

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC - SP**

**Nathalia Vidigal Furtado**

**CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS À CLÍNICA MÉDICA  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**SÃO PAULO  
2013**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC - SP**

**Nathalia Vidigal Furtado**

**CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS À CLÍNICA MÉDICA  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, Área de Concentração: Tratamento e Prevenção, sob a orientação do Prof. Dr. Renato Mezan.

**SÃO PAULO  
2013**

BANCA EXAMINADORA

---

---

---

Ao Francisco,  
filho amado, que veio ao mundo antes da  
conclusão deste projeto e deu um novo  
sentido à minha vida.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Jânio e Maria Helena, por tudo. Pela presença constante, mesmo à distância. Pelo que veio antes e depois.

Ao Francisco, que se tornou a medida de todas as coisas, pela força e alegria contagiantes e pela maneira curiosa com que constrói e reconstrói o mundo à sua volta. Percebeu que, como na vida, as engrenagens e o funcionamento dos brinquedos, podem e devem ser transformados.

Ao meu marido, Éder, que sempre ao meu lado, compreendeu meus piores momentos, compartilhou dos melhores e, diariamente, contribuiu de inúmeras maneiras para a construção deste trabalho.

Às minhas irmãs, Amanda e Fernanda, queridas amigas e grandes mulheres.

À Nádia, pelas trocas afetivas e intelectuais, pelas leituras e comentários do texto, pela presença generosa, estimulante e alegre em minha vida.

À Carlota, pelo carinho e presteza com que se dispôs a ajudar, pelo paciente e cansativo trabalho de revisão e pela viva inquietação diante do tema da pesquisa.

À Raquel, pela amizade e pelos momentos em que dividimos todos os sabores da maternidade e da vida profissional. Juntas, tivemos conversas não concluídas e planos interrompidos, mas, inteiras, escolhemos viver tudo isto.

Aos meus amigos e familiares, que compreenderam os momentos de ausência e sempre se mostraram presentes.

Aos alunos e colegas de trabalho, pelas trocas e oportunidades de aprendizado constante.

Agradeço especialmente a todos os entrevistados, pela disponibilidade em partilhar afetos e experiências e, principalmente, por acreditarem na transformação da realidade na Saúde.

Ao meu orientador, Renato Mezan, que sempre confiou e me acompanhou na realização deste projeto, pelas críticas e orientações que enriqueceram e contribuíram para o desenvolvimento do trabalho e para minha vida profissional.

Ao Francisco Moreno, José Agnaldo e Ricardo Teixeira, pelas delicadas e precisas contribuições na banca de qualificação que permitiram dar continuidade ao trabalho.

*“Os senhores sabem que as nossas atividades terapêuticas não têm um alcance muito vasto. Somos apenas um pequeno grupo e, mesmo trabalhando muito, cada um pode dedicar-se, num ano, somente a um pequeno número de pacientes. Comparada à enorme quantidade de miséria neurótica que existe no mundo, e que talvez não precisasse existir, a quantidade que podemos resolver é quase desprezível. Ademais, as nossas necessidades de sobrevivência limitam o nosso trabalho às classes abastadas, que estão acostumadas a escolher seus próprios médicos e cuja escolha se desvia da psicanálise por toda espécie de preconceitos. Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave. (...)*

*Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade.”*

*Sigmund Freud, (1919[1918])*

## RESUMO

FURTADO, Nathalia Vidigal. Contribuições Psicanalíticas à Clínica Médica na Atenção Primária em Saúde. 152p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

O presente trabalho tem como objetivo estudar a prática clínica realizada por profissionais médicos no contexto dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), e pensar algumas possíveis contribuições ao tema a partir da Psicanálise, visando a uma discussão sobre aspectos sociais e subjetivos que se fazem presentes nesse campo. Essa articulação foi construída utilizando a bibliografia da área e o material de entrevistas com dois profissionais médicos e três usuários/pacientes destes serviços. Seguindo as trilhas de Balint, nossa hipótese é de que haverá sempre no espaço de uma relação como a do médico com o seu paciente, um lugar para a Psicoterapia, embora alguns contextos tenham um destaque especial. Acreditamos ser esse o caso dos serviços de APS, pois envolvem problemas com uma complexidade particular e a tarefa de compreendê-los deve ser perseguida antes de qualquer intervenção. Conclui-se que esta compreensão será alcançada, apenas, no momento em que a presença do paciente for considerada de maneira adequada. Essa mudança implica, necessariamente, em se reconhecer, concomitantemente, a presença da singularidade do profissional médico, sem a qual, nenhuma mudança é possível. Procuramos primeiro contextualizar a prática clínica na APS, destacando sua importância no processo de reorientação na lógica dos serviços de saúde, e resgatar o método de trabalho clínico, considerando as proximidades e divergências no campo da Medicina e da Psicanálise. Na sequência, buscamos refletir sobre a necessidade da dimensão psicoterápica na prática da clínica médica, a importância das questões transferenciais na relação médico-paciente e sobre a necessidade de reconhecer a doença como construção particular/subjetiva de um sujeito, concebendo a clínica como uma prática de cuidado e de construção de sentido diante da experiência de adoecimento. A partir de um olhar psicanalítico, discutimos sobre o estatuto de corpo presente na Medicina, assim como o (en) laço social presente na clínica médica, considerando algumas questões presentes desde a formação médica até a prática clínica.

Palavras-chaves: Atenção Primária em Saúde, clínica médica, Psicanálise, sujeito, relação médico-paciente.

## **ABSTRACT**

FURTADO, Nathalia Vidigal. Psychoanalytic contributions to Medical Clinic in Primary Health Care. 152 p. Dissertation (Masters in Clinical Psychoanalysis). Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

The present work aims to study the clinical practice performed by medical professionals in the context of services of Primary Health Care and think about some possible contributions from psychoanalysis to the theme, focusing a discussion on the social and subjective aspects that are present in this field of knowledge. This articulation was built using the bibliography of the area and material of the interview carried out with two physicians and three users/clients of these services. Following the tracks of Balint, our hypothesis is that there will always be, in the relationship of doctor and his patient, a place for psychotherapy, although some contexts have a prominent position. We believe that this is the case of services of Primary Health Care as they involve problems with a unique complexity and the task of understanding them should be pursued before any intervention. It is concluded that this understanding is achieved only when the presence of the patient is considered in a proper manner. This change implies necessarily to recognize, at the same time, the presence of the singularity of the medical profession, without which no change is possible. First, we aim to contextualize clinical practice in the Primary Health Care, highlighting its importance in the process of refocusing the logic of health services, and rescue the method of clinical work, considering the proximity and differences in Medicine and Psychoanalysis. Following, we reflect on the need for a psychotherapeutic dimension in the practice of clinical medicine, the importance of issues of transference in the doctor-patient relationship and the need to recognize the disease as a particular/subjective construction of a subject, conceiving clinical practice as a task of caring and construction of meaning in the face of illness experience. From a psychoanalytical study we discuss the status of the body in Medicine, as well as the social bond present in the clinic, considering some issues present from medical training to clinical practice.

Keywords: Primary Health Care, medical clinic, Psychoanalysis, subject, physician-patient relationship.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1: A CLÍNICA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
1.1. O CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS).....	17
1.2. CARACTERÍSTICAS DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E DA CLÍNICA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SOBRE A ATUALIDADE DA CLÍNICA MÉDICA NA APS.....	27
<b>CAPÍTULO 2: A CLÍNICA E O MÉTODO CLÍNICO.....</b>	<b>39</b>
2.1. DA ORIGEM DA CLÍNICA À MEDICINA MODERNA: SOBRE A QUESTÃO DA (DES) HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO.....	39
2.2. O QUE HÁ DE CLÍNICO NA CLÍNICA MÉDICA.....	49
2.3. DIÁLOGO MEDICINA E PSICANÁLISE.....	53
2.3.1. A descoberta freudiana.....	53
2.3.2. Em nome da ciência.....	58
<b>CAPÍTULO 3: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DO OLHAR DA PSICANÁLISE.....</b>	<b>61</b>
3.1. CONVITE À PSICOPTERAPIA.....	65
3.1.1. Retomando a noção de psicoterapia.....	65
3.1.2. Psicanálise e psicoterapia.....	67
3.1.3. Medicina, Psicanálise e psicoterapia.....	72
3.2. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: SOBRE TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA.....	76
3.3. POR UMA CLÍNICA DO SUJEITO E NÃO DA DOENÇA.....	85
3.4. CONFUSÃO DE LÍNGUAS ENTRE MÉDICO E PACIENTE: ENCONTROS E DESENCONTROS NA CLÍNICA MÉDICA.....	91
3.5. EM BUSCA DE SENTIDO.....	95

<b>3.6. O CORPO ASSUJEITADO.....</b>	<b>109</b>
<b>3.7. SUJEITO E O (EN) LAÇO SOCIAL NA CLÍNICA: O QUE HÁ DE SOCIAL NA CLÍNICA.....</b>	<b>115</b>
<b>3.7.1. Psicanálise e sociedade.....</b>	<b>115</b>
<b>3.7.2. Ciência e questões sociais.....</b>	<b>121</b>
<b>3.7.3. Formação médica e prática clínica.....</b>	<b>124</b>
<b>3.7.4. A dimensão político-social na clínica médica na APS.....</b>	<b>131</b>
<b>3.7.5. Por uma outra cultura da saúde.....</b>	<b>133</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>135</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>152</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge de uma inquietação da autora a partir de sua atuação em serviços de Atenção Primária em Saúde. Nessa experiência, uma das questões observadas e talvez a que mais a provocou, foi o fato de os atendimentos, encontros e conversas ocorridos entre profissional de saúde - médicos, enfermeiras e mesmo psicólogos - e usuário/paciente, realizados fora do espaço da sala de consulta, não serem, por parte da equipe, considerados atendimentos clínicos.

Não seria esperado um mínimo de estranhamento perceber que nos serviços da rede de Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde, postos de saúde), com uma proposta aberta de trabalho junto à comunidade, em que se realiza a prática da visita domiciliar, se considere a clínica médica como restrita ao consultório do clínico e aos poucos minutos da breve consulta/exame?

Através das produções de alguns acadêmicos, também foi possível perceber a divergência de opiniões e as interrogações sobre a clínica. Isso, de alguma maneira, também esteve presente nas conversas com amigos psicólogos e no trabalho com profissionais de saúde, regidos pelos mais variados temas, nos quais escapavam uma ou outra concepção ou ação sobre a questão da clínica.

Assim, o objetivo desta dissertação é estudar a prática clínica realizada por profissionais médicos no contexto dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), sob o ponto de vista da Psicanálise, visando a uma discussão sobre aspectos sociais e subjetivos que se fazem presentes nesse campo. Nossa hipótese é de que haverá sempre no espaço de uma relação como a do médico com o seu paciente, um lugar para a Psicoterapia, embora alguns

contextos tenham um destaque especial. Esse é o caso da clínica médica na APS que, por suas características e especificidades, valorizam um modelo de relação do tipo clínico.

No entanto, a ideia de clínica pode ser amplamente entendida e, para nos desfazermos de possíveis confusões e nos posicionarmos acerca do nosso entendimento de clínica, reserva-se uma considerável parte do texto a esse tema, foco principal de nosso interesse.

Nesse contexto, importa-nos reconhecer os aspectos que configuram a clínica médica e esta na APS para, em seguida, nos perguntarmos sobre quais elementos e dispositivos da clínica psicanalítica podem contribuir para o retorno do sujeito, médico e paciente, na cena clínica.

Para alcançar tal objetivo, serão analisadas algumas entrevistas realizadas com profissionais da área e usuários de serviços de saúde, incluindo-se a experiência da autora ao material de pesquisa. Além disso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica às principais bases de dados e autores da área.

O texto está dividido em três capítulos. O primeiro capítulo visa apresentar a clínica médica na Atenção Primária, contextualizar e localizar seu lugar dentro do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), e, acima de tudo, destacar sua grande importância no processo de reorientação na lógica dos serviços de saúde.

Nesse capítulo, destacam-se também alguns aspectos que consideramos de grande importância no contexto da saúde, principalmente no Brasil, tais como a valorização da Atenção Primária e as particularidades no cuidado neste âmbito. Estes aspectos, de certo modo, se relacionam e podem ser articulados e ampliados com a contribuição do olhar da Psicanálise.

O segundo capítulo tem o intuito de discutir a clínica. Primeiramente, realiza-se um breve apanhado histórico, com o objetivo de compreender as transformações na clínica

médica e sua situação atual. Fazendo isso, redimensionamos nosso objeto-problema e nosso entendimento da clínica e da prática da clínica médica.

Para isso, tornou-se necessário traçar paralelos mais próximos e mais explícitos com relação à realidade da clínica na Atenção Primária, já que aqui se compreende e se defende um olhar e uma prática propícia ao modo de relação clínico, ao mesmo tempo em que o método clínico-epidemiológico se mostra estratégico no enfrentamento das questões que se apresentam neste contexto. Essa articulação será construída utilizando a bibliografia da área, vinhetas e a própria experiência da autora.

O terceiro capítulo refere-se ao que seriam as contribuições da Psicanálise para o tema, a partir dos elementos que apareceram nas entrevistas e nas falas dos profissionais médicos e usuários/pacientes.

São apresentados, inicialmente, aspectos divergentes entre clínica médica e psicoterapia e a convergência desses campos na clínica psicanalítica. Na sequência, buscamos ampliar e resgatar, com a ajuda da Psicanálise e autores da Saúde Coletiva, algumas dimensões negligenciadas da clínica médica na atualidade.

