter

uma resposta objetiva e rápida, que essa era uma maneira de não prestar atenção na dor e no sofrimento.

Passaram-se outras viradas de lua, e o casal apareceu no Castelo. Na ocasião o Mago Moudry os recebeu. Por algum motivo o Mago Moudry preferiu não atendê-los imediatamente. Pediu que aguardassem um momento, foi chamar os Magos Pérvilo e Vilem. Era comum, mesmo depois da segunda vez sem obter o resultado desejado, que o casal voltasse ao Castelo na esperança de que os magos ainda tivessem algo a fazer para ajudá-los. Aliás, antes do casal da Terra Distante do Norte chegar, os magos Pérvilo e Vilem conversavam com outro casal que não havia conseguido engravidar.

O Mago Moudry, um pouco ansioso, aguardou os magos Pérvilo e Vilem terminarem a conversa com o outro casal, e depois os chamou:

- Magos, o casal da Terra Distante do Norte está aí.

O Mago Pérvilo, tendo acabado de sair da conversa tensa com o casal anterior, olhou para baixo, tirou o chapéu, coçou a cabeça, e disse:

- Alguém vai precisar falar com eles.

Entreolharam-se. Parecia que nenhum deles estava animado para conversar com o casal, como que pressentindo algo ruim. O Mago Moudry sugeriu que fossem chamar Glenda, o que os magos concordaram. O Mago Pérvilo achou uma boa idéia, mas pediu para esperar um pouco. Isso porque, às vezes alguns casais ficavam tão arrasados, outros com raiva, que queriam

somente ir embora e não falar com mais ninguém. De repente, o Mago Moudry quebrou o silêncio dizendo:

- Eu falo com eles, pode deixar.

Receoso, foi até onde estava o casal.

O Mago Pérvilo disse ao Mago Vílem enquanto o Mago Moudry saía:

- Esse é o nosso ofício. De todo jeito, temos que estar lá para a alegria ou para a tristeza.

Ambos ficaram pensativos, em silêncio, aguardando o que aconteceria.

O Mago Moudry voltou rapidamente. Chegou chamando os outros magos:

- Preciso que vocês venham comigo até o casal.

Os Magos Pérvilo e Vílem foram tensos ao encontro com o casal, imaginando que teriam de enfrentar uma situação muito difícil, já que o Mago Moudry havia solicitado que estivesse com ele. Chegando lá, o Mago Moudry disse que o casal fazia questão de dizer também aos dois, pessoalmente, o que havia ocorrido.

Num instante cheio de emoção a mulher disse:

- As minhas regras... não vieram! – disse sorrindo, de maneira emocionada.

Quando isso aconteceu os magos respiraram aliviados. O Mago Vílem disse:

- Mas que bom! Parabéns! Mas quando vocês chegaram pareciam apreensivos, por quê?

- Porque vocês são tão ocupados, não sabíamos se vocês poderiam nos receber agora, e temos que voltar imediatamente para a Terra Distante do Norte. Também porque não sabíamos se gostariam do presente que trouxemos para vocês! – disse a mulher tirando de uma bolsa alguns presentes.

Todos riram. Os magos não só ficaram felizes com a notícia, como também gostaram da surpresa do presente. O Mago Pérvilo, de maneira muito polida, mas visivelmente emocionado, os parabenizou também. O casal os presenteou com doces caseiros, que a mulher mesmo havia preparado. Deixaram também um pote de doces para Glenda. Pediram que entregassem para ela, pois não poderiam procurá-la ou esperar que a chamassem, pois teriam que voltar rapidamente para a Terra Distante do Norte. Os magos garantiram que entregariam a ela. O casal despediu-se e foi embora.

Em seguida, chegou outro casal que havia procurado os magos pelo mesmo motivo. Sem dúvida a rotina dos magos era muito intensa, atendiam muitos casais por dia, porém nem todos tinham a mesma sorte. Conversaram com o casal, que não havia engravidado. Já era a segunda tentativa e os magos não poderiam ajudá-los mais. Após uma conversa difícil e demorada, o casal foi embora verdadeiramente desapontado e triste.

Mais tarde, os magos saíram à procura de Glenda. Ela estava sentada escrevendo, sob a sombra de uma cerejeira no jardim do Castelo. Os Magos

Vílem, Moudry e Pévilo foram entregar o pote de doces que o casal havia deixado para ela.

O Mago Vílem, de um jeito descontraído, contou como foi que aconteceu essa última visita do casal, da tensão que sentiram quando chegaram, e do grande alívio diante da notícia.

O Mago Moudry falou do quanto ficou feliz, e de como era bom quando o resultado era o esperado. Disse que, embora ficasse chateado em não saber o porquê as coisas não davam certo, que quando conseguia ajudar a resolver um problema de algum casal sentia-se renovado! Contou também que em seguida, chegou um casal que havia feito as duas tentativas e não havia conseguido:

- Foi difícil após uma situação de felicidade ter de dar uma notícia indesejada para aquele casal. Nossos dias são cheios desses altos e baixos – os outros magos confirmaram dizendo sim com a cabeça, em silêncio.

Glenda os ouviu atentamente. Finalmente, os magos entregaram em suas mãos o presente. Ela agradeceu a gentileza de terem ido até ela levar o presente que o casal havia deixado. Como em muitas ocasiões, disse que poderiam chamá-la sempre que precisassem, mas que de qualquer forma, estaria por perto. Os magos agradeceram, despediram-se dela e voltaram para o Castelo.

4.2 Os campos de sentido afetivo-emocional

Foram encontrados três Campos de Sentido Afetivo-Emocional que demonstram o substrato afetivo-emocional do sofrimento do médico em relação às situações de difícil manejo em sua prática profissional, a saber, os seguintes campos: “Não deu certo!?”, “Engole o choro!” e “Fora do comum”. Serão aqui apresentados sinteticamente e posteriormente submetidos a interlocuções reflexivas.

4.2.1 “Não deu certo!?”

Organiza-se ao redor da ideia de que não alcançar o objetivo pretendido seria o equivalente a fracassar, mesmo diante de situações incertas. Quando habitam tal campo as pessoas podem vivenciar, dependendo da situação, além do sentimento de fracasso, frustração e impotência.

4.2.2 “Engole o choro!”

Organiza-se ao redor da crença de que é preciso conter os sentimentos diante de determinadas situações, não deixar-se emocionar. Comover-se seria um sinal de fragilidade inadequado e/ou indesejado.

4.2.3 “Fora do comum”

Organiza-se mediante a crença de que quem está em posição de cuidador é e/ou precisa ser excepcional.