Enfim, discutimos a importância da relação médico-paciente para o trabalho clínico, enfatizando a presença de elementos transferenciais e contratransferenciais; a dimensão de construção de sentido presente na prática do cuidado em saúde, retomando aspectos discutidos nos grupos organizados pelo psicanalista Michel Balint; as contribuições da Psicanálise à concepção de corpo, conforme concebido pela Medicina moderna e, por fim, a dimensão social e cultural presentes na prática clínica, mesmo que realizada no âmbito individual, na formação médica e nas questões estruturais que envolvem a organização da prática do cuidado médico.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

Este trabalho é construído a partir da realização de pesquisa teórica sobre o tema da clínica médica na Atenção Primária em Saúde (APS) e da pesquisa de campo, através da realização de entrevistas com médicos e usuários dos serviços de saúde. Esta pesquisa não pretende ser uma revisão da extensa produção bibliográfica nacional e internacional sobre Atenção Primária ou sobre a clínica médica, nem mesmo quantificar níveis de satisfação/insatisfação de determinada população em relação ao trabalho na saúde, medir o sofrimento do profissional médico diante da desumanização da área, ou mesmo estabelecer padrões de conduta que, se seguidos, garantirão a humanidade no setor.

Nosso objetivo, portanto, é aprofundar a compreensão sobre o trabalho da clínica médica na APS e pensar algumas possíveis contribuições ao tema a partir da Psicanálise. Para isso, servimo-nos de uma reflexão sobre este campo de conhecimento produzida a partir da Psicanálise e do relato-experiência dos sujeitos envolvidos nestas situações. O que nos interessa é pensar a Psicanálise como um instrumental, oferecendo um outro olhar sobre o objeto da pesquisa, que pode até mesmo, contribuir com outros contextos e sujeitos, mas não determinar as categorias aqui trabalhadas como únicas ou hierarquicamente, principais.

Para realizar este trabalho recorreremos à Psicanálise sem nos atermos a um autor específico, mas ao contrário, buscando nos servir de construções teóricas de tempos e lugares distintos que pudessem se mostrar fecundas na tarefa de (re) pensar a clínica médica praticada na APS. Os saberes e práticas da Psicanálise são concebidos como ferramentas, que oferecem elementos e nos auxiliam a uma compreensão do que está envolvido nos cuidados prestados em saúde.

Torna-se importante explicitar que não é objetivo deste trabalho discutir toda a diversidade de questões que tocam o tema da pesquisa e que se apresentam, muitas vezes, nas entrevistas.

As características dos entrevistados como idade, sexo e tempo de profissão, e as características dos serviços de APS como história e outras especificidades de cada serviço de saúde, como a localização e a região do município, não foram delimitados ou previamente selecionados.

Sabemos da implicação da diferença de territórios e mesmo de um serviço para outro, mas ao seguir tal opção metodológica buscamos oferecer uma leitura que se pauta menos em um território específico e, sim, no cenário mais amplo do campo da saúde no qual nossos entrevistados estão inseridos.

Buscando compreender, e não apenas estudar as questões e problemas presentes na prática clínica na APS, utilizamos o método qualitativo, voltado especificamente para as vivências em saúde, como forma de alcançar o sentido do trabalho clínico para os envolvidos. Segundo Minayo, “a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza.”<sup>1</sup>

Realizamos investigação da prática clínica realizada no contexto da APS, por meio do olhar-escuta das entrevistas e conversas com os profissionais envolvidos e com os usuários/pacientes. Para isso, foram realizadas entrevistas com dois profissionais médicos que atuam ou atuaram em serviços de Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS) e entrevistas com três usuários/pacientes destes serviços. As entrevistas seguiram o modelo de entrevista aberta, pois, desse modo, acreditamos promover uma abertura e não um fechamento tanto para os conteúdos como para os elementos e expressões subjetivas que surgiram, assim como um momento de reflexão e análise das experiências vividas e comunicadas.

---

<sup>1</sup> MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo –Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, jul./set., 1993.

As entrevistas foram realizadas em dias e horários previamente combinados com os entrevistados e em local diferente de seu ambiente de trabalho e/ou local de atendimento de saúde, buscando evitar repercussões desnecessárias para os serviços de saúde e para as relações que ali se produzem. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas com o consentimento dos entrevistados.

Os trechos e todo material utilizado das entrevistas é empregado de forma a preservar o sigilo de todos os dados que possam levar à identificação dos entrevistados. Por esse motivo, cuidamos de fornecer um tratamento ficcional ao material das entrevistas, utilizando nomes fictícios, de forma a preservar o sigilo e proteger os dados coletados.

Na análise das entrevistas utilizamos aqueles pontos que foram recorrentes nas falas dos entrevistados e que se apresentaram como carências e problemas presentes na relação clínica entre os envolvidos. Uma vez identificados os temas comuns que atravessaram as entrevistas realizadas, interessava-nos analisá-los e, a partir disso, pensar nas possíveis contribuições da teoria psicanalítica às principais questões levantadas e eleitas para discussão.

A partir do material coletado nas entrevistas, selecionamos aqueles temas e questões para os quais acreditamos que seja possível ocorrer uma elucidação por parte da Psicanálise, o que implicou no estudo e seleção do material das entrevistas e reconhecimento dos limites deste campo do conhecimento.

Muitas questões de diferentes ordens estão envolvidas nessa discussão e atravessam a realidade dos serviços de saúde e todo o trabalho de cuidado, e de uma maneira mais ou menos explícita se apresentam através das falas dos entrevistados. Considerando a riqueza dos discursos produzidos e as limitações deste trabalho, elegemos e reunimos em sete eixos norteadores as questões que se apresentaram, visando oferecer novos elementos de compreensão a partir da Psicanálise e, com isso, enriquecer a discussão sobre o cuidado em saúde permitindo que novas construções e possibilidades despontem onde dificuldades e

impasses não cessam.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, sob o número do Certificado de Apreciação e Avaliação Ética – CAAE 13428813.6.0000.5482 e os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo).

## **CAPÍTULO 1: A CLÍNICA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

### **1.1. O CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)**

O surgimento do SUS é resultado de um longo e rico processo de lutas e conquistas no direito à saúde e à participação democrática.

No início do século XX a assistência à saúde era oferecida de forma bastante precária por parte do Estado e consistia apenas em ações de vacinação e controle de endemias - estas desenvolvidas universalmente e impostas à população, algumas vezes fazendo uso de violência. Isso, desde já, evidencia o uso do saber médico como estratégia de controle e poder.

No dizer de Viana et al., naquele início de século:

As políticas para a melhoria das condições de saúde, nas principais cidades paulistas, contribuíram sobremaneira para as mudanças nos rumos e concepções de urbanização. A partir de então, instituiu-se um novo código sanitário capaz de adequar o comportamento da população e a infraestrutura urbana com as demandas de desenvolvimento econômico que iriam permear os novos usos do território (...).<sup>2</sup>

Além dessas ações, ainda existia a assistência curativa em hospitais, restrita a uns poucos serviços, em sua maioria, especializados em psiquiatria e tuberculose. A maior parte da população que não podia pagar um médico privado, diante da pouca participação do Estado nessa assistência, acabava por ser atendida por instituições filantrópicas. Neste período, a assistência à saúde era estritamente curativa, exceto no que tange ao combate às epidemias, e

---

<sup>2</sup> VIANA et al. Financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. In: COHN, A. (org.) *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009. p.21.

prestada por meio de caridade.<sup>3</sup>

Os programas de saúde dirigidos à população brasileira privilegiavam a prática médica curativa, individual e especializada, e eram marcados fortemente pela dimensão do controle. Buscava-se controlar uma epidemia ou um determinado agravo, o que é muito diferente de possuir o direito à saúde, assegurado constitucionalmente como dever do Estado, a ser realizado através de prevenção e promoção, tratamento e reabilitação, como no cenário atual.

A partir da década de 1930, algumas empresas passaram a oferecer assistência médica a seus empregados através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que, algumas décadas depois, seriam transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), contando então com participação do Estado. Os IAPs que atendiam a algumas profissões foram transformados no antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, que acaba por se desdobrar no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977<sup>4</sup>. Conclui-se que parte da assistência, como as ações de vacinação e saneamento, era de cobertura universal, enquanto outra parte, a assistência médica curativa, esteve vinculada à previdência do trabalhador formal por muito tempo.

A rede básica de saúde teve sua semente lançada no fim dos anos 1970 com a reforma sanitária que surge dentro de um movimento social mais amplo, tendo como objetivo principal a democratização do país. O movimento sanitário foi importante para reivindicar transformações no setor de Previdência que, diante de aumento nos gastos, financiamento do setor privado, avanços tecnológicos e falta de controle e efetiva melhora na saúde da população, entrou em crise.

---

<sup>3</sup> SOUZA, R. R. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (orgs.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

O movimento contou com a participação de trabalhadores dos serviços de saúde, estudantes de cursos da área, organizações sindicais de diversas categorias profissionais e usuários dos serviços de saúde.

A Reforma Sanitária, como ficou conhecida, teve como marco principal a Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986. Esse movimento foi de fundamental importância e lançou as bases para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), através da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), pautado na unificação do sistema e na descentralização do orçamento e financiamento, realizados através de repasse fundo a fundo, como eram conhecidos os consórcios firmados entre a previdência e o município.

Em 1988 a Constituição Brasileira aprova a política de atenção universal à saúde, estabelecendo os princípios éticos, doutrinários e operativos característicos do SUS: universalidade, integralidade e distribuição equânime da assistência, além da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, com participação e controle social.

Os princípios éticos ou doutrinários são os eixos condutores que norteiam o sistema de saúde e compõem a máxima que rege toda a prática e visa à organização dos serviços. Portanto, são os aspectos da universalidade, integralidade e equidade, que devem ser perseguidos como fim. Os princípios organizacionais são o meio pelo qual se busca operacionalizar os primeiros. São estes definidos pela descentralização, regionalização e hierarquização, participação e controle social, e remetem ao modo de organizar os níveis de cuidado, a relação e o funcionamento dos serviços.

O princípio da universalidade, apoiado na Constituição de 1988, afirma que a saúde é um direito de todos e é dever do Estado prover serviços e ações que o garantam. Uma questão que se localiza dentro do âmbito da universalidade é a do acesso aos serviços de

saúde. Se antes havia uma má distribuição dos serviços, tanto entre os estados do país, como entre as regiões de um mesmo estado e entre as áreas urbanas e rurais, hoje podemos dizer que há uma boa distribuição e acesso aos serviços de saúde. Em 2000, os indicadores revelavam uma ampla cobertura do SUS desde as ações preventivas até a assistência curativa<sup>5</sup>.

O princípio da integralidade visa ao atendimento integral à saúde, considerando as particularidades que definem cada pessoa ou grupo, garantindo o atendimento e respeitando as necessidades de cada um. Para realizar esse princípio, conta-se com a rede de referência e contra-referência de serviços de acordo com sua especialidade e complexidade. Busca-se atender de forma adequada às questões de saúde de modo a racionalizar o sistema e aumentar a sua capacidade de atendimento. Nesse sentido, existem serviços e ações que caminham da baixa para a alta complexidade em diversos grupos como mulheres, crianças, idosos, portadores de HIV e outras moléstias.

O princípio da equidade pauta-se no reconhecimento de que as condições de vida e de saúde da população são desiguais. Consiste em responder, também de forma desigual, às necessidades, de modo a reduzir disparidades e promover um maior equilíbrio, elevando todos a um patamar mínimo. Assim, é possível construir ações e pensar a gestão de maneira mais uniforme.

A descentralização implica uma dimensão política, administrativa e econômica. Opõe-se à estrutura de gestão anterior, autoritária e centralizadora, entendendo que o município é o melhor gestor para a questão da saúde por estar mais próximo da realidade da população e, portanto, sendo capaz de identificar as particularidades locais e buscar solucioná-las, ainda mais se considerando as dimensões e diversidades do território brasileiro.

---

<sup>5</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Essa maior proximidade com o território, além de melhorar o conhecimento das necessidades da população, também permite uma maior participação da comunidade nas decisões, fiscalização e controle social, terminando por promover um processo mais democrático dentro do setor. Para que tudo isso aconteça e a descentralização seja alcançada, se faz necessário um poder centralizado, inclusive para implantá-la gradualmente, fortalecendo a esfera local no sentido de empoderar os atores sociais e garantir a prestação das ações pelos serviços. Além disso, consiste na cooperação financeira do Ministério da Saúde com órgãos públicos e privados da esfera municipal, estadual e federal para a prestação dos serviços de saúde, através do estabelecimento de convênios e parcerias entre as diversas entidades. Um dos destaques desse modo de organização se encontra no modelo de repasse financeiro do fundo nacional aos entes da federação de forma regular e automática, que é conhecido como repasse fundo a fundo, visando ao estabelecimento de convênios entre serviços diversos e estabelecendo a remuneração financeira por serviço prestado.

Este modo de repasse é vantajoso, quando facilita a aplicação dos recursos financeiros de acordo com as prioridades e necessidades de cada localidade, mas, ao mesmo tempo, se mostra inadequado quando fixa critérios pautados na produção, valorizando a quantidade de serviços sem considerar a qualidade desta produção.

A regionalização e a hierarquização remetem às responsabilidades diferenciadas das três esferas na concretização de suas atribuições, visando garantir a cobertura e efetividade da oferta de cuidado em saúde de qualidade à população, que se realizava através da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990, uma das mais importantes do setor (seguida e implementada pela lei 8142) que dispunha sobre a organização e funcionamento do SUS. As demais determinações para o setor foram orientadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), que tentavam preencher as lacunas presentes na legislação vigente. Em um momento posterior, mais precisamente a partir de 2003, os Pactos em Saúde, ditados a partir do âmbito

federal têm regido as ações no setor. Mais recentemente, a partir de junho de 2011 e ainda em processo de implantação, o Ministério da Saúde, a partir do decreto de lei 7805 estabelece o Contrato de Operacionalização da Atenção à Saúde (COAP), que passa a ser o grande orientador das redes de Atenção à Saúde.

O princípio do controle social se realiza através da inserção e participação de três atores sociais nos Conselhos de Saúde municipais, estaduais e nacionais que buscam ser um espaço de aproximação e trocas entre os serviços de saúde e a população, além de um canal de fiscalização. São eles os gestores de serviços de saúde, os trabalhadores da saúde e representantes da própria população.

Desde a Reforma Sanitária, e agora com o SUS, uma nova compreensão de saúde tem orientado o trabalho neste setor. Destaca-se aqui a contribuição da área da Saúde Coletiva como espaço teórico transdisciplinar, de convergência de vários saberes, apoiado no tripé formado pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e pelas Ciências Sociais que, além de constituir-se como abordagem teórica, constitui-se também como um campo de práticas que propõe repensar o cuidado e as ações de saúde dirigidas à população e os serviços oferecidos.

A Saúde Coletiva compartilha um terreno comum com a Medicina Social, a Saúde Pública e a Medicina Preventiva. A primeira tem suas origens na Europa, no final do século XVIII e início do século XIX, em três países: Inglaterra, França e Alemanha. A preocupação básica era prover saúde à população mais pobre, o que se tentou fazer por meio de diferentes abordagens nos distintos países. Na Inglaterra, por exemplo, buscou-se, dentro de uma lógica capitalista, o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, para torná-las aptas ao trabalho e menos perigosas às classes abastadas. Na França, a Medicina Social priorizou a noção de Higiene Pública, que significa o controle e a modificação do meio para proteção e promoção da saúde. Na Alemanha praticou-se uma Medicina de Estado preocupada,

efetivamente, com a melhoria de saúde da população, e o médico aparece pela primeira vez como administrador de saúde. Enfim, estas eram práticas médicas de exclusão dos doentes, com controle feito por uma polícia médica.<sup>6</sup>

Seguindo essa tendência de promoção de uma melhor condição de saúde à população, constituiu-se no Brasil uma área científica denominada Medicina Pública, Medicina Sanitária, Higiene ou Saúde Pública, cujo campo de ação está relacionado ao estudo e prevenção de doenças e ao desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. A ampliação desse conceito estabeleceu-se com o “movimento preventivista”,

Inicialmente, o movimento preventivista tinha como filosofia central promover mudanças nas escolas médicas por meio da incorporação de uma atitude preventivista por parte dos docentes, com conseqüente extensão de tal atitude aos médicos em formação. A Medicina Preventiva, ao ganhar sua força como departamento nas diversas escolas médicas, aponta para um conceito mais integral da Medicina, em que o ser humano é entendido como uma unidade biológica integrada em uma família, a qual, por sua vez, faz parte de uma sociedade.

A busca do conhecimento dos problemas médico-sociais da família, da comunidade e do país é profundamente enfatizada dentro desta visão. Além de estabelecer um currículo que visa à formação dos graduandos para uma prática generalista, os departamentos de Medicina Preventiva tinham a função de assessorar as organizações de Medicina Pública e Privada nas soluções de problemas de saúde da comunidade.<sup>7</sup>

As contribuições do campo da Saúde Coletiva à Medicina dizem respeito a três eixos: o reconhecimento da determinação social das doenças, em que se retomou e aprofundou a tradição da Medicina Social do século XVIII; a caracterização da Medicina

---

<sup>6</sup> FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

<sup>7</sup> AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

como prática social e histórica que vem sofrendo um complexo processo de institucionalização nos últimos anos, e a apreciação da Medicina tanto como herdeira como produtora da racionalidade moderna, em particular ao produzir e operar o paradigma da Biomedicina que se realiza plenamente na materialidade e objetividade dos corpos.

A Saúde Coletiva no Brasil desempenhou um papel fundamental na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das deficiências, impasses e contradições enfrentados pelo SUS, este representou um grande avanço em direção a uma sociedade mais justa e solidária e a um novo Estado com políticas para os direitos humanos básicos, com qualidades universais.

A partir de uma nova concepção de saúde que envolve mais do que bactérias e aspectos orgânicos, abre-se a discussão para a saúde como um processo social, coletivo<sup>8</sup>, mas também subjetivo e contextualizado, o que leva ao surgimento da Saúde Coletiva.

A concepção de Saúde Coletiva, bem ao contrário, se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela Medicina. A partir da década de 1920, as Ciências Humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico. Nelas haveria valores. Por isso, a instituição dessa problemática através da Medicina produziu necessariamente uma série de efeitos nos planos político e social. O discurso da Saúde Coletiva, em suma, pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista, estabelecida historicamente com o advento da sociedade industrial. (...) Por isso, a constituição do discurso teórico da Saúde Coletiva, com a introdução das Ciências Humanas no campo da Saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico.<sup>9</sup>

Várias escolas de Medicina se organizaram em torno da ideia de se pensar uma saúde que não se limitasse somente aos aspectos biológicos do sujeito, mas pensar a saúde a partir das reflexões das ciências humanas, sobretudo a partir do pensamento de que a saúde é

---

<sup>8</sup> FLEURY, S. A Psicologia deve ir muito além do consultório. In: *Psicologia Ciência e Profissão: Diálogos*, Brasília, Cons. Fed. de Psicologia, n.4, p.6-9, dez., 2006.

<sup>9</sup> BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 15 (Suplemento), p.11-16, 2005a.

socialmente determinada. Nesse contexto, forja-se a necessidade de formar profissionais vinculados à Saúde Coletiva. No final dos anos de 1970 é criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) que tinha como objetivo apoiar a articulação entre os profissionais, as práticas em saúde e a academia.

Assim, o campo da Saúde Coletiva é fruto de um processo, do amadurecimento das reflexões em torno da saúde e do engajamento da Medicina com outros campos tais como a sociologia, a psicologia e a antropologia. Diferentemente da Saúde Pública, em que a Medicina surge como portadora do discurso científico e de verdades acerca da saúde da população, e cujo controle é de responsabilidade do Estado.

De acordo com Birman<sup>10</sup>, foi em resposta ao discurso naturalizante da Saúde Pública, que o movimento da reforma sanitária brasileira propõe uma mudança de paradigma, de eixo, ou seja, o foco não será mais as grandes populações, mas os sujeitos que participam das comunidades, dos coletivos. O Estado perde sua hegemonia no que se refere à regulação dos corpos. Há que se pensar nas diferentes manifestações da vida nos diferentes âmbitos, quer individual, quer nas instituições.

No que tange à Saúde Coletiva, as discussões de saúde da população são perpassadas por questões ético-políticas. Nesse campo, a dimensão simbólica e subjetiva começa a ser tocada, ainda que de forma incipiente, graças à incorporação das ciências humanas. No entanto, no que diz respeito às Políticas Públicas de Saúde no Brasil, que têm sido norteadas pelo campo da Saúde Coletiva, a incorporação dessa dimensão subjetiva aos cenários da micropolítica permanece como um desafio.

A Saúde Coletiva introduz dimensões ausentes no campo da saúde e contribui na transformação da própria concepção de saúde utilizada pelos serviços, assim como na humanização do cuidado e das práticas nesse campo.

---

<sup>10</sup> BIRMAN, 2005a, *op. cit.*

A Atenção Primária como estratégia de organização do serviço de saúde se constitui através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), podendo ou não adotar o Programa de Saúde da Família (PSF).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é parte integrante de uma rede de serviços de saúde, hierarquizada em relação à sua complexidade tecnológica, dividindo-se em nível primário, secundário e terciário. Em um primeiro momento, equivalendo-se ao desenho de uma pirâmide, dotada de uma base mais larga, formada pelos serviços de Atenção Básica. Esta base iria se estreitando até o nível de maior complexidade tecnológica, formada pelos hospitais e centros de tratamento especializados, sendo de caráter regional ou nacional, passando pelo segundo nível de média complexidade, com serviços ambulatoriais de especialidades médicas.

O nível básico oferece cuidados básicos de saúde, incluindo-se aí a atenção médica integral, referenciando os casos mais complexos para os demais níveis. Mas na prática o que percebemos é que a UBS não é a única porta de entrada do sistema de saúde e, quiçá a mais importante. Segundo Cecílio<sup>11</sup>, é necessário reconhecermos uma transformação na realidade dos serviços, o que implica em rever o tema da hierarquização destes. O fluxo de acesso aos serviços estaria mais próximo ao de uma rede, em que cada usuário vai construindo as diferentes formas de buscar responder a suas necessidades de saúde.

---

<sup>11</sup> CECILIO, L. C. O. Modelos Tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, v.13, n.3, p.469-478, jul./set., 1997.

## 1.2. CARACTERÍSTICAS DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E DA CLÍNICA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SOBRE A ATUALIDADE DA CLÍNICA MÉDICA NA APS

Nosso foco incidirá apenas sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) concebida aqui como mais do que um dos níveis de atendimento do Sistema de Saúde, mas como um conjunto específico de atividades que se integram ao sistema como um todo, e também uma estratégia de reorganização do mesmo.

Pretendemos levantar a discussão sobre a particularidade do trabalho na APS, mais especificamente sobre a atuação clínica do profissional médico e sobre os elementos e características que acreditamos serem necessários e definidores da atuação profissional na APS.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves<sup>12</sup>, a Atenção Primária não deve ser reduzida a uma prática simplificada de atendimento. Este erro deve-se à própria origem do termo e ao início destas práticas, que surgiram como ações simples e de baixo custo, algumas vezes vinculadas a setores religiosos, com o objetivo de reduzir problemas que acometiam grandes populações. Temos como exemplo o importante trabalho da Pastoral da Criança, voltado para o combate da desnutrição infantil em regiões pobres do nordeste brasileiro.

Neste sentido, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2006, a Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves<sup>13</sup>, o objetivo original da Atenção Primária é possibilitar acesso aos cuidados em saúde para a população mais carente e excluída dos

---

<sup>12</sup> SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

serviços, mas nem por isso este tipo de atenção reduz-se a uma prática simplificada. Esta modalidade de assistência demanda uma complexidade de ações, integração de saberes e uma abordagem tecnológica própria, exigindo alta capacidade resolutiva e habilidades profissionais específicas.

Baptista, Fausto e Cunha apontam que a ambiguidade presente na terminologia Atenção Primária pode gerar concepções diversas e errôneas:

(...) pode evocar integração e interdependência do cuidado, pois embora seja principal ou essencial dentro de um sistema, subentende-se a existência e importância da sua relação com os demais níveis do cuidado; pode representar também um mínimo de atividades essenciais que os sistemas de saúde possam prover, tendo um sentido seletivo que exclui outros elementos cruciais do cuidado; pode ser interpretada como porta de entrada, o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde, exercendo assim a função de triagem para inclusão ou barreira às ações de maior complexidade tecnológica. Esta ambiguidade terminológica tem causado confusão, falta de clareza e ausência de consenso em relação ao sentido ou propósito da APS.<sup>14</sup>

De acordo com estes autores, em sua investigação bibliográfica sobre Atenção Primária no Brasil em nomeadas publicações, nos anos de 1970 a 2006, a produção brasileira tem grande importância no contexto da América Latina, uma vez que é responsável por 50% da produção difundida nas bases Lilacs, Medline e Scielo. A pesquisa revela um aumento da produção sobre APS a partir do ano 2000 e ainda uma revalorização da temática da assistência à saúde, buscando refletir sobre as práticas e a inserção do profissional no Programa Saúde da Família (PSF), e as especificidades da atuação profissional.

O termo Atenção Primária à Saúde é mais usado internacionalmente, enquanto no Brasil o termo Atenção Básica é utilizado tanto nas políticas de saúde como na Academia<sup>15</sup> e, na maioria das vezes, possuindo o mesmo sentido.

---

<sup>14</sup> BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, v.19, n.4, 2009, p.1008.

<sup>15</sup> *Ibidem*, p.77.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica<sup>16</sup>, o que aqui está sendo chamado por Atenção Primária, caracteriza-se por:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Desta definição, destacamos alguns pontos por acreditarmos serem eles norteadores da identidade das práticas da APS:

1) Ações individuais e coletivas:

Apresentam a tarefa colocada tanto de atender a demandas individuais quanto coletivas e também a transposição de uma sobre a outra. Aqui um ponto extremamente relevante se anuncia: a superação e maior flexibilidade entre a esfera individual e coletiva, evidenciando uma região de fronteira.

2) Dirigidas desde a promoção até a recuperação da saúde:

Trabalhar com objetivos tão amplos implica trabalhar com uma concepção de saúde também ampla. Todo destaque seja dado para o exercício de uma constante revisão e ampliação do conceito de saúde, uma vez que remete à construção subjetiva e, por isso, sempre singular e em transição.

3) Trabalho em equipe:

O perfil do profissional nesta área, assim como sua atuação deve considerar as possibilidades e limites de cada disciplina, propiciando o diálogo interdisciplinar e a

---

<sup>16</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

capacidade criativa e inovadora do trabalho.