5. Discussão

Neste momento, cabe refletir sobre as interpretações tecidas, apresentando considerações que contribuam para os estudos da dramática humana vivida no dia a dia de médicos, especialmente dos médicos que atuam em Reprodução Assistida, sem, portanto, buscar generalizações a serem aplicadas a problemáticas análogas. Vale ressaltar que esta pesquisa de caráter qualitativo apresentada não tem a pretensão de encerrar-se em si mesma. É importante apontar que aqui se inicia apenas uma interlocução reflexiva, pois como é natural nessa modalidade de pesquisa, o material é de caráter inconclusivo, podendo ser aprofundada a sua compreensão interpretativa Parker, (2004)⁸⁸.

O campo “Não deu certo!?” organiza-se ao redor da ideia de que não alcançar o objetivo pretendido seria o equivalente a fracassar, mesmo diante de situações incertas. Quando habitam tal campo as pessoas também podem vivenciar, dependendo da situação, os sentimentos de frustração e impotência.

Para o médico que atua em RA, não obter o resultado positivo para gravidez no final do tratamento seria o mesmo que fracassar, mesmo conhecendo as estatísticas que apresentam a variação das taxas de gravidez para os tratamentos. Percebe-se que dados da literatura não são suficientes para minimizar os sentimentos de fracasso, frustração e impotência.

Apesar de reconhecer todos os esforços para aplicação adequada da técnica, o médico se sente frustrado diante do resultado do exame beta HCG negativo. Dado o resultado, o profissional pode procurar respostas para o “fracasso”, porém é sabido que em muitos casos não é possível diagnosticar a causa. O sentimento de que nada mais pode ser feito em relação àquele ciclo

de tratamento, juntamente com a falta de explicação, faz com que o profissional se sinta impotente. Diante dos fatos também fica claro para o médico que, por mais que siga rigorosamente orientações técnicas para a RA, não é possível controlar todas variáveis e tudo que acontecerá durante o tratamento.

É importante lembrar que o controle é valorizado na prática médica. Visando “garantir” resultados a maioria dos estudos considerados confiáveis, e publicados em revistas científicas respeitáveis, apresentam desenhos de pesquisas baseados em métodos que procuram tentar garantir tal característica, tais como a randomização, utilização de grupos controles, padronizações (Song *et al*, (2014)⁹⁰; Blockeel *et al*, (2014)⁹¹; Wolff *et al*, (2014)⁹²; Barlow *et al*, (2014)⁹³. Inseridos numa cultura na qual o controle é disseminado como sinal de resultados fidedignos e seguros, ter uma resposta a qual não se consegue explicar, gera uma situação delicada e angustiante.

Neste caso, acreditar que as respostas existam, mas ainda não foram encontradas pela ciência, embora não resolva, pode ser utilizado favorecendo com que a angústia frente à falta de explicação seja acalmada. A situação também pode levar o médico à reflexão, que pode ser mais ou menos aprofundada, para além das explicações científicas, questões que dizem respeito a uma espécie de “mistério da vida”. O médico formula explicações que versam sobre a ordem da natureza e/ou ciclo natural da vida. Algumas vezes recorre às explicações religiosas.

É comum a discussão técnica dos tratamentos de RA em reuniões clínicas, cursos, fóruns, simpósios, congressos, entre outros. Já as questões subjetivas parecem não ter espaço nessas ocasiões. Além da subjetividade

não ser suficientemente colocada em pauta, percebeu-se que não é abordada por receio de exposição diante dos colegas. Quando assuntos dessa ordem são evidenciados, a discussão revela-se pouco produtiva. Tendem a explicar os acontecimentos cientificamente, como também usam “brincadeiras” formuladas a partir da dificuldade apresentada.

É importante lembrar que para Bleger (1989)⁵¹, o fenômeno da conduta humana, ou seja, toda manifestação da dramática do ser humano, apresenta-se simultaneamente em âmbitos individual e coletivo. Pode-se afirmar que ambiente e indivíduo são naturalmente e inevitavelmente elementos indissociáveis. Sendo assim, é necessário considerar que elementos da História e da história da Medicina permeiam a conduta do grupo estudado.

Desde a transição da Pré-História para a História Antiga, recordando que a Medicina nasceu por meio do curandeirismo e religião; e na Idade Média, onde o impulso de descobrir e inventar, aperfeiçoar, tornava maior o conhecimento, o médico já era considerado como alguém que possuía uma credibilidade e poder especiais. Hoirisch, (2006)⁷⁸. O que o mesmo representa para sociedade, a profissão, carrega o peso de diferentes simbologias (Castro, 2003)³¹ que influenciam, por exemplo, no exercício da profissão.

Conforme citado anteriormente, em tempos antigos o médico era severamente punido por não conseguir realizar o pedido dos pacientes Hoirisch,(2006)⁷⁸. Entre os achados da presente pesquisa foi possível observar que existe uma rigidez, que se manifesta no sentido de que o médico “precisa” corresponder ao esperado, pelos pacientes e por ele, já que não alcançar o

objetivo pretendido é sinônimo de fracasso, ainda que diante de situações imprecisas.

Não conseguir o exame positivo de gravidez pode interferir na visão que os médicos têm a respeito de si mesmos e de sua atuação. Constatou-se que a idealização do profissional e da profissão não está restrita à população de um modo geral e aos estudantes de medicina Ramos-Cerqueira, (2002)³⁴, mas que também pode ser percebida em médicos formados.

Em meio a uma gama de sentidos e sentimentos que emergem da experiência com os pacientes, o médico parece sentir dificuldade em comunicar o resultado do exame beta HCG negativo, pois parece ele próprio sentir-se, de alguma forma, impactado com a notícia.

No campo “Não deu certo!?” observou-se que em dado momento o médico surpreende-se ao dar-se conta de que entre ele e seus pacientes existe um envolvimento, próprio do relacionamento inter-humano, que proporciona uma experiência que convida a compartilhar sentimentos intensos. Sente-se admirado em meio ao encontro de sensibilidades que acontece na situação com o casal.

A complexidade tecnológica incorporada ao trabalho do médico que parece vir de uma formação que enfatiza o saber técnico em detrimento à subjetividade presente no atendimento, faz com que o médico possa se sentir obrigado a distanciar-se emocionalmente de seu trabalho. Sendo assim, a partir desse primeiro campo pôde ser observado o aparecimento de outros que se entrelaçam complementando-se.

A partir desse primeiro campo é possível considerar o surgimento de um segundo: “Engole o Choro!”. Organiza-se ao redor da crença de que é

preciso conter os sentimentos diante de determinadas situações, não deixar-se emocionar.

Ter de “engolir o choro” demonstra uma crença em que o médico não poderia deixar-se comover em seu trabalho, como se estivesse proibido de envolver-se, independente das circunstâncias. Emocionar-se, nesse panorama, seria um sinal de fragilidade, inadequado e indesejado para a profissão.