4) Territórios delimitados:

Define o controle epidemiológico e a responsabilidade por uma população a partir de uma determinada área de abrangência geograficamente delimitada, considerando-se a importância e a homogeneidade das questões culturais e sociais, assim como dos problemas presentes em determinado território. O que revela a pertinência de uma prática contextualizada, consciente, ética e política.

5) Tecnologia de alta complexidade e alta resolução de problemas:

Com tecnologias complexas próprias e bastantes distintas das utilizadas em outros níveis de atendimento, por vezes com custos reduzidos, busca-se produzir impacto positivo no quadro de saúde da população atendida, considerando desde a dimensão preventiva até a melhoria de agravos.

6) Contato preferencial com o sistema de saúde:

A APS passa a ser concebida e exerce a função de porta de entrada do sistema de saúde, daí sua importante função de filtro para os demais níveis de atendimento a partir da realização adequada de encaminhamentos.

Não acreditamos que seja interessante oferecer orientações precisas, protocolares sobre o fazer do clínico neste setor da saúde, mas de construir estratégias e ferramentas que se mostrem pertinentes no alcance dos objetivos, estes sim explicitados e orientados pelas políticas de saúde. Trata-se, a nosso ver, de discutir os aspectos que orientam a prática e oferecer garantias de uma prática de qualidade e de boa capacidade resolutiva.

Existem protocolos e eles têm o seu lugar, são como referências que precisam ser singularizadas, mas promovem certa organização às ações. Outra coisa é se o protocolo afasta o médico do paciente.

Ayres<sup>17</sup> chama-nos a atenção para uma prática de saúde que deve ir além do “como fazer”, expresso nas possibilidades de saber técnico, para incluir a dimensão “do que fazer” e resgatar algumas dimensões excluídas da prática médica que recairiam sobre aspectos subjetivos.

Tesser<sup>18</sup> também acredita ser importante discutir, no mesmo sentido de resgate, a dimensão curandeira da Medicina, como nomeada pelo autor. Está implícito um aspecto esquecido, a retomada a algo que um dia foi presente.

No que diz respeito à clínica na Atenção Primária, embora este não seja o objetivo do seu trabalho de doutorado, encontramos em Goulart<sup>19</sup> dados que apontam nesse sentido.

Falando sobre o Programa Saúde da Família:

(...) atribui ao programa a potencialidade de promover uma ‘retomada’ na humanização da atenção clínica, além da melhor qualificação de seus profissionais, sem embargo de seus componentes de resposta a ‘uma tendência mundial de redução de custos em seus procedimentos com pessoal, hospitalizações e tecnologias’.

E ainda, Merhy e Franco<sup>20</sup>, consideram que o PSF carece de instrumentos de atuação clínica, o que faz suas ações se desenvolverem como mera “linha auxiliar do modelo médico hegemônico”.

Luz<sup>21</sup> considera a existência de uma crise na saúde que envolveria tanto os países do centro do capitalismo, conhecidos como Primeiro Mundo, como os que estão na periferia do capitalismo. A crise na saúde seria um problema decorrente de aspectos socioeconômicos e culturais, envolvendo transformações em toda sociedade ocidental, no que tange aos valores

---

<sup>17</sup> AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.6, n.1, 2001.

<sup>18</sup> TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface*, Botucatu, UNESP, v.10, n.20, jul./dez., 2006.

<sup>19</sup> GOULART, F. A. A. *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002, p.111.

<sup>20</sup> MERHY, E. E.; FRANCO, T. B., 2000. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: AMZ, Ianni; BÓGUS, C. (eds.). *Anais do Congresso Paulista de Saúde Pública APSP*, São Paulo.

<sup>21</sup> LUZ, M. Cultura contemporânea e Medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 15(Suplemento), p.145- 176, 2005.

que pautam a organização social e a ética que permeia as relações.

Em países onde as desigualdades sociais ainda são grandes, Luz<sup>22</sup> reconhece a permanência acentuada de problemas e patologias sanitárias como a desnutrição, o uso de drogas e até doenças que se acreditava em extinção, como a tuberculose e algumas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Desde a Conferência de Alma-Ata em 1978, fala-se da incapacidade dos modelos médicos tradicionais para responder às questões de saúde, quando os dados diziam que mais de dois terços da população mundial carecia de saúde. Entendemos que esta realidade se deve, em parte, à incapacidade de um modelo de Medicina em intervir em muitos problemas de saúde, principalmente naqueles relacionados aos (des) arranjos econômicos e sociais, assim como culturais e políticos. Parte desta questão também se deve à falta de acesso aos benefícios da prática médica.

Hoje, embora reconhecendo que o modelo do conhecimento médico representa o modelo de cientificidade, com os inúmeros estudos na área médica que levaram ao desenvolvimento de tratamentos sofisticados e menos invasivos, com novas tecnologias investigativas e pesquisa genética, também reconhecemos que a resposta dos sistemas de saúde e da Medicina deixa três quartos da população descobertos em suas necessidades de saúde e a distância entre o conhecimento médico e os carentes beneficiários dele se unem a vieses econômicos e interesses diversos<sup>23</sup>.

A crise da Medicina estaria localizada dentro da crise da saúde e, de acordo com Luz<sup>24</sup>, levaria ao crescimento de medicinas ou práticas alternativas. Isso subentende um modelo de Medicina pautada na racionalidade técnico-científica em crise. Muitas críticas são dirigidas ao modelo biomecânico, que desempenha papel fundamental nos modelos

---

<sup>22</sup> LUZ, *op. cit.*

<sup>23</sup> *Ibidem.*

<sup>24</sup> *Ibidem.*

assistenciais do SUS e baseia-se na fragmentação, especialização e nos avanços tecnológicos.

A prática médica, apoiada neste modelo, confere grande enfoque à dimensão tecnológica em detrimento do cultivo de um bom relacionamento médico-paciente, o qual sempre foi, é e sempre será o fundamento de uma boa prática da Medicina. O que se torna bastante evidente em situações em que os avanços científicos e tecnológicos se mostram limitados para oferecer soluções.

No contexto do cuidado em APS, ficam evidentes as limitações deste modelo, o qual é necessário, porém insuficiente para atender as necessidades de médicos, pacientes e familiares, produzindo-se situações em que os profissionais formados neste modelo apresentam dificuldades em perseguir os princípios preconizados pelo SUS, e levando à sensação de frustração tanto aos que apelam ao serviço de saúde, quanto aos médicos.

Apesar de não defender a Homeopatia, uma das medicinas que, considerada alternativa, já faz parte do currículo de escolas médicas francesas, Roudinesco enfatiza o quanto “esta simboliza perfeitamente uma tentativa legítima e bem-sucedida de restituir aos pacientes e aos clínicos o sentimento de serem social e medicamente ativos”<sup>25</sup>.

Tais modelos “alternativos” não fazem apelo à grande tecnologia atual, tão refinada quanto cara, ligada às especialidades médicas. Muito pelo contrário, supõem uma visão mais globalizante e integrada da saúde dos cidadãos, atendendo-os com o que se designa comumente de modelo de Atenção Primária à Saúde, pois consideram as dimensões sutis e imponderáveis do ser humano, relacionadas aos seus aspectos emocional, cultural, social, familiar, espiritual, a influenciar a forma como o indivíduo adoece e também se reestabelece.

O apelo à crise na saúde, como também apontado por Ayres<sup>26</sup>, pode servir a um mecanismo de resistência às diversas práticas possíveis e relações de saúde já existentes que

---

<sup>25</sup> ROUDINESCO, E. *O paciente, o terapeuta e o Estado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005, p.23.

<sup>26</sup> AYRES, 2001, *op.cit.*

AYRES, J. R. C. M., *Cuidado e reconstrução das praticas de saúde*. *Interface*, Botucatu, UNESP, v.8, n.14, set./fev., 2004.

trazem, de forma mais ou menos explícita, a oportunidade para se discutir os verdadeiros sujeitos da saúde.

Campos<sup>27</sup>, em um de seus textos, aponta o quanto as políticas públicas e a gestão dos serviços de Atenção Primária desconhecem e não levam em consideração a dimensão da clínica médica, e busca pensar sobre a clínica na Atenção Primária, especialmente no Programa de Saúde da Família (PSF).

No contexto de construção e implementação do SUS, com muitas críticas dirigidas ao modelo de Medicina tradicional e apoiando-se nos conceitos de promoção e vigilância em saúde, produz-se o que Campos<sup>28</sup> reconhece como uma situação paradoxal. Esta consiste em uma grande preocupação em reformar o sistema, os serviços e as ações de saúde de forma a voltá-las para o social mas, ao mesmo tempo, sem uma preocupação com a reconstrução da atenção clínica individual.

*En medio de esa intención muy fuerte de romper con la tradición médica, el rol del médico general o de familia no quedó bien definido. Tampoco han sido establecidos parámetros de capacidad resolutive clínica para estos médicos, en consecuencia, tampoco se establecieron recursos diagnósticos y terapéuticos básicos para el trabajo médico en la atención primaria.<sup>29</sup>*

Ao mesmo tempo em que a Atenção Primária mostra-se como a grande possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde da população, há que se admitir que grande parte desta se mostra insatisfeita com serviços e ações que reconhecidamente não tem sido efetivos aos problemas que se apresentam e como se apresentam.

Os cuidados de Saúde Primários, para Starfield<sup>30</sup>, podem responder melhor, mas para isso é necessário que as pessoas ocupem o centro dos cuidados de saúde e, portanto, possam ser ouvidas, escolher e participar ativamente na construção para a melhoria do setor.

---

<sup>27</sup>CAMPOS, G. W. S., El filo de la navaja de la función filtro. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, ABRASCO, v.8, n.4, p.477-483, 2005.

<sup>28</sup>*Ibidem*.

<sup>29</sup>*Ibidem*, p. 480.

<sup>30</sup>STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

A falta de recursos financeiros, os conflitos de interesse entre os diversos atores, somados aos efeitos do neoliberalismo e da globalização produzem transformações de ordem socioeconômica e política que terminam por influenciar a organização da área. Processos de fragmentação e focalização orientam as respostas e os projetos do Estado diante das inúmeras questões presentes e terminam por moldar a própria atenção à saúde.

Neste sentido, segundo Yamamoto<sup>31</sup>, o trabalho e a ação profissional junto ao social serão sempre parcializados porque inseridos em políticas fragmentadas e, não reconhecer este contexto mais amplo em que a intervenção se produz e se define, diminui ainda mais seu potencial de ação. O autor ainda aponta que, seja através de políticas públicas ou através das organizações do terceiro setor, a atuação profissional na área da saúde, se apoia na refração da questão social.

Mais uma questão que pode ser levantada é a comercialização de serviços antes entendidos como direito social - o que conduz a uma grande confusão no seio dos mesmos, seja pelos valores sociais atribuídos ao público e ao privado, que produz um determinado posicionamento da população, usuários e trabalhadores da saúde, e um modo de participar destes serviços; seja pela oposição e distanciamento que marcam a relação entre público e privado, mais próxima do que se pode imaginar.

De acordo com a realidade brasileira, alguns dos principais problemas que acometem grande parte da população, principalmente os mais pobres, são resolvidos com ações coletivas como vacinação, acompanhamento nutricional da mãe e do bebê e controle de algumas doenças. Mas, ainda assim, são de responsabilidade dos serviços de Atenção Primária ações individuais, que envolvem o contato e a aproximação do médico com o paciente.

---

<sup>31</sup> YAMAMOTO, O. H. Políticas Sociais, “Terceiro Setor” e “Compromisso Social”: Perspectivas e Limites do trabalho do psicólogo. In: *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, ABRAPSO, v.19, n.1, p. 30-37; jan./abr., 2007.

Segundo a OMS, estima-se que estes serviços, que funcionam como porta de entrada do SUS, sejam capazes de atender 80% dos problemas de saúde da população<sup>32</sup>. Aqui, a clínica ganha uma dimensão até então negligenciada pela formação médica, políticas públicas e gestores.

Do pouco que se conhece, em termos de investigação científica, sobre a clínica médica na Atenção Primária ou no PSF, e sobre os atores envolvidos, muito é atribuído a algumas características da realidade do trabalho em saúde, como a organização dos serviços, as condições de trabalho e a falta de verbas. Sabemos da realidade e das dificuldades no setor como também das implicações para a prática clínica realizada nestes espaços que, habitualmente, sofrem com a desproporção entre a procura e a capacidade de atendimento dos serviços. Reconhece-se que esta realidade atinge diversos setores e serviços da área, mas observa-se também que ela não pode ser responsabilizada por tudo que se passa na insuficiência dos atendimentos clínicos ou, como queiram nomear, o mal-estar que o envolve.

O que se encontra em comum nos vários autores acima é, em primeiro lugar, a crise de uma Medicina científica, anônima, que emudece e exclui os sujeitos, promovendo certo tipo de adoecimento em nome da cura de sintomas universais e objetivos. Essa crise que atinge a Medicina, não diz respeito a seus postulados teóricos, que de tempos em tempos, de acordo com novas descobertas, são revistos e renovados, mas ao efeito que se busca atingir: minimizar o sofrimento e propiciar saúde às pessoas, a qualquer preço, até à custa de novos sofrimentos.

A qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro, conforme demonstram a experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para

---

<sup>32</sup> CAMPOS, *op. cit.*

compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais e a falta de medicamentos.<sup>33</sup> Tais resultados nos remetem ao que se convencionou chamar “desumanização em saúde” e culminaram com a instituição, em 2003, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS).