Na medida em que esse campo é estabelecido podemos observar também a dificuldade em comunicar a notícia do resultado do exame de gravidez negativo, tendendo a estratégias defensivas. Pôde-se observar que fenômenos dissociativos ocorrem; a sensibilidade tende a ser substituída pela racionalidade técnica.

Estudos confirmam que os profissionais da saúde passam por uma formação instrumental e positivista, levando à idéia de que no trato com o humano existem técnicas que devem ser dominadas Souza et al, (2000)⁹⁴; Blank, (2006)⁹³; Zerbetto & Pereira, (2005)⁹⁵.

Na formação do médico é possível observar que existem disciplinas que tratam da realidade biológica físico-químicas, e o treinamento constante para uma postura científica Bastos & Proença, (2000)⁹⁶. Não fosse a ênfase restrita dada a essas vertentes nada haveria de preocupante. Porém é sabido que dimensões não são ampliadas de modo a incluir toda complexidade da prática médica, que pressupõe essencialmente o contato inter-humano.

Desde a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2000, o tema da humanização dos serviços tem estado em evidência. Publicações científicas têm aumentado Nora

& Junges (2013)⁹⁷, as instituições têm investido em cursos, eventos, entre outras atividades com essa temática, porém inspira cuidados a abordagem do tema. Caso seja apresentado como mais uma padronização para o atendimento, com passos a serem rigidamente seguidos, poderá contribuir para uma espécie de “protocolo do cuidado”, desconsiderando a singularidade dos indivíduos e das situações. Tal posicionamento prejudica o cuidado, pois favorece o distanciamento emocional, facilita a dissociação gerando sofrimento emocional, e dificulta a relação inter-humana. Esse cuidado “técnico”, quando confrontado com reações inesperadas pode ainda levar a formas preconceituosas de cuidado, por não considerar o caráter único da dramática vivenciada (Cia, 2014⁹⁸; Bleger, 1989⁵¹; Politzer, 1928)⁶⁶.

Aiello-Vaisberg & Tachibana (2008)⁹⁹ apontam que existe um imaginário social que valoriza a abordagem tecnológica, cognitivista e comportamentalista das relações humanas. Esse tipo de prática pode revelar uma necessidade de cunho defensivo. Tal aspecto confirmou-se na presente pesquisa, pois foi observado que existe a tentativa de buscar instrumentos padronizados que auxiliem na identificação de possíveis sinais e sintomas que demonstrem a necessidade de acompanhamento psicológico aos pacientes. Além de causar o distanciamento emocional na relação com os pacientes, que prejudica o vínculo tão importante para o cuidado, tal posicionamento contribui para uma cisão com a subjetividade implícita no atendimento, já que procura conhecer as necessidades dos indivíduos pela via do intelecto, ou restringindo as questões emocionais à área da psicologia.

Verificou-se que é comum o médico, ao deparar-se com situações que fogem a técnica, solicitar o atendimento psicológico, com o intuito que o profissional possa cuidar de assuntos que não considera fazer parte de sua prática, talvez por não se sentir preparado para tal, ou por dificuldade em aproximar-se do sofrimento emocional.

Muitas vezes, o médico pretende ter o psicólogo à disposição na ocasião da comunicação do exame de gravidez negativo, para que possa atender os pacientes após a notícia. Cabe ao profissional da psicologia manter-se atento, para que não corra o risco de contribuir mediante a lógica avaliação-combate de sintomas, reduzindo seu trabalho a somente mais uma ferramenta técnica, limitando as possibilidades de sua atuação.

Pode-se ainda ampliar a análise do campo considerando componentes sócio-históricos-culturais que permeiam o exercício da profissão. Vale lembrar que o presente estudo está em sintonia com a teoria de Bleger (1989)⁵¹ que compreende que o fenômeno da conduta humana, ou seja, toda manifestação da dramática do ser humano, apresenta-se simultaneamente em âmbitos individual e coletivo. Pode-se afirmar que ambiente e indivíduo são naturalmente e inevitavelmente elementos indissociáveis, sendo possível concluir que todo ser humano não carrega somente sua própria história, e nem a História se faz por si própria. Em meio às rupturas e permanências da História o indivíduo tem em si um pouco da mesma, e a História em si um pouco de todos. Portanto faz-se interessante lembrar de acontecimentos que possam enriquecer a compreensão desse campo.

A Medicina desde os primórdios sempre foi uma profissão maioritariamente masculina, o que talvez faça com que traga consigo traços de crenças sociais arraigadas correspondentes ao universo do gênero. Aliás, sabe-se que no início somente os homens eram considerados para a profissão.

Na Grécia, na época de Hipócrates, as mulheres eram julgadas incapazes de exercer a profissão, assim como em Roma, embora lá possuíssem mais direitos. Não existem muitos exemplos registrados na história que apontem para a valorização da mulher na Medicina. Do que mais se tem registro é a não aceitação de mulheres em escolas médicas ou em determinadas especialidades, a não admissão para altos cargos acadêmicos, ainda que competentes para tal Millan, (2005)¹⁰⁰.

Crenças sociais cristalizadas relacionadas aos gêneros apareceram no exercício do trabalho do médico que atua em RA. Sendo historicamente uma profissão que ficou marcada por ser praticada em grande maioria por homens, o campo “Engole o choro!” está em consonância com a crença de que “homem não chora”, no sentido que não pode demonstrar sentimentos. Restringindo para o grupo estudado, poderia ser dito que “médico não chora!”. Sendo assim, o lugar da mulher na profissão constitui uma posição peculiar.

O sexo feminino foi denominado socialmente como o “sexo frágil”, susceptível a sensibilidade, que precisa de cuidados. Percebeu-se que estando num ambiente em sua maioria composto por homens, passa a ser ousado mulheres demonstrarem sentimentos, ou chorar, pois caso isso aconteça, correm o risco de serem depreciadas, ou mesmo perderem a credibilidade. É como se fosse confirmado que a profissão realmente não é adequada para elas. Sentem-se obrigadas a assumir uma posição distanciada de suas

emoções em virtude de ter de assumir uma postura condizente a uma exigência do universo do gênero masculino.

De maneira geral, foi possível perceber que tanto os profissionais homens quanto mulheres diante situações de difícil manejo tendem a agir de forma defensiva, pois parece existir o temor de entrar em contato com seus sentimentos por não saberem se serão capazes de lidarem com a situação. Por exemplo, no momento angustiante do resultado negativo de gravidez, os médicos demonstraram sentirem-se comovidos ao dar a notícia, mas necessitar substituir a sensibilidade por um intelecto submetido a uma racionalidade técnica.