Ayres<sup>34</sup> levanta outra questão que diz respeito aos escassos trabalhos acerca das bases teóricas e filosóficas das propostas de reconstrução das práticas de saúde no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso, reconstrução essa em que o conceito de humanização ocupa papel de destaque. O autor também afirma que é necessário compreender os discursos tecnocientíficos operantes na saúde para que se possa identificar onde e como estes discursos propiciam ou obstaculizam a humanização. Cecílio<sup>35</sup> discorre sobre a importância que se tem dado à dimensão profissional da gestão do cuidado de saúde, dimensão na qual se dá o encontro profissional-usuário, e para a qual são voltadas estratégias de gerenciamento pautadas pela busca de uma crescente racionalidade, previsibilidade e controle das práticas de saúde. Estas estratégias incluem programas de “qualificação” ou “humanização” que, segundo o autor, muitas vezes podem contribuir para uma instrumentalização e excessiva formalização do encontro profissional-usuário, o que dificultaria ou até mesmo impossibilitaria o desenvolvimento de relações terapêuticas efetivas.

A APS como prática inicial do sistema de saúde apresenta uma proximidade privilegiada da população e de seus problemas, deve também desenvolver tecnologia própria para responder às diversas necessidades de saúde, por vezes tão particulares a cada realidade.

---

<sup>33</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional da Assistência Hospitalar. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

<sup>34</sup> AYRES, J. R. M. *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.10, n.3. p.549-60, 2005.

<sup>35</sup> CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstoi: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, UNESP*, 13 (supl.1), p.545-55, 2007.

Ela não se opõe à Medicina de ponta, dotada de tecnologia e maquinário, ao contrário, se apresenta como um contexto propício para o desenvolvimento de uma boa Medicina, entendida como prática humanizada, de modo a promover também a atenção secundária e terciária.

## CAPÍTULO 2: A CLÍNICA E O MÉTODO CLÍNICO

### 2.1. DA ORIGEM DA CLÍNICA À MEDICINA MODERNA: SOBRE A QUESTÃO DA (DES) HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO

Pensando sobre a influência da Filosofia sobre a Medicina, Frias<sup>36</sup> afirma que o método clínico da Medicina ocidental traz aspectos e segue elementos já presentes na arte de curar dos gregos, arte esta bem representada pela Medicina hipocrática. Considerando mudanças históricas, sociais e os avanços no conhecimento sobre os agentes e o funcionamento das patologias, a clínica médica praticada nos dias de hoje mantém a presença de vários elementos presentes naquela praticada por médicos hipocráticos. Também lemos isso em Gallian<sup>37</sup> quando ele defende, apesar das transformações sofridas, que a Medicina ocidental é uma ciência essencialmente humanística e apoiada no pensamento de Hipócrates e Galeno.

Essa posição defendida pelo autor nos assusta e intriga, na medida em que concentra ideias que partem, a princípio, de momentos históricos e de formas de apresentação enormemente distintos. Falamos de contextos sociais, culturais, econômicos e até biológicos diferentes. A Medicina seria desde seus primórdios uma disciplina humanística e, embora na atualidade ela se sustente muito mais na tecnologia necessitará sempre dessa dimensão humana.

---

<sup>36</sup> FRIAS, I. *Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica*. São Paulo: Loyola, 2004.

<sup>37</sup> GALLIAN, D. M. C. A (re)humanização da Medicina. In: *Psiquiatria na Prática Médica*, v. 33, n. 2, abr./jun., 2000. Versão eletrônica. Disponível em: <<http://www.epm.br/polbr/ppm>>.

A clínica hipocrática remete à Antiguidade, a um contexto em que o modo de organização e produção social, incluindo-se o modo de constituição biológica e subjetiva, ganhava características específicas de um modo de ser e fazer específicos daquele tempo. O homem e a maneira como era percebido, assim como o mundo à sua volta, seu corpo e a natureza, diferem em grande medida do homem de hoje e de sua compreensão de mundo, do seu corpo e do universo. Hoje, temos uma clínica médica já institucionalizada e praticada no contexto do neoliberalismo, regida pelas leis de mercado e determinada pelas exigências científicas.

Na Medicina hipocrática a concepção de saúde-doença é definida pela justa proporção entre potências opostas e concebida em termos de carência ou excesso. Essa concepção desliza para outra, marcadamente distinta pela interioridade da doença, mantendo o corpo em evidência, uma vez que a doença é uma condição relativa ao corpo.

A teoria dos humores e o método hipocrático, apoiado no princípio dos semelhantes e dos contrários, “operam um deslocamento, uma interiorização da causa das enfermidades, visto que os humores são elementos internos, pertencem ao próprio organismo”<sup>38</sup>.

(...) os médicos hipocráticos estudam e tratam os doentes. Eles estão bem conscientes de que as doenças não existem como seres, mas somente como ferramentas intelectuais que permitem compreender certas regularidades dos processos naturais.<sup>39</sup>

Platão, embora afirmando a supremacia da alma sobre o corpo, discute a relação corpo-alma e nos incita a pensar a Filosofia como terapia da alma, aproximando Medicina e Filosofia ao conceber o tratamento que envolve o todo, não sendo possível separá-los: “O raciocínio desenvolvido por Platão baseia-se na relação parte-todo: assim procedem os bons

---

<sup>38</sup> FRIAS, *op. cit.*, p.54.

<sup>39</sup> GRMEK, *apud* FRIAS, p.47.

médicos, que em suas prescrições procuram, através do todo, tratar e curar a parte”<sup>40</sup>.

Ao tomar o médico por analogia, Platão considera que ele é aquele que, baseado no que conhece sobre a natureza do homem com saúde, conhece também o doente e, portanto, sabe encontrar a *therapeia* mais adequada, ou o meio mais eficiente para lhe restituir a saúde. Analogamente, o filósofo curaria a alma do homem decadente, podendo assim falar da filosofia como Medicina da alma.

No diálogo *As Leis*, Platão se refere a ambos os médicos, dos escravos e dos livres, segundo Jaeger<sup>41</sup>, de forma jocosa.

Os médicos dos escravos correm de um paciente ao outro e dando as suas instruções sem falar, isto é sem se demorarem a fundamentar seus atos, com base na simples rotina e experiência. Esse médico é um tirano brutal. Se um deles ouvisse falar um médico livre a pacientes livres, em termos muito mais aproximados das conferências científicas, explicando como concebe a origem da doença e elevando-a à natureza de todos os corpos, morreria certamente de rir e diria que a maioria das pessoas chamadas médicos replicam prontamente em tais casos: o que fazes, néscio, não é curar o teu paciente, mas ensiná-lo, como se a tua missão não fosse devolver-lhe a saúde, mas fazer dele médico.<sup>42</sup>

Assim, o bom médico deve conhecer a doença e o doente, para que lhe possa prescrever o melhor remédio e, principalmente, saber que nem todas as doenças são passíveis de cura.

Praticar a Medicina e buscar a cura implica em tratar o corpo e o espírito, sendo este o que difere o ser humano dos demais animais, e para isso uma vasta gama de conhecimentos se fazem necessários, principalmente os que envolvem a condição humana e de relação.

Gallian<sup>43</sup> tece o percurso da História da Medicina, no qual demonstra que mesmo na Idade Média e no Renascimento, períodos de grandes transformações e mudanças de

---

<sup>40</sup> FRIAS, *op. cit.*, p.81.

<sup>41</sup> JAEGER, W. *Paidéia*: a formação do homem grego. São Paulo/Brasília: Martins Fontes/UNB, 1986. p. 696.

<sup>42</sup> PLATÃO, *Leis*. Trad. C. A. Nunes. In: *Platão*. Diálogos, v. XII- XIII. Belém: Universidade Federal do Pará, 2005. 857 c-d.

<sup>43</sup> GALLIAN, *op. cit.*

paradigmas, a Medicina mantinha-se ainda próxima e fiel àquela praticada na Antiguidade.

Na Idade Média, mesmo com a disseminação do Cristianismo no Ocidente, manteve-se a influência do pensamento clássico. Com o Renascimento e o período iluminista que o sucede, não é diferente. Grandes reviravoltas acontecem tanto nas teorias do conhecimento como no interior do próprio homem, o que se explicita nas artes, nas ciências e no declínio do Cristianismo. Mas a Medicina continua a manter sua vertente humanista e ainda se amplia, passando a ser considerada uma arte. Esta visão da Medicina perpetua-se durante parte do século XIX, numa visão romântica do médico como conhecedor da alma humana e de suas aflições, o que lhe conferia ares de vidência e, conseqüentemente, um enorme poder e valor social<sup>44</sup>.

Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault<sup>45</sup> explica as transformações na Medicina ocidental que possibilitaram o nascimento de novos pressupostos teóricos e a ruptura com a prática médica anterior (Medicina clássica). A Clínica é resultado de transformações históricas, econômicas e sociais e, em si, medida para situar todo seu contexto, que a faz advir. Nesse sentido, não é apenas mais uma transformação do saber médico a inovar e deixar o passado das teorias para trás.

A clínica, pelo contrário, teria sido o elemento de sua acumulação positiva: é o constante olhar sobre o doente, a atenção milenar, e, no entanto nova a cada instante, que teria permitido à Medicina não desaparecer inteiramente com cada uma de suas especulações, mas conservar, tomar pouco a pouco a figura de uma verdade que seria definitiva sem ser por isso acabada, desenvolver-se, em suma, sob os episódios ruidosos de sua história, em uma historicidade contínua.<sup>46</sup>

A Clínica Médica, que nasce no seio do fim do século XVIII e é dissecada por Foucault pode ser caracterizada por um aperfeiçoamento do olhar clínico impulsionado pela Anatomia Patológica, e difere da que se praticava até então, denominada a Clínica em sua

---

<sup>44</sup> GALLIAN, *op. cit.*

<sup>45</sup> FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

<sup>46</sup> *Ibidem*, p.57-58.

primeira forma.

Um novo olhar se apresenta sob a metáfora do olhar da criança, dirigido ao mundo pela primeira vez, que enxerga o que se apresenta como algo novo a ser redescoberto pelo olho treinado do médico. Inaugura-se uma visão que permite outra forma de enxergar, até então desconhecida. A essa transformação segue-se outra, que se passa no âmbito da linguagem. Em torno deste novo olhar se organiza uma nova linguagem racional sobre o indivíduo.

Uma nova espacialização e verbalização do patológico, uma nova relação entre visível e invisível, entre o que se anuncia e o que é silenciado se dá a partir do novo dispositivo clínico do olhar. A clínica se apresenta, então, como uma nova distribuição dos elementos no espaço corporal, assim como através da elaboração de uma gramática dos signos, que ganham um lugar e valor de sintoma quando assim codificados pelo olhar médico.

Poderíamos pensar que a distância que separa a Anatomoclínica da clínica hipocrática praticada na Grécia entre os séculos V e IV a.C., não teria sua razão nos séculos corridos, mas nas reformulações que marcam a relação entre experiência e observação. Tudo se passa como se na clínica, em sua primeira forma - a vivência (experiência)- antecedesse à observação, enquanto na Anatomoclínica, a vivência seria resultado ou efeito da observação, agora causa e meio.

Dada esta inversão, não estaríamos diante do risco de, apoiados no saber sobre o paciente, desprezar a vivência e situá-la como secundária ou mesmo fundada na e pela observação?

É somente na segunda metade do século XIX que podemos apontar uma crise no modelo de Medicina humanista por séculos consagrado e perpetuado. Sem dúvida, muito disso se deve aos avanços e evoluções tecnológicas em termos de novos conhecimentos, novas técnicas, procedimentos e instrumentos investigativos e de tratamento. Essas

transformações possibilitaram uma modificação profunda no papel do médico e na relação deste com seu paciente. A Medicina distancia-se da arte de curar para ser concebida como campo técnico por excelência e, enquanto tal, cada vez mais dominada e conhecida. A dimensão humanista da Medicina perde-se em prol de uma ciência experimental e exata.

Agora o campo (experiência) e o olhar (observação) estão ligados um ao outro por códigos de saber pré-estabelecidos e finitos, não sobram elementos desconhecidos, nem restos, nem faltas. E toda essa possibilidade exata de conhecer, agora respaldada por forças institucionais, se lança sobre o ‘sujeito-cadáver’ buscando esquadrihá-lo e dissecá-lo de acordo com o saber em que se apoia.

A partir do dispositivo clínico moderno, “o saber proveniente da experiência, relativamente assistemático e sujeito a regras de transmissão pessoais, artesanais e idiossincráticas, incorpora-se a uma nova forma de racionalidade.”<sup>47</sup>

O conhecimento clínico não se define mais pelo encontro do olhar médico com o corpo do doente, não há mais o encontro entre experiência e observação, mas sim um olhar direcionado, soberano, a julgar “o cruzamento sistemático de várias séries de informações homogêneas.”<sup>48</sup>

Outra diferença pode ser estabelecida a partir da relação com o saber. A Clínica praticada pelos hipocráticos estava marcada pelo não saber, pois “ao revelar o não-saber, essa investigação possibilita àquele que está sendo interrogado tomar consciência de sua ignorância, o que é o primeiro passo em direção ao saber”.<sup>49</sup> Por outro lado, a Anatomoclínica da Medicina moderna funda-se na possibilidade de um saber, busca localizar e oferecer um lugar físico para a doença no corpo.

---

<sup>47</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011, p.21.

<sup>48</sup> FOUCAULT, 2006, *op. cit.*, p.32.

<sup>49</sup> FRIAS, *op. cit.*, p.82.

Aqui se destaca o princípio classificatório como forma de organizar, classificar e hierarquizar as doenças para em seguida reuni-las a partir de semelhanças e analogias: “Quando se tornam bastante densas, essas analogias ultrapassam o limiar de simples parentesco e ascendem a unidade de essência.”<sup>50</sup> Mas é preciso lembrar que a busca por um princípio ideal ordenador da natureza e a construção de leis está presente desde sempre e marcadamente no Ocidente. Como indica Frias: “Em nenhuma época histórica houve uma Medicina puramente empírica que se propusesse somente a acumular fatos sem os interpretar.”<sup>51</sup> Desde seus primórdios a Medicina se construiu a partir de dados e conhecimentos biológicos do corpo, mas nunca de forma tão dogmática e acrítica como se observa a partir da segunda metade do século XIX até hoje<sup>52</sup>.

Gallian<sup>53</sup> fala sobre a ascensão das ciências exatas e biológicas acompanhada do declínio das disciplinas humanas no tocante à formação e atuação profissional. Se antes o conhecimento em diversas áreas importava e auxiliava no trabalho clínico era por este ser percebido para além de uma ação técnica. Mais do que isso, podemos dizer que o trabalho clínico envolvia a relação intersubjetiva, que pode ser entendida como o aspecto humano da Medicina, o que leva Gallian<sup>54</sup> a apontar a necessidade da (re) humanização da área, passando primeiramente pela humanização do médico.

De fato, todo esse processo de supervalorização das ciências biológicas, da superespecialização e dos meios tecnológicos, que acompanharam o desenvolvimento da Medicina nestas últimas décadas, trouxe como consequência mais visível, a ‘desumanização’ do médico. Um sujeito que foi se transformando cada vez mais em um técnico, um especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste.<sup>55</sup>

---

<sup>50</sup> FOUCAULT, 2006, *op. cit.*, p.5.

<sup>51</sup> FRIAS, *op. cit.*, p.47.

<sup>52</sup> GALLIAN, *op. cit.*

<sup>53</sup> *Ibidem.*

<sup>54</sup> GALLIAN, *op. cit.*

<sup>55</sup> *Ibidem*, p.7.

O que faz o autor depositar sua crítica não apenas no terreno da ética, mas também no da epistemologia quando, ao reconhecer que mesmo a partir de uma aquisição e domínio de muitas áreas de saber, os médicos enfrentarão limitações e problemas que não serão solucionados apenas com conhecimento tecnológico. A evolução do conhecimento médico-biológico está posta não apenas nos avanços da ciência experimental, mas nas relações estabelecidas com outras disciplinas e na busca de um saber integrado. Como bem aponta Feyerabend, para a necessidade de expor a falibilidade dos especialistas: muitos “problemas importantes frequentemente cruzam os limites de várias ciências, de modo que os cientistas em cada uma dessas ciências também não têm as qualificações necessárias.”<sup>56</sup>

Observa-se também uma ênfase muito maior na questão da normalidade do que da saúde propriamente dita. O que rege o olhar médico são o conhecimento e o paradigma da morte, do cadáver, de onde se deriva todo o conhecimento vigente. Como anuncia Foucault,<sup>57</sup> no seu prefácio do “O Nascimento da Clínica” se “trata do espaço, da linguagem e da morte; trata do olhar.”

É em relação a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve intervenções. (...). Quando se falar da vida dos grupos e das sociedades, da vida da raça, ou mesmo da ‘vida psicológica’, não se pensará apenas na estrutura interna do ser organizado, mas na bipolaridade médica do normal e do patológico.

A Medicina moderna se enquadra nos princípios básicos da ciência e o progresso atingido é inegável. Os avanços da tecnologia fundamentam a criação de novas máquinas, medicamentos e instrumentos que não só auxiliam na prática médica como são incorporados a ela. O modelo de racionalidade científica ancorado nas bases do positivismo que busca a clareza do método, o rigor da experiência e o poder da verificabilidade acaba por modelar, em conjunto com a mercantilização da área, esta prática. De fato, o cenário atual de avanços e

---

<sup>56</sup> FEYERABEND, P. K. *Contra o método*. São Paulo: UNESP, 2007, p.336.

<sup>57</sup> FOUCAULT, 2006, *op. cit.*, p.38.

evoluções da Medicina não deixa de provocar certo entusiasmo e euforia, mas como aponta Gallian:

(...) o problema, entretanto, é a falta de reflexão crítica sobre elas; sobre as suas consequências éticas, sociais, culturais, existenciais. (...) A crença na panacéia científico-tecnológica da atualidade se por um lado impulsiona a evolução do conhecimento, por outro o bloqueia, hipertrofiando certas dimensões da verdade em detrimento de outras.<sup>58</sup>

A ciência da cura nunca respondeu tão bem às questões e apelos que revelam os valores presentes na organização coletiva, mas também, dificilmente, tivemos a oportunidade de, na mesma medida, reconhecer os efeitos da mesma racionalidade nos problemas de saúde.

Neste sentido, temos as reflexões de Camargo Jr.<sup>59</sup> sobre a Biomedicina. Primeiro, ao dizer que as representações sobre as quais se apoiam a Medicina ocidental e que equivaleriam mesmo à espinha dorsal da ciência médica não estão claramente colocadas, apesar de presente na prática diária nas faculdades e nos hospitais. A sensibilidade pertinente deste autor está em evidenciar a força daquilo que se realiza em silêncio, mais especificamente sua identidade, dada a partir de teorias sobre a doença que “não sendo explicitadas, não podem ser confrontadas, dissecadas. Não sendo discutidas, impregnam cada palmo da atividade médica.”<sup>60</sup> Isso culmina na própria definição de saúde que, “apesar dos inúmeros esforços em contrário, é assumida como a ausência de doenças.”<sup>61</sup>

A segunda reflexão explicita as contradições entre este corpo teórico generalizante que orienta o saber médico e a valorização ou desvalorização da experiência individual do médico. Isso também se apresenta a partir dos três principais eixos estruturantes do saber médico e de uma implícita hierarquia e valorização destes.

---

<sup>58</sup> GALLIAN, *op. cit.*, p.7.

<sup>59</sup> CAMARGO JR.. Biomedicina. In: *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 15 (Suplemento), 2005.

<sup>60</sup> CAMARGO JR., *op. cit.*, p.179.

<sup>61</sup> *Ibidem*, p.178.

Camargo Jr.<sup>62</sup>, seguindo o esquema de Leavell e Clark<sup>63</sup> sobre a História Natural das Doenças – que continua orientando os tratados de Biomedicina contemporâneos – reúne os três eixos principais que orientam o saber médico.

O primeiro eixo, responsável pela descrição do processo das doenças e sua história, corresponde ao território da Fisiopatologia. Este eixo, por dizer, dotado de aspectos mais concretos, está mais próximo das ciências naturais e experimentais, e pode ser compreendido como o mais valorizado dentro da ciência médica.

O segundo eixo se refere ao conhecimento de lesões, que a partir dos avanços em tecnologia se torna cada vez mais sofisticado. Corresponde ao território da Anatomia Patológica e dos exames investigativos.

O terceiro eixo remete ao saber clínico: a partir da observação dos sinais e da reunião dos sintomas dá-se a leitura da doença e do doente. Este eixo corresponde ao território da Semiologia e consiste na difícil tarefa de apreensão de *gestalten*, o que exige amplo conhecimento nosológico, ao mesmo tempo em que uma fina percepção e sensibilidade para ver/ler o que se apresenta.

Segundo o autor, estes eixos estão dispostos “segundo a hierarquia valorativa de sua “cientificidade”, uma vez que é precisamente esta cientificidade que empresta legitimidade social à Medicina ocidental.<sup>64</sup> No entanto, também revelam uma contradição essencial e intrínseca à Medicina e que nos interessa especialmente.

Para Camargo Jr.<sup>65</sup> a contradição está na maior valorização do primeiro eixo devido a sua inclusão no domínio das ciências experimentais em detrimento do terceiro eixo, que não terá grande valor como método de produção de conhecimento. Mas, em contrapartida, é o que está mais próximo da prática e, portanto, o que confere o valor

---

<sup>62</sup> CAMARGO JR., *op. cit.*

<sup>63</sup> LEAVELL; CLARK, 1976 *apud* CAMARGO JR. *op. cit.*

<sup>64</sup> CAMARGO JR., *op. cit.*, p.180.

<sup>65</sup> *Ibidem.*

socialmente atribuído à prática médica.

Este ponto nos interessa mais especificamente por dois motivos: primeiro, por ser este eixo, o semiológico ou clínico, o que mais se apresenta na prática cotidiana da Medicina e que pensamos corresponder ao aspecto da “arte de curar”. Quando, junto com o autor, optamos por dar destaque à denominação “arte de curar”, o fazemos em função do imaginário social, encontrando esta concepção vinculada ao papel do médico como curador, com sensibilidade, dom e até mesmo poder mágico. Segundo, por que este aspecto, por remeter à arte de curar, segue em declínio e acreditamos ser ele um dos responsáveis pela constante insatisfação dirigida à Medicina tradicional.

## 2.2. O QUE HÁ DE CLÍNICO NA CLÍNICA MÉDICA

Na atualidade, quando falamos de clínica, falamos de um método clínico, uma forma de conhecer o problema, que marca a Medicina moderna com/em todas as suas especialidades. “A noção de clínica não decorre de uma teoria particular, mas antes de um método”<sup>66</sup> e, como tal, método clínico não é exclusivo da Medicina e, embora tenha sua origem nesse ramo do conhecimento, não se limita ao setor médico ou terapêutico<sup>67</sup>. Este campo também será apropriado e incorporado a outras áreas, como a Psicologia, mais especificamente a Psicologia Clínica, a Psicanálise - que inaugura transformações bastante particulares nesse modo de olhar/escutar, a Nutrição, a Fisioterapia e, mais recentemente, a Filosofia e a Sociologia.

---

<sup>66</sup> SÉVIGNY, R. Abordagem clínica nas ciências humanas. In: ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. (org.) *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta, 2001, p.17.

<sup>67</sup> *Ibidem, op. cit.*

O método clínico é utilizado na prática médica na construção do diagnóstico individual e passa por várias etapas: a formulação do problema pelo paciente, a busca de informações pelo médico através da realização de interrogatórios e exames físicos, a construção de hipóteses diagnósticas e a comprovação final do diagnóstico.

Pensa-se aqui, também, que seguir determinado método implica em seguir uma direção e nortear a pesquisa e seu trabalho a partir de alguns aspectos éticos.

Dessa forma, o método clínico implica em seguir certas condutas na prática da abordagem do doente a partir de critérios que regem a observação dos sintomas. Talvez o passo mais importante a guiar todos os outros seja o diagnóstico, sendo que no processo de elaboração do diagnóstico a entrevista, as conversas, a história clínica, enfim, constituem ferramentas importantes.

Na prática médica ocidental, o método clínico é o instrumento que permite estabelecer a ligação entre teoria e prática. (...) O método é, portanto, o recurso cognitivo ordenador do conhecimento. (...) Todavia, reiteramos que o método de observação clínica é uma criação genuína da Medicina grega clássica.<sup>68</sup>

Primeiro e antes de tudo, é necessário esclarecer que clínica não remete a um lugar. Este termo cunha uma prática que se dá para além de um lugar particular típico, caracterizando-se não pelo locus prático, mas antes pela ação, ou melhor, pelo modo de ação.

O termo “clínica” remete à observação direta que se faz junto ao leito do paciente, sendo esta sistematizada, e obedecendo a certas regras e princípios, formulando hipóteses e buscando comprová-las<sup>69</sup>. Ela difere, em sua essência, do método experimental, este reconhecidamente se impondo como método científico privilegiado.

Se por método experimental entendemos o modo de investigação que se processa a partir de experimentos e realizam a verificação de fenômenos concretos, corremos um risco

---

<sup>68</sup> FRIAS, *op. cit.*, p.16.

<sup>69</sup> AGUIAR, F. Método Clínico: Método Clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, UFRGS, v.14, n.3, p. 609-616. 2001; SÉVIGNY, *op. cit.*

grave de desconsiderar o que não se produz a partir deste modo como resultado sem validade e pouco científico. Chamamos atenção para as diferenças entre os métodos, o que é muito diferente de reduzir ambos a uma relação de oposição, o que poderia levar a um raciocínio errôneo de que o método clínico se oporia ao método científico.

Sévigny<sup>70</sup> faz uma analogia do método clínico - “junto ao leito” - com o trabalho em campo, diferenciando-o assim do método experimental, que abarcaria o trabalho em laboratório. Enquanto o primeiro busca compreender o doente, o segundo buscaria compreender a doença. Esta simples analogia demonstra ao menos um aspecto que difere os métodos: a dimensão do controle.

A pesquisa em laboratório supõe um trabalho de controle do objeto de estudo, o que se dá através do conhecimento e manipulação das variáveis envolvidas. Já a pesquisa em campo, ou “junto ao leito” não permitiria a mesma atitude, uma vez que “perto de” ou “em face” do objeto, ainda mais quando este objeto se assemelha ao pesquisador, o controle de todas as variáveis envolvidas parece quase impossível.

O método clínico, onde praticado – seja no espaço da consulta clínica individual ou numa intervenção em dada instituição – norteia-se sobre o ângulo da singularidade e da especificidade, numa perspectiva que se pretende dialógica e dialética, em que a própria análise já pode ser considerada, em si, uma ação (clínica).