Apresentaram defender-se dos sentimentos intensos suscitados nos atendimentos com o casal recorrendo às explicações racionais, pragmáticas, técnico-científicas, e por vezes, sentindo a necessidade de atuar um personagem para conseguir lidar com a situação. Ademais, “engolir as emoções”, pôde ser entendido como uma forma de tentar prevenir a exposição do médico, não só perante aos pacientes, como também aos colegas. Ficou claro não existir espaço para que as questões subjetivas pudessem ser abordadas.

Constatou-se que, sentindo-se afetado emocionalmente, o médico tende a apresentar uma estratégia defensiva chamada *dissociação*. Winnicott (1965)⁶³ explica utilizando os conceitos de *falso self* e *verdadeiro self* :

O *falso self* tem como interesse principal a procura de condições que tornem possível ao *self* verdadeiro emergir. Se as condições não são

encontradas, então novas defesas têm de ser reorganizadas contra a expoliação do *self* verdadeiro (...)

Ainda que seja uma estratégia defensiva é importante salientar que a dissociação pode ser a melhor resposta apresentada, considerando que toda conduta é sempre a melhor possível (Bleger, 1989)⁵¹. Conforme explicam Aiello-Vaisberg & Tachibana (2008)⁹⁹, o falso *self* visa proteger o núcleo de espontaneidade sensível de um indivíduo ou grupo. Porém resulta na perda de contato com os sentimentos autênticos, afetando a possibilidade de sentir-se vivo e real, capaz da gestualidade espontânea, que correspondem a essência da teoria winnicottina da saúde emocional.

Estudos anteriores demonstraram que outros profissionais da área da saúde também estão susceptíveis a estratégias defensivas (Tachibana & Aiello-Vaisberg, (2006)¹⁰³; Vitali & Aiello-Vaisberg, (2006)¹⁰²; Aiello-Vaisberg, (1999)¹⁰¹. Assim como na presente pesquisa, observa-se que em todos os casos estavam sob afetação emocional profunda e sofrida. Sabendo disso, passa a ser imprescindível considerar espaços de cuidado emocional para os profissionais.

Desde a década de 50 existem os Grupos Balint que surgiram com a proposta de abordar a subjetividade existente nos atendimentos médicos, na relação médico-paciente. O espaço não tem o objetivo de atender psicoterapeuticamente, mas proporcionar ao médico uma reflexão a respeito da subjetividade envolvida nos atendimentos. Tal intervenção trata-se apenas de um modelo de acolhimento ao profissional, podendo outras abordagens ser criadas/encontradas.

Vale lembrar que no presente trabalho está sendo considerada uma psicologia clínica social que aborda a singularidade existencial de indivíduos ou grupos, que é essencialmente social (Bleger, 1989)⁵¹, na qual é possível trabalhar por meio de enquadres que diferenciam-se do trabalho clínico entendido como a psicoterapia nos moldes clássicos.

Outra forma de cuidado seria o que se denomina *consultoria terapêutica*. Trata-se de um espaço para acolher grupos de profissionais que estejam em sofrimento emocional devido a questões geradas no ambiente de trabalho. Nesta modalidade de atendimento, o psicólogo “coordenador” faz uso de instrumentos mediadores dialógicos para facilitar a comunicação emocional, tais como desenhos-estórias, teatro espontâneo, entre outros, procurando favorecer a emergência ou recuperação da gestualidade espontânea, que é fundamento da saúde mental na teoria winnicottiana⁵⁶. Busca-se a superação de dissociações por meio da captação do imaginário coletivo, o que permite uma transição entre campos, rompendo com condutas estereotipadas e defensivas.

Para que consigam exercer a tarefa emocional do *holding* aos pacientes, que é tão importante no ambiente hospitalar e processos de cuidado, o médico precisa também contar com um *ambiente de trabalho suficientemente bom*, para que ele próprio se sinta acolhido em suas necessidades. Em termos winnicottianos corresponderia a um ambiente capaz de facilitar a gestualidade espontânea do *self*, que leva a vivenciar o trabalho de maneira integrada, sem se ver submerso pelo sofrimento dos pacientes,

nem tão pouco precisar defender-se de suas angustias por meio estratégias intelectualizadas.

Sabe-se que desde a formação é exigido do médico competência técnica, o conhecimentos dos métodos, técnicas de exames, tratamentos, saber formular diagnósticos e prognósticos. Bastos & Proença (2000)⁹⁶ falam de uma espécie de crise no ensino da Medicina, não só no que se refere ao conteúdo escolar, mas na maneira que é desenvolvido e apresentado, valorizando o conhecimento técnico/teórico e organicista, sem valorizar o desenvolvimento humanístico. Preocupa-se mais com a focalização da ciência em detrimento de todos os outros elementos que compõe o encontro médico-paciente.

Outros estudos demonstram um questionamento a respeito dos paradigmas educacionais da formação do médico, sugerindo a superação de uma visão dicotômica e fragmentada (Rodriguez, 2004)¹⁰⁵. Apontam que a complexidade desse encontro, a singularidade no modo de adoecer dos indivíduos, e a maneira que cada profissional exerce sua prática de maneira única, não conseguem ser sustentados por um pensamento científico baseado em generalizações universais. A subjetividade deveria ser curricularmente contemplada (Bastos & Proença, 2000)⁹⁶. Tal questão merece maior aprofundamento e poderia ser objeto de estudo de pesquisa futuras.

Percorrendo os dois campos anteriormente citados existe um outro: “Fora do comum”. Organiza-se por meio da crença de que quem está em posição de cuidador é e/ou precisa ser excepcional.

O médico parece estar identificado socialmente como alguém capaz de combater e até vencer a morte Simon, (1971)¹⁰⁶. Não corresponder às expectativas, nesse caso específico, obter um resultado do exame negativo de gravidez, muitas vezes sem explicação técnica que o justifique, faz com que o médico se depare com o limite estabelecido pela técnica. Num momento como esse pode ser surpreendido por sentimentos, dúvidas e temores.

Características semelhantes às do estudo de Micelli-Baptista (2003)³⁹ foram encontradas, tais como o medo e a dúvida em relação às questões humanas que fogem ao conhecimento e à tecnologia médico-científica; o sentimento de ter de dar conta de todas as questões que surgirem em relação ao paciente, a idealização de que se deve dominar qualquer dificuldade trazendo sempre a solução. Em situações dessa natureza, podem acontecer dissociações, que visam distanciar os profissionais de uma experiência difícil. Porém as dissociações levam ao sofrimento emocional, pois não permite ao médico vivenciar o seu trabalho de maneira integrada, podendo afastá-lo de viver seu trabalho de maneira autêntica e genuína.

Estar num lugar considerado de prestígio parece colaborar para que o profissional sinta-se pressionado a ter um desempenho “fora do comum”.