A abordagem clínica implica, assim, uma certa constatação de impotência, de ausência de controle diante de seu objeto de estudo, mas ela implica uma outra forma de controle: aquele que se faz por um processo de integração sintética de dados, em vez de um processo de redução analítica.<sup>71</sup>

Esta dimensão do controle, por fim, nos leva à dimensão de criação e de abertura ao novo e ao desconhecido, que encontramos na clínica de forma privilegiada, considerando, inclusive, a dimensão intersubjetiva que envolve investigador e objeto de investigação.

---

<sup>70</sup> SÉVIGNY, *op. cit.*

<sup>71</sup> *Ibidem*, p.20.

Podemos perceber isso tanto na clínica médica como na clínica psicanalítica.

Na clínica médica, quando o médico se coloca frente a seu paciente, o que este traz para o espaço da consulta não se reduz às notas do *Black Book*, seu guia quase espiritual, mas extrapola a teoria e, muitas vezes, transcende o terreno individual para ser reconhecido como da esfera pública. Na clínica psicanalítica talvez o melhor exemplo seja o da histeria que, não “cabendo” em nenhuma teoria pronta, nem por isso será desprezada.

Outro ponto que queremos destacar é a dimensão técnica e singular presente na concepção de clínica, seja a clínica na Medicina, na Psicologia ou na Psicanálise. Nas três áreas citadas, reconhecemos que cada uma possui um universo de conceitos, teorias e técnicas singulares, no entanto existem elementos que as aproximam e unificam. De tal modo, a clínica, por um lado está centrada na técnica, por outro se funda nos processos de subjetivação e intersubjetividade, seja na Medicina ou em outras disciplinas.

Por dimensão técnica reconhecemos a necessidade da presença de alguns elementos estruturantes, como etiologia, semiologia, diagnóstica e terapêutica. Seguindo cada uma das disciplinas um código particular, bem construído e articulado (no sentido de estabelecer relações internas entre seus diversos elementos), encontramos, respeitando suas particularidades, a presença destes elementos. É esta dimensão, que denominamos técnica, que fornece o rigor e sistematização a todo trabalho clínico.

Por dimensão de “arte de curar”<sup>72</sup> ou “curandeira”<sup>73</sup> nos referimos à necessidade da presença de relação intersubjetiva, assim como ao reconhecimento e valorização da subjetividade na prática clínica. Estes aspectos podem ser lidos como a perspectiva de criação tão particular a este método, pela sua característica de ausência de controle do objeto e olhar interessado ao que se apresenta como novidade. No encontro com o objeto-sujeito o

---

<sup>72</sup> Conforme adotada por CAMARGO JR., *op. cit.*

<sup>73</sup> Conforme nomeada por BORGES, S. M. N. Por uma clínica que a Psicanálise nos ensina. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

reconhecimento da alteridade fundamenta o trabalho clínico e o aproxima de um encontro que se processa como experiência e, como tal, se realiza como processo em construção e não como mera reprodução.

## 2.3. DIÁLOGO MEDICINA E PSICANÁLISE

### 2.3.1. A descoberta freudiana

Devemos fazer um rápido percurso da construção da Psicanálise e de sua história, bem como de seu fundador, por acreditar que, dessa maneira, poderemos obter ajuda em perceber o quanto a Psicanálise se produz no seio de determinadas condições sociais e culturais, e sua relação, estreita e, ao mesmo tempo divergente, com a Medicina.

Sigmund Freud nasceu em 6 de maio de 1856 na Eslováquia, antiga Morávia, e faleceu em Londres a 23 de setembro de 1939. Filho primogênito de um casal de judeus, seu pai era comerciante de tecidos. Em consequência das dificuldades financeiras, o pai muda-se para Viena e depois leva toda a família.

Apesar da precariedade financeira, por mérito de seu brilhantismo, Freud consegue dar continuidade aos estudos e se forma doutor em Medicina em 1881 na Universidade de Viena, onde depois passa a lecionar. Desde muito jovem demonstrava ser grande pesquisador, publica vários artigos científicos em revistas de renome, interessa-se e realiza pesquisas sobre a anatomia do sistema nervoso.

Em determinado momento, Freud abandona a carreira de pesquisador para dedicar-se à atuação como médico. Toda sua formação médica, em pesquisa e clínica, se

constrói em sólidas bases deterministas, sob a influência do pensamento médico do fim do século XIX. Em 1885 consegue uma bolsa e viaja a Paris para estudar com Jean Martin Charcot, no Hospital da Salpêtrière.

Charcot era um famoso neurologista que se dedicava à investigação de doentes nervosos e com ele Freud se interessa por quadros clínicos histéricos, menosprezados pela Medicina da época.

Toda prática médica seguia moldes estritamente anátomo-clínicos, e o trabalho na Salpêtrière pretendia descrever e identificar o fenômeno histérico, demonstrar suas leis e princípios e, dessa forma, possibilitar a realização do diagnóstico, servindo-se do método da hipnose. Freud se encanta com o trabalho de investigação em que era possível recriar sintomas e eliminá-los com o uso deste método.

Freud retorna a Viena em 1886 e inicia sua prática clínica recebendo principalmente pacientes nervosos, utilizando como principal método de tratamento a sugestão hipnótica. Aos poucos, abandona a hipnose, por achá-la insuficiente e questionar sua validade. A troca de experiências com o médico Josef Breuer, com quem mais tarde escreve Estudos Sobre Histeria, de 1895, o influencia a utilizar o método catártico, a cura pela palavra como tratamento da histeria. À medida que prossegue com seus pacientes, realiza avanços na clínica da histeria. Diferentemente de Charcot, Freud postula a etiologia dos sintomas histéricos como de origem sexual e não hereditária, como se postulava até então.

As histéricas, primeiro com Charcot e depois com Freud, ganham outro lugar diante do olhar médico. Para Freud o diagnóstico de histeria implicava na existência de uma alteração no corpo, não no campo da anatomopatologia, mas no campo da representação. Os sintomas revelam um corpo outro que, diferente da estrutura dada e concebida pela biologia, apontam para uma criação de um corpo próprio, subjetivo e portador de códigos particulares.

Podemos dizer que a Psicanálise surge com as históricas no momento em que se inaugura uma nova região, ou melhor, um território desconhecido para a área médica. Esta região obscura remete aos processos psíquicos que de maneira inconsciente se fazem presentes. Aquilo que se apresenta no corpo da histórica e é ignorado pela Medicina moderna é o material sobre o qual se interessa esse novo campo teórico. Sob a ignorância médica funda-se a Psicanálise. Reconhecer a complexa relação do pai da Psicanálise com a Medicina se faz necessário.

Esta nova área de conhecimento fundada por Freud e hoje praticada por muitos grupos e escolas com estilos particulares, tem como paradigma a existência de uma região inconsciente e se fundamenta na regra da associação livre de ideias, nos movimentos transferenciais e no método interpretativo.

A proposta que surge com a Psicanálise resgata a dimensão da singularidade na medida em que postula a existência de um sentido particular, singular aos modos de ser e de se posicionar frente ao outro, aos modos de amar e mesmo de adoecer.

Desde o início da Psicanálise, é possível perceber a grande preocupação de Freud em garantir o estatuto de cientificidade à jovem ciência, o que segue presente até o final da sua obra nas retomadas e comparações que faz com as ciências naturais, assim como na preocupação com a linguagem rigorosa com que descreve as inúmeras observações do fenômeno pesquisado. Essa filiação se revela quando diz: “A ciência não é uma ilusão, mas seria uma ilusão acreditar que poderemos encontrar noutro lugar o que ela não pode nos dar.”<sup>74</sup>

Em Comunicação Preliminar (1893), escrito em parceria com Josef Breuer, encontramos analogias e expressões de outras disciplinas como quantum de afeto e arco reflexo, retirado de ciências da época. Assim como em textos posteriores, de um período mais

---

<sup>74</sup> HOUSTON, J. (diretor) *Freud Além da Alma*. 1962. DVD (139 min), p&b. Título original: “*Freud: the secret passion*”.

maduro da obra, como *Além do Princípio do Prazer*, de 1920, em que para apresentar a descoberta do novo dualismo pulsional, recorre mais uma vez à Biologia ao citar a tendência ao estado inorgânico que rege o funcionamento do ser vivo.

Pensar a relação da Psicanálise com a Medicina implica em revermos a própria relação de Freud com a ciência de seu tempo, da qual esta última já era principal representante. Não podemos nos esquecer de que a formação médica inicial de Freud demonstrava sua preferência pelo trabalho de pesquisador em laboratório - ao ingressar na faculdade de Medicina Freud demonstra grande interesse pelos estudos em Fisiologia e segue trabalhando ao lado de Ernest Brucke mesmo depois de se formar, que somente será abandonada por sua má condição financeira.

A complexidade desta relação se mostra ao reconhecermos que somente no seio da ciência positivista tal saber poderia advir. Primeiro, pela ciência positivista inaugurar uma nova concepção de homem centrada na consciência e na razão e, segundo, pelos próprios desdobramentos decorrentes desta tomada de posição, como a desvalorização da experiência em prol do saber conferido pelo método organizado e o individualismo que coloca o homem como medida de todas as coisas. É este cenário que permite o surgimento da Psicanálise como campo de investigação do inconsciente, ao mesmo tempo em que esta descoberta entra em contradição com todas as concepções vigentes.

A Psicanálise configura-se ao mesmo tempo como um método de investigação, uma terapêutica e uma teoria. O método de investigação essencialmente clínico criado por Freud consiste na busca constante do significado oculto daquilo que é manifesto por meio da fala, das ações e das produções imaginárias. Como terapêutica, a clínica psicanalítica visa ao tratamento e à cura de sintomas psíquicos causadores de sofrimento e constitui uma prática profissional. Como teoria se refere a um conjunto de conhecimentos sistematizados sobre o

funcionamento da vida psíquica pautados nas descobertas freudianas que formulam leis gerais sobre a estrutura e o funcionamento do psiquismo humano.

Psicanálise é o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica.<sup>75</sup>

A Psicanálise nasce assim com a descoberta do inconsciente e enfrentará grande resistência por parte da comunidade científica, não apenas por se contrapor aos fundamentos da ciência cartesiana, mas por representar em si mesmo uma afronta à razão e ao individualismo moderno. Freud se contrapõe a toda tradição da filosofia racionalista cartesiana que tem a consciência como centro. O imperativo cartesiano “*cogito ergo sum*” - penso onde sou, será invertido pela Psicanálise e especialmente ilustrado através da máxima lacaniana “penso onde não sou e sou onde não penso.” O homem deixa de ser senhor em sua própria casa, pois na hipótese freudiana somos guiados pelo nosso inconsciente e não fazemos nossas escolhas a partir de nosso consciente.

Em 1917, no texto “Uma dificuldade no caminho da Psicanálise”, Freud descreve as três descobertas científicas que foram vividas como golpes no narcisismo do homem. Seriam elas o golpe cosmológico que se deu com a descoberta de Copérnico, no século XVI, de que a Terra não é o centro do universo, o que resulta em uma revolução no modo do homem se perceber e se relacionar com o mundo a sua volta. O golpe biológico resultante do Darwinismo, no século XIX, que destitui o homem de sua supremacia perante os outros animais, e devolve seu lugar no ciclo evolutivo animal. E o terceiro e talvez com maior potencial de ferir o amor próprio do homem seria o golpe psicológico, pois a Psicanálise ao demonstrar que uma parte da atividade mental, dos pensamentos e até dos atos praticados se

---

<sup>75</sup> FREUD, S. Dois Verbetes de Enciclopédia (1923 [1922]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.253.

realizam sem o controle por parte do ego, sem consciência por parte daquele que o produziu, faz com que o homem passe a conhecer o estranho que traz em si mesmo.

(...) a vida dos nossos instintos sexuais não pode ser inteiramente domada, e a de que os processos mentais são, em si, inconscientes, e só atingem o ego e se submetem ao seu controle por meio de percepções incompletas e de pouca confiança —, essas duas descobertas equivalem, contudo, à afirmação de que *o ego não é o senhor da sua própria casa*.<sup>76</sup> (grifo do autor)

### 2.3.2. Em nome da ciência

Seguindo o desenho das ciências naturais, o pensamento médico traz a herança cartesiana do aniquilamento da subjetividade do homem. Para diferenciar-se como outra forma de pensamento, a Ciência reivindica uma ruptura com outras modalidades de conhecimento, opõe seu modo de saber objetivo ao saber subjetivo, o conhecido ao sentido.

O corpo, “excluído de sua dimensão simbólica”<sup>77</sup>, passa a ser manipulado pela Medicina como um positivo arrancado de seu negativo e de sua singularidade constitutiva. Como resultado, temos um corpo sem marca, excluído de significados, vazio de significação. A marca que falamos remete à noção de sujeito, negada com o advento do corpo-máquina.

O sujeito, que surge com o advento da ciência, é concebido a partir do cogito cartesiano como ser pensante, constituído pela determinação científica. O pensamento é o que funda o ser enquanto eu e exclui o sujeito, o que se apresenta na máxima expressão cartesiana: “*Cogito, ergo sum*”.

No que diz respeito à Psicanálise, podemos dizer que ela não se configura no campo das ciências da natureza, como a Física, Química, ou a Biologia, porque se afirma

<sup>76</sup> FREUD, S. Conferência XXVIII (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.153.