Ao estudar sobre a criação de grandes centros podemos alcançar a compreensão do lugar que determinada instituição ocupa na sociedade. Sabe-se que a FMUSP, O HC-FMUSP está inserido no imaginário social dos brasileiros como um lugar de prestígio, pois ao longo dos anos galgou caminhos para que se tornasse um centro de referencia nacional e internacional. Estudando a sua história é possível visualizar como foi que

adquiriu um lugar de prestígio, tornando-se um centro de referência (Marinho & Mota, 2013)¹¹⁵.

O médico que atua numa instituição que traz consigo esse tipo de marca terá de lidar com a exigência implícita de um desempenho acima da média, além de confrontar-se com o que a figura do médico representa para a sociedade e com sofrimento humano, que em si já não é tarefa fácil. É importante que o profissional tenha a percepção que tal expectativa está baseada numa visão idealizada da profissão e da instituição, submetida a uma exigência e rigidez absurdas, que não é só fora do comum, mas impossível de ser correspondida. Portanto, um ambiente de trabalho acolhedor, no qual caiba a natureza humana com suas possibilidades e limitações passa ser imprescindível.

Pode-se dizer que o campo “Fora do comum” percorre os dois primeiros campos apresentados na medida em que o campo “Não deu certo!” apresenta o resultado da não gravidez sentida como fracasso, e o campo “Engole o choro!” como a comoção que deve ser contida. Ou seja, tanto não conseguir ajudar o casal engravidar, assim como emocionar-se, questionaria seu *status* de profissional excepcional. Nesse campo também se apresentaram os sentimentos de fracasso, frustração e impotência. De maneira não-consciente o médico parece estar identificado com um ideal de profissional, o que o faz com que muitas vezes não consiga vivenciar seu trabalho de maneira mais integrada, ou gratificante.

É preciso ressaltar que outros campos podem ser encontrados mediante a análise do material da pesquisa, bem como os mesmos campos

podem ser complementados por meio da criação/encontro do leitor com o que foi apresentado. A discussão do trabalho não tem a intensão de esgotar as possibilidades, mas contribuir para a reflexão e criação de intervenções que possam facilitar a expressão emocional e promover a saúde emocional do médico.

6. Conclusão

Atualmente a tecnologia aplicada à Medicina vem de maneira contundente transformando a realidade, com algumas possibilidades até mesmo anteriormente vislumbradas somente em filmes de ficção científica.

Em uma época que a sociedade vive um momento de medicalização da vida, que tende a reduzir as manifestações humanas a classificação nosológica, percebe-se que as discussões sobre as relações de cuidado acontecem estritamente sob a ótica do conhecimento científico-tecnológico, prejudicando o vínculo na relação médico-paciente, e produzindo estratégias defensivas que dificultam ao profissional vivenciar de maneira autêntica seu trabalho.

De acordo com os achados da presente pesquisa considera-se a necessidade de incluir na formação e na prática médica, além da visão científica-tecnológica que detém as técnicas necessárias à Medicina, a abordagem da subjetividade.

Sugere-se a criação de enquadres psicoterapêuticos e/ou psicoprofiláticos que auxiliem o médico a aproximar-se emocionalmente de seu trabalho, favorecendo a superação de dissociações e, auxiliando na manutenção da saúde emocional.

Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO- HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☒ F ☒
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☒ F ☒
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA :

"Entrevista psicoprofilática ao médico especializado em reprodução assistida".

PESQUISADOR: Paulo Cesar Serafini

CARGO/FUNÇÃO: Coordenador Técnico Científico do Centro de Reprodução Humana da Disciplina de Ginecologia
 INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 83425

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto Central – Divisão e Clínica Ginecológica.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☒ RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☒
 RISCO BAIXO ☒ RISCO MAIOR ☒

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : setembro de 2008 à março de 2010.

Atualmente a Medicina especializada em Reprodução Assistida aparece com destaque, fazendo parte concretamente da vida e das possibilidades das pessoas, utilizando seu conhecimento científico em resposta a uma demanda, um desejo: o de ter um filho. Embora a Reprodução Assistida esteja, de maneira geral, associada com uma solução, vale dizer, a de ter um filho, em toda a experiência referente ao processo, as consultas, os exames e outros procedimentos também se faz presente um componente de sofrimento, vivenciado pelos pacientes, mas também no que se refere à pessoa do médico.

Este estudo visa investigar quais são as situações que causam sofrimento para o médico dentro da prática da Reprodução Assistida, e ao mesmo tempo promover um diálogo que favoreça uma experiência de reflexão que possa auxiliar na vivência dessas mesmas situações.

A pesquisa será realizada com médicos que aceitem fazer parte do estudo, tanto do Setor Público bem como do Setor Privado.

O material da entrevista somente será utilizado se o entrevistado concordar e após assinar este termo de consentimento.

Os participantes serão entrevistados uma única vez por aproximadamente uma hora e meia. Será solicitado que façam um desenho com um tema que será dado, e contem uma estória, podendo ser feitas perguntas e/ou comentários durante toda a entrevista, tanto por parte do pesquisador quanto por parte do entrevistado.

Em qualquer etapa da pesquisa você terá acesso aos profissionais responsáveis pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador e o executante que deverão ser consultados em caso de dúvida são: Professor Paulo Cesar Serafini e a psicóloga Keith Laura Miranda, que poderão ser encontrados no endereço: Rua Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 255 – Cerqueira César – CEP 05403-000 - São Paulo. Telefone: 2661-7621.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovidio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem que aja qualquer prejuízo.

Os sujeitos desta pesquisa não serão identificados, de modo que não haverá possibilidade de você ser reconhecido(a), a partir de sua participação. Se você desejar, poderá ter acesso às conclusões do estudo.

Não há despesas pessoais para os participantes. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, porém o psicólogo responsável pelo estudo e o Serviço de Psicologia da Clínica Ginecológica do HC-FMUSP estará à sua disposição para auxiliar no que for preciso caso surjam necessidades que possam estar relacionadas a sua participação no estudo, além de estarem disponíveis a para o esclarecimento de possíveis dúvidas e/ou orientações.

Se estiver de acordo, por favor, assine este termo de consentimento:

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Entrevista psicoprofilática com o médico especialista em Reprodução Assistida". Eu discuti com a psicóloga Keith Laura Miranda sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claras para mim quais são os propósitos do estudo, o que acontece na entrevista, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e não será remunerada, e que tenho garantia ao acesso aos profissionais envolvidos e ao estudo. Foi devidamente esclarecido que posso obter auxílio, caso venha necessitar, por meio da psicóloga Keith Laura Miranda e do Serviço de Psicologia da Clínica Ginecológica do HC-FMUSP em eventuais necessidades que possam surgir mediante a participação do estudo, bem como para o esclarecimento de dúvidas e/ou orientações. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do participante:

Data ____/____/____

Responsável pela pesquisa:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido da pessoa referida acima para a participação neste estudo.

Data ____/____/____

3

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Entrevista psicoprofilática com o médico especialista em Reprodução Assistida". Eu discuti com a psicóloga Keith Laura Miranda sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claras para mim quais são os propósitos do estudo, o que acontece na entrevista, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e não será remunerada, e que tenho garantia ao acesso aos profissionais envolvidos e ao estudo. Foi devidamente esclarecido que posso obter auxílio, caso venha necessitar, por meio da psicóloga Keith Laura Miranda e do Serviço de Psicologia da Clínica Ginecológica do HC-FMUSP em eventuais necessidades que possam surgir mediante a participação do estudo, bem como para o esclarecimento de dúvidas e/ou orientações. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do participante:

Data ____/____/____

Responsável pela pesquisa:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido da pessoa referida acima para a participação neste estudo.

Data ____/____/____

3

8. Referências Bibliográficas

1. Speroff L; Fritz M. Femaly infertility. In: Speroff & Fritz. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 7ª ed, 2005.
2. Shefi S, Turek PJ. Definition and current evaluation of subfertile men. *Int Braz J Urol*. July–August, 2006;32(4):385-97.
3. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, S. Van Der Poel S, on behalf of ICMART and WHO. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology, 2009. *Hum Reprod*. 2009;24(11):2683-7.
4. Organização Mundial de Saúde – OMS. Disponível em: <<http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html>>. Acesso em: 12 de outubro de 2012.
5. Cornel CA, Grieco SC, Soares JB, Ribeiro CB, Ceschin AP. Guidelines de reprodução assistida. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, 2006. Disponível em: <http://www.sbrh.med.br/guidelines>. Acesso em: 12/10/2012.
6. Badalotti M. Aspéctos bioéticos da reprodução assistida no tratamento da infertilidade conjugal. *Revista da AMRIGS*. 2010;54(4):478-85.
7. Bleger, J. Psico-Higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre:Artes Médicas, 1984. Tradução de Emilia de Oliveira Diehl. 138p.
8. Angelo ML, Moretto MLT, Lucia MCS. Os filhos da ciência: sobre a maternidade na reprodução assistida. *Mental*. 2009;7(12):39-51.
9. Trindade ZA, Enumo SRF. Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Psicologia USP*. 2002;13(2):151-82.
10. Whiteford L, Gonzalez L. Stigma: the Hidden Burden of infertility. *Soc Sci Med*. 1995;40(1):27-36.
11. Mansur LHB. Experiências de mulheres sem filhos. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2003;23(4):2-11.

12. Miranda KL, Modelli A. Representação psicossocial da maternidade de mulheres de um programa de fertilização in vitro. Artigo monográfico de conclusão do aprimoramento pessoal e título de especialista em hospital geral. ICHC-FMUSP. Divisão de Psicologia. São Paulo, 2006. 28p.
13. Freud, S. [1932] Feminilidade. In: Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XXI. Rio de Janeiro:Imago; 1996. p.113-34. Trad. Jayme Salomão.
14. Badinter E. (1985). Um amor conquistado: o mito do amor materno. (W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1980).
15. Rios-Lima MG. Um estudo sobre o adiamento da maternidade em mulheres contemporâneas. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. São Paulo, 2012.
16. Indekeu A, D'Hooghe T, et al. Parenthood motives, well-being and disclosure among men from couples ready to start treatment with intrauterine insemination using their own sperm or donor sperm. Hum Reprod. 2012;27(1):159-66.
17. Maciel RA. Experiências psíquicas no homem à espera da paternidade. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tese de doutorado. São Paulo, 2010.
18. Glover L, Gannon K, Abel P. Eighteen month follow up of male subfertility clinic attenders: a comparison between men whose partner subsequently became pregnant and those with continuing subfertility. J Reprod Infant Psychol. 1999;17(1):83-7.
19. Webb RE, Daniluk JC. The end of the line: infertile men's experiences of being unable to produce a child. Men and Masculinities.1999;2(1):6-25.
20. Berger DM. Impotence following the discovery of azoospermia. Fertil Steril.1980;34:154-6
21. Delgado MJC. O desejo de ter um filho... as vivências do casal infértil. Mestrado (Comunicação Social) - Universidade Aberta, Lisboa, 2007, p. 212.

22. Papreen N, Sharma A, Sabin K, Begum L, Ahsan SK, Baqui AH. Living with infertility: experiences among urban slum populations in Bangladesh. *Reprod Health Matters*. 2000;8(15):33-44.
23. Brandt JO. Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. In: Carter B, McGoldrick M. (orgs). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.206-221.
24. Baldur-Felskov B, Kjaer SK, Albieri V, Steding-Jessen M, Johansen C, Dalton SO, Jensen A. Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large danish register-based cohort study. *Hum Reprod*. 2013;28(3):683-90.
25. Kovacs GT, Wise S, Finch S. Functioning of families with primary school-age children conceived using anonymous donor sperm. *Hum Reprod*. 2013;28(2):375-84.
26. Van Dongen AJCM, Kremer JAM, Sluisveld NV, Verhaak CM, Nelen WLDM. Feasibility of screening patients for emotional risk factors before in vitro fertilization in daily clinical practice: a process evaluation. *Hum Reprod*. 2012;27(12):3493-501.
27. Verhaak CM, Smeenk MJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaijmaat FW, Braat DDM. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod*. 2005;13(1):27-36.
28. Jones GL, Hall JM, Balen AH, Ledger EL. Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2008;14(1):15-25.
29. Lechner HE, Kakebeeke TH, Hegemann D, Baumberger M. The effect of hippotherapy on spasticity and on mental well-being of persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007 Oct;88(10):1241-8.
30. Freud S. (1914). *Sobre o narcisismo*. Trad. Themira de O.Brito, Paulo H. Britto e Christiano N. Oiticica. vol. XIV. Rio de Janeiro:Imago, 1974.
31. Castro FC. Os temores na formação e prática da medicina: aspectos psicológicos. *Rev Bras Ed Méd*. 2004;28(1):38-45.
32. Rocco RP. Relação estudante de medicina-paciente. In: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 45-56.

-
33. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1975.
 34. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MC. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface* (Botucatu). 2002; 6(11):107-16.
 35. Goçalves RJ, Ferreira EAL, Gonçalves, GG, Lima MCP, Ramos-Cerqueira ATA, Kerr-Correa F, Smaira SI, Torres AR. Quem "liga" para o psiquismo na escola médica? A experiência da Liga de Saúde Mental da FMB - Unesp. *Rev Bras Ed Méd*. 2009;33(2):298-306.
 36. Missenard A, Balint M, René G, Gosling R, Turquet PM, Sapir M, Gillieron E, Guyotat J, Batie MA. A experiência Balint: história e atualidade. São Paulo:Casa do Psicólogo, 1994.
 37. Loureiro EMF, McIntyre TM, Mota-Cardoso R, Ferreira MA. Inventário de fontes de estresse acadêmico no curso de medicina (IFSAM). *Rev Bras Ed Méd*. 2009;3(2):191-7.
 38. Marta GN, Marta SN, Andrea Filho A, Job JRPP. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Ed Méd*. 2009;33(3):416-27.
 39. Micelli-Baptista, A. Consulta psicoprofilática ao residente de medicina: proposta de um enquadre diferenciado à luz da perspectiva winnicottiana. Dissertação (mestrado) – IPUSP. Departamento de Psicologia Clínica. São Paulo, 2003. p.99.
 40. Winnicott DW. (1971) Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro:Imago, 1984.
 41. Aiello-Vaisberg TMJA. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*. 1995;6(2):103-27.
 42. Aiello-Vaisberg TMJ, Correa YB, Ambrosio FF. Encontros brincantes: o uso de procedimentos apresentativos-expressivos na pesquisa e na clínica Winnicottiana. Encontro Latino Americano Sobre o Pensamento de D. W. Winnicott; 2000; Rio de Janeiro. Anais.
 43. Aiello-Vaisberg TMJ, Corrêa YB, Ambrosio FF. Encontros brincantes: o uso de procedimentos apresentativo-expressivos na pesquisa e na clínica Winnicottiana. *Cadernos ser e fazer: reflexões éticas na clínica*

- contemporânea. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005. p. 55-67.
44. Aiello-Vaisberg TMJ, Tardivo LC, Fonseca AR. Natureza e esportes ou violência e drogas? A juventude no imaginário de jovens indígenas aculturados. *Psicologia (São Paulo)*. 2002;4:26-37.
45. Aiello-Vaisberg TMJ. Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica Winnicottiana. Aparecida: Idéias e Letras, 2004.
46. Ambrosio FF. Ser e fazer - arte de papel: uma oficina inclusiva. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo, 2005. p. 179.
47. Winnicott DW (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.152-5
48. Abram J. A linguagem de Winnicott, dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott, 1996, 305 p. Tradução de Marcelo Del Grande da Silva.
49. Winnicott DW (1988/1999). Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
50. Aiello-Vaisberg TMJ. Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. Tese de livre docência não-publicada, Universidade de São Paulo, 1999.
51. Bleger J. Psicologia da Conduta. Porto Alegre:Artes Médicas, 1989. p. 244. Tradução de Emilia de Oliveira Diehl.
52. Herrmann F. Introdução à teoria dos Campos. São Paulo:Casa do Psicólogo, 2001.
53. Aiello-Vaisberg TMJ, Machado MCL. Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da teoria dos campos. In: Monzani JM, Monzani LR. (Org.). Olhar: Fábio Herrmann – uma viagem psicanalítica. São Paulo: Pedro e João Editores, CECH-UFSCar, 2008. p. 311-324.
54. Miranda KL, Serafini PC, Baracat EC. O cuidado psicológico ao médico em Reprodução Assistida: um enquadre diferenciado. *Estud Psicol (Campinas)*. 2012;29(1):71-9.

-
55. Montezi AV, Zia KP, Tachibana M, Aiello-Vaisberg TMJ. Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicol Estud.* 2011;16(2):299-305.
56. Granato TMM, Tachibana M, Aiello-Vaisberg TMJ. Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicol Soci.* 2011;23:81-89.
57. Barreto MAM, Aiello-Vaisberg TMJ. O tornar-se adulto no imaginário coletivo de estudantes interioranos. *Psicologia em Revista.* 2010;16:310-29.
58. Russo R, Couto THAM, Aiello-Vaisberg TMJ. O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. *Psicol Soc.* 2009;21:250-5.
59. Martins PCR, Aiello-Vaisberg TMJ. Dificuldades sexuais masculinas e imaginário coletivo de universitários. *Barbarói (UNISC).* 2009;31:18-35.
60. Winnicott DW. (1966). A criatividade e suas origens. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro:Imago, 1975. p. 95-120. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vane de Nobre.
61. Winnicott DW (1949). O mundo em pequenas doses. A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro:LTC, 1982. p. 76-82.
62. Winnicott DW (1956). Preocupação materna primária. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. 3ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 491-8. Tradução de Jane Russo.
63. Winnicott DW (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. O ambiente e os processos de maturação. 3ª ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 1990. p. 128-39. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz.
64. Trinca W. O desenho livre como estímulo de apercepção temática. Tese. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1972.
65. Trinca W. Formas de investigação clínica em psicologia. São Paulo: Vetor; 1997.

-
66. Politzer G (1928). *Crítica dos Fundamentos da Psicologia*. 2. ed. Lisboa:Editorial Presença, 1975. p. 191. Tradução de Conceição Jardim e Eduardo Lúcio Nogueira.
67. Herrmann F. *O método da psicanálise*. São Paulo:EPU, 1979.
68. Aiello-Vaisberg TMJ, Machado MCL, Ambrosio FF. A alma, o olho e a mão: estratégias metodológicas de pesquisa na psicologia clínica social winnicottiana. In: Aiello-Vaisberg TMJ, Ambrosio FF. *Trajetos do sofrimento: rupturas e (re) criações de sentido*. São Paulo:Cadernos Ser e Fazer, 2003. p. 6-16.
69. Machado MCL, Aiello-Vaisberg TMJ. Sofrimento, sentido e absurdo: ilusão criativa e ação sobre o mundo. In: Aiello-Vaisberg TMJ, Ambrosio FF. *Cadernos ser e fazer – rupturas e (re) criações de sentido*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p.40-54.
70. Winnicott DW (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro:Imago, 2000.
71. Aiello-Vaisberg TMJ, Machado MCL. Transicionalidade e ensino de psicopatologia: pensando “aulas-práticas” com Winnicott. In: Catafesta IFM (Org.). *O verdadeiro e o falso self: a tradição independente na psicanálise contemporânea*. São Paulo:Lemos Editorial, 1996. p.239-52.
72. Denzin N, Lincoln Y. (eds.). *O planejamento da pesquisa qualitativa*. São Paulo:ArtMed, 2006. p.17.
73. Laplanche e Pontalis. *Dicionário de psicanálise*, São Paulo:Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1992.
74. Avila CF, Tachibana M, Aiello-Vaisberg TMJ. Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*. 2008;18(39):155-64.
75. Aiello-Vaisberg TMJ, Ambrosio FF. Imaginários coletivos como mundos transicionais. In: Aiello-Vaisberg TMJ, Ambrosio FF (ed.). *Cadernos ser e fazer: imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo:Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006. p. 5-8.

-
76. Granato TMM, Aiello-Vaisberg TMJ. Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paideia*. 2009;19(44):395-401
77. Aiello-Vaisberg TMJ, Machado MCL, Ayouc HT, Caron R, Beaune D. Les récits transférenciels com me presentation du vécu clinique: une proposition methodologique. In: Beaune D (Org.). *Psychanalyse, Philosophie. Art: Dialogues*. Lille: L'Harmattan, 2009. p. 39-52.
78. Hoirisch A. Ser médico – implicações históricas e antropológicas. In: Mello Filho J. *Identidade Médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006 – (Coleção temas de psicologia e educação médica).
79. Winnicott, D.W. (1968) SQUIGGLE GAME. In C. Winnicott, R. Shepperd e M.Davis *PSYCHO-ANALYTIC EXPLORATIONS*. London, Karnac, 1989.
80. Granato, TMM; Aiello-Vaisberg, TMJ. Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico, Porto Alegre, PUCRS*, 42(4): 494-502, out./dez. 2011.
81. Granato TMM; Cobertt E; Aiello-Vaisber TMJ. Narrativa interativa e psicanálise. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 16(1):157-163, jan./mar. 2011.
82. Montezi AV; Zia KP; Tachibana M; Aiello-Vaisberg TMJ. O Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo, Maringá*. V.16. N. 2. P. 299-305, abr/jun. 2011.
83. Ambrósio FF; Cia WC; Aiello-Vaisberg TMJ. O Acidente de Flic: a apresentação do acontecer clínico como narrativa brincante. In: VII JORNADA APOIAR – Promoção de vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: reflexões e propostas, 2010, São Paulo. *Anais da VII Jornada Apoiar*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2010. P. 363-272.
84. Corbett E. “Contos sem fada”: mães e filhos em situação de violência doméstica. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2014.
85. Caligor E; Kenberg OE; Clarking JF. *Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade*. Trad. Sandra M.M. da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2008.
86. Chinalia MJS. (Dissertação de mestrado) *Mulheres na prisão: estudo psicanalítico de um documentário brasileiro*. Campinas: PUC Campinas, 2012.

-
87. Ambrósio FF. O estilo clínico Ser e Fazer na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias. 2013. 114f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2013.
88. Parker I. Qualitative Psychology: introducing radical research. New York: Open University Press, 2004.
89. Additional benefit of hemostatic sealant in preservation of ovarian reserve during laparoscopic ovarian cystectomy: a multi-center, randomized controlled trial Hum Reprod. 2014 Aug;29(8):1659-65. doi: 10.1093/humrep/deu125. Epub 2014 Jun 4.
90. Song T¹, Lee SH², Kim WY³ Hum Reprod. 2014 May 9. [Epub ahead of print]
91. Blockeel C¹, Polyzos NP, Derksen L, De Brucker M, Vloeberghs V, van de Vijver A, De Vos M, Tournaye H Administration of corifollitropinalfa on Day 2 versus Day 4 of the cycle in a GnRH antagonist protocol: A randomized controlled pilot study.
92. Von Wolff M¹, Kollmann Z, Flück CE, Stute P, Marti U, Weiss B, Bersinger NA Gonadotrophin stimulation for in vitro fertilization significantly alters the hormone milieu in follicular fluid: a comparative study between natural cycle IVF and conventional IVF. Hum Reprod. 2014 May;29(5):1049-57. doi: 10.1093/humrep/deu044. Epub 2014 Mar 6.
93. Barlow DH¹, Lumsden MA, Fauser BC, Terrill P, Bestel E Individualized vaginal bleeding experience of women with uterine fibroids in the PEARL I randomized controlled trial comparing the effects of ulipristal acetate or placebo. Hum Reprod. 2014 Mar;29(3):480-9. doi: 10. 1093 / humrep / det467. Epub 2014 Jan 23
93. Blank. DA. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 30(1) 27-31, 2006.
94. Souza MCBME; Alencastre MB; Saeki T. Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, 8(5) 71-80, 2000.
95. Zerbetto SR; Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental.

- Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, 13(1): 112-117, 2005.
96. Bastos Liana Albernaz de Melo, Proença Munira Aiex. A prática anatômica e a formação médica. Rev PanamSaludPublica [serial on the Internet]. 2000 June [cited 2014 Aug 21] ; 7(6): 395-402. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000600007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000600007>.
97. Nora CRD; Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. Revista de Saúde Pública. 2013; 47(6):1186-200.
98. Cia WC. (dissertação de mestrado) Sonho desfeito: anencefalia e experiência emocional dos pais. Área de concentração: Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014. 116 f.
99. Aiello-Vaisberg TMJ; Tachibana M. O ambiente hospitalar suficientemente bom: Sustentação da preocupação materna primária. In: Lange ESN. Contribuições à Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas. São Paulo: Vetor, 2008. p. 146-152.
100. Millan LR. Vocação Médica: um estudo de gênero. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005 – (Coleção temas de psicologia e educação médica).
101. Aiello-Vaisberg TMJ. Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino da psicopatologia. 1999. 343 f. Tese (Livre Docência em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.
102. Vitali LM.; Aiello-Vaisberg TMJ. Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é. In: Aiello-Vaisberg TMJ; Ambrósio FF (Orgs). Imaginários coletivos como mundos transicionais. São Paulo: 2006, p. 61-79. (Cadernos Ser e Fazer).
103. Tachibana M; Aiello-Vaisberg TMJ. O interior do cactus: o imaginário coletivo de psicólogos a respeito da mulher que sofre violência doméstica. In: Aiello-Vaisberg TMJ; Ambrósio FF (Orgs). Imaginários coletivos como mundos transicionais. São Paulo: 2006, p. 80-94. (Cadernos Ser e Fazer).
104. Granato TMM; Aiello-Vaisberg TMJ. Consultorias terapêuticas: cuidado do profissional. In: Aiello-Vaisberg TMJ. Ser e Fazer na clínica da maternidade. Aparecida: Idéias e Letras, 2006. p. 73-80.

- 105. Rodriguez CA; Poli Neto P; Behrens MA. Paradigmas educacionais e a formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.28, n. 3, set/dez 2004.
- 106. Simon R. O complexo tanatolítico justificando medidas de psicologia para estudantes de medicina. Bol Psiquiatr
- 115. Mota A; Marinho MGSMC (Orgs). Departamentos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: memórias e histórias. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012. 288p. :il; 23cm. (Coleção Centenário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; volume 2)
- 116. Rios IC; Schraiber LB. A relação professor-aluno em Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (3): 308-316, 2012.
- 117. Schraiber LB. O médico e suas interações – a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 254.
- 118. https://www.sartcorsonline.com/rptCSR_PublicMultYear.aspx?ClinicPKID=0