<sup>77</sup> ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. A. C. *Retorno do Exílio: o corpo entre a Psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004, p.15.

como descoberta da verdade do paciente, busca do sentido (perdido). Assim, a Psicanálise tem o compromisso de recuperar o que foi excluído pela Ciência, o sujeito, apesar de reconhecer os limites do discurso psicanalítico nessa tarefa.

O cogito cartesiano representa a um só tempo um momento do sujeito, historicamente definido e correlato essencial da ciência (Lacan1965b), cujo paradigma é a física, e o exílio do corpo em relação ao pensamento (...) <sup>78</sup>

Desse exílio o corpo não retornará do campo discursivo da ciência senão como máquina. O melhor exemplo disso é a Medicina atual, sobretudo em suas formas elaboradas de cuidado e tratamento ditos intensivos, nos quais o corpo tornado máquina se literaliza, não em cifras de gozo, mas em números e letras em telas de monitores computadorizados, cuja função se reduz a signo-índice, a representar as taxas da máquina para o médico. Nenhum sujeito e nenhum corpo estão presentes, apenas a máquina. <sup>79</sup>

A Medicina profissionalizou-se dentro de um paradigma tecnocientífico que tem como valores predominantes o conhecimento científico e a eficiência técnica. O problema se dá quando o principal alvo de atenção é a doença e sua cura: sabe-se cada vez mais da doença e menos do doente. Com Dunker <sup>80</sup>, vemos o quanto a subjetividade e a personalidade do paciente, assim como a do médico, serão consideradas uma barreira ao que se busca conhecer ou ao que pretende se apresentar.

(...) a personalidade do paciente, bem como a subjetividade do clínico, aparecem como fonte de imprecisão. A personalidade é considerada como uma grade, um filtro que desvia e relativiza, dificultando o acesso purificado e translúcido do que interessa saber. A própria ideia de que o médico possui uma personalidade é efeito de sua individualização social. <sup>81</sup>

Embora nos manuais médicos, nos cursos de formação oferecidos e na própria rede de serviços o conceito de saúde tenha em muito se ampliado, percebemos que a relação social e a percepção subjetiva de saúde se transformam e se configuram seguindo as exigências da sociedade da *performance* e do consumo.

---

<sup>78</sup> ALBERTI; RIBEIRO, *op. cit.*, p.28.

<sup>79</sup> *Ibidem*, p.33.

<sup>80</sup> DUNKER, *op. cit.*

<sup>81</sup> *Ibidem*, p.398.

No plano teórico, o conceito de saúde deixa de constituir ausência de doença e passa a ser relacionado à qualidade de vida, abarcando aspectos físicos, sociais e psíquicos. No plano prático, a relação com a saúde passa a ser mediada pelas relações de consumo, tanto no âmbito dos serviços privados quanto públicos, evidenciando a busca por uma saúde perfeita, por um corpo perfeito: desconectado da subjetividade e de sua condição temporal de finitude.

Dessa forma, todo avanço tecnológico segue acompanhado por uma crescente desumanização na saúde.

### **CAPÍTULO 3: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DO OLHAR DA PSICANÁLISE**

Desde o surgimento da Psicanálise assistimos a mudanças e avanços em seu corpo teórico, assim como uma transformação que se acompanha na prática clínica. Acreditamos que essas transformações são inevitáveis por pensarmos a Psicanálise voltada às questões do inconsciente psíquico, que estão vinculadas ao contexto histórico e social do momento a que pertencem e por isso assumem características e contornos próprios.

Tudo isto implica em repensar e reformular a prática profissional para receber os novos modos de apresentação sintomáticos, os novos processos de subjetivação. Podemos prontamente apontar algumas mudanças na prática profissional decorrentes da abertura da Psicanálise para novos públicos e novos contextos de atuação.

Sabemos que Freud, em “Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise” (1912)<sup>82</sup>, orienta quanto àqueles que podem se submeter ao novo tratamento. Longe de ser dirigido à população em geral, volta-se exclusivamente aos neuróticos com chances de serem por ele beneficiados. Lista ainda uma série de outras situações em que o procedimento analítico não seria indicado: se o paciente não atingir certo grau de inteligência e de desenvolvimento ético, se tiver má formação de caráter, se estiver próximo da faixa etária de cinquenta anos ou se tiver algum sintoma que o coloque em risco e necessite ser removido rapidamente.

Passado um século, o contexto em que essas recomendações são feitas é outro, e hoje percebemos algumas transformações no *setting* e nos objetivos do trabalho. Sabemos que

---

<sup>82</sup> FREUD, S. Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise (1912). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

a Psicanálise trabalha com uma gama muito maior de pacientes e que o seu alcance não se dá pelos limites de idade ou pela alta capacidade cognitiva.

O psicanalista hoje se depara com um novo cenário de trabalho. Ele é convocado a atuar em novos contextos e novos espaços, devendo lidar com a diversidade de público e de situações para as quais, muitas vezes, não há uma recomendação e uma orientação de como fazer, de antemão, pronta. Outra questão é que, se antes o trabalho do analista se dava de modo isolado, a partir das mudanças acima apontadas, ele precisa conversar com outras áreas e outros saberes. Muitos não gostam do termo, mas a atuação com outros profissionais e disciplinas inter, multi ou transdisciplinar se faz importante, principalmente em contextos como a Unidade Básica de Saúde e o hospital.

É verdade que assim temos uma margem por demais ampla, que cede ao perigo de qualquer terapia nomear-se como Psicanálise sem que o seja. Consideramos como Psicanálise toda prática que se orienta a partir do paradigma do inconsciente, mediada por relações transferenciais e regida pelo princípio da associação livre. Para este método de trabalho freudiano – variações à parte – o que parece importar talvez não seja idade ou habilidades intelectuais, mas a presença ou não de sofrimento.

Ao reconhecermos a difusão da Psicanálise em diversas áreas de conhecimento e sua influência em inúmeras práticas, somos levados a considerar o quanto esses fazeres também incidem sobre a constituição do campo da Psicanálise na atualidade. No caso da relação entre Psicanálise e Medicina, não cabe pensar na influência e nas contribuições da Psicanálise sobre a Medicina. Antes, devemos considerar o quanto essas práticas, como campos de conhecimento, mutuamente se influenciam, e nos efeitos produzidos por este encontro.

Cabe cuidar de não misturarmos as coisas. Ao expor o que, a nosso ver, seriam algumas contribuições da Psicanálise à situação atual da clínica médica na atenção primária,

não queremos com isso homogeneizar ou mesmo igualar ambas. Reconhecemos suas distinções e particularidades, mas percebemos pontos de aproximação entre elas.

Por este motivo, explicitaremos os pontos de articulação entre estas disciplinas, para em seguida trazer o que seria a contribuição da Psicanálise, o que ela teria a dizer ou a contribuir, como dito anteriormente e invocado no título, com uma disciplina outra, ainda mais sendo esta a Clínica Médica. Este tema segue sendo fonte de divergência entre autores de ambos os lados.

Considerando a Medicina e a Psicanálise como campos distintos do conhecimento, nossa atenção deve ser redobrada para não cairmos na ingenuidade de supor que apenas a Psicanálise pode contribuir com a Medicina.

Numa reunião de artigos produzidos por diversos autores psicanalistas e psiquiatras, o livro “Diálogo (im) possível: Psiquiatria e Psicanálise”<sup>83</sup> aborda essas questões e, em medidas variadas, mesmo que apontando exclusivamente diferenças entre as disciplinas, acaba por revelar um emaranhado de assuntos que as aproxima, quase sempre pela “porta dos fundos”. Assim também encontramos em outras produções<sup>84</sup> semelhantes tentativas de discutir as relações entre estes campos do conhecimento.

Não poderia ser diferente, uma vez que o campo do conhecimento inaugurado por Freud surge no seio da tradição positivista e traz marcas deste pertencimento, ao mesmo tempo em que rompe com esta tradição ao postular uma teoria pautada sobre a existência do inconsciente.

A Medicina, como representante do positivismo propõe um saber sobre o indivíduo, e é a partir da falta constitutiva deste que surge a Psicanálise. Não há saber que não surja a partir de uma falta. Assim as relações entre Medicina e Psicanálise se estreitam: “(...)

---

<sup>83</sup> VIOLANTE, M. L. (org.) *O (im)possível diálogo Psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002.

<sup>84</sup> QUINET, A. (org.) *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001; BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. (orgs.) *Um novo lance de dados: Psicanálise e Medicina na Contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.

esta falta como constitutiva do campo médico e psicanalítico, levando-me a rejeitar a ideia de uma influência da Psicanálise na Medicina e a retomar a questão como inserção de um campo no outro.<sup>85</sup>

O próprio Freud, diante do florescimento da Psicanálise, inúmeras vezes fala aos médicos sobre o que acredita ser de grande contribuição à área, ao mesmo tempo em que reconhece as resistências à teoria psicanalítica que está se consolidando.

Primeiramente, o esforço de Freud para que o novo campo de conhecimento tivesse suas bases firmadas nas ciências da natureza e assim fosse reconhecido pelo meio acadêmico o leva a dirigir diversas comunicações aos médicos e pesquisadores em geral. Arduamente, o criador da Psicanálise comunica a plateias resistentes os passos alcançados e em que rumos se darão os próximos. Além da busca pelo reconhecimento acadêmico, Freud vislumbra uma relação favorável de troca e contribuições interdisciplinares e, defendendo a causa da psicoterapia, convida os profissionais médicos a reverem o seu valor dentro do próprio trabalho.

Como aponta Mezan<sup>86</sup> a Psicanálise busca não apenas conhecer o objeto, mas (auto) transformá-lo, numa tarefa não de reflexão individual, mas que implique em intersubjetividade. E aqui nossa tarefa de conhecer a clínica médica se dá dialogando com textos e autores, a partir de experiências e vivências partilhadas com usuários e profissionais de saúde.

Diante de todas essas observações, daremos destaque ao que consideramos algumas contribuições da Psicanálise à clínica médica, detendo-nos ao modo como esta é praticada no contexto da Atenção Primária em Saúde. Não propomos esgotar as relações entre

---

<sup>85</sup> HERZOG, R. A questão da influência da Psicanálise na Medicina. In: FIGUEIRA, S. (org.) *Efeito Psi: A influência da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1988, p.60.

<sup>86</sup> MEZAN, R. R. Que significa “pesquisa” em Psicanálise? In: SILVA, M. E. L. (coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.

estas áreas distintas, mas realçar algumas possíveis contribuições da Psicanálise aos problemas e aspectos observados na experiência da autora, nos relatos de pacientes e médicos da Atenção Primária e também apontados pela bibliografia da área.

Podemos dizer que a descoberta do inconsciente influenciou de alguma maneira diversas áreas, e aqui a clínica médica nos interessa em especial. Encontramos evidências dessas contribuições em aspectos da relação médico-paciente, na atuação clínica e mesmo na formação médica e nos modelos adotados nos serviços de saúde. Desse modo, destacamos alguns pontos que serão trabalhados mais adiante.

### 3.1. CONVITE À PSICOTERAPIA

#### **3.1.1. Retomando a noção de psicoterapia**

A definição e o entendimento do que vem a ser psicoterapia ainda é confuso e, por vezes, impreciso. Não buscaremos esclarecer todas as questões que surgem diante da problemática das psicoterapias<sup>87</sup>. O que realmente se quer desenvolver aqui é a retomada da definição de psicoterapia, pensando sobre que aspectos esta dimensão se inclui na prática clínica dos profissionais médicos. Buscamos então retomar esta dimensão também presente na clínica psicanalítica, tantas vezes negada por psicanalistas, até mesmo pelo seu papel ocupado nas sociedades ocidentais, de uma prática pouco científica vinculada a doutrinas religiosas.

Ao nos aproximarmos da psicoterapia, encontramos um campo diverso de práticas curativas que dificilmente poderia ser compilado em uma única disciplina, pela variedade de

---

<sup>87</sup> Isso poderia ser consultado no trabalho de Roudinesco (2005), que inclusive lista mais de 200 práticas que assim se intitulam.

objetos, métodos e técnicas a que se propõem, e que por vezes se serve de acepções pouco científicas e dogmáticas.

Mas o que diferencia clínica e psicoterapia? E de que modo seria possível uma intersecção, uma aproximação entre estes dois campos? Assim, apresenta-se aqui a própria situação da Psicanálise para buscar diferenciar e discutir as posições clínica e psicoterápica que, ao mesmo tempo em que podem implicar propostas e interesses distintos, encontram-se reunidas na figura do jovem Freud.

Podemos localizar no trabalho de Freud, e da Psicanálise, elementos que remetem tanto à clínica quanto à psicoterapia, situando-o “no movimento das disciplinas médicas, nesta operação de conversão da ‘clínica antiga’ à ‘clínica moderna.’”<sup>88</sup> E reconhecer seu lugar como clínico e psicoterapeuta.

O percurso pessoal do jovem médico e pai da Psicanálise, assim como o momento histórico envolvido, mostra a convivência entre as práticas psicoterápicas e as práticas clínicas no desenvolvimento de um novo campo de conhecimento. Na medida em que as práticas clínicas se fortaleciam no seio da nova tradição científica, as psicoterapias entravam em declínio, ao menos no âmbito valorativo da cultura vigente.

Sobre esta questão do declínio e extinção das psicoterapias, Roudinesco<sup>89</sup> a relativiza, apontando para sua expansão no Ocidente, na medida em que o discurso científico busca “erradicar as crendices, apoiando-se numa política de vigilância, de segurança, de perícia “científica” ou de controle dos povos e das consciências (...)”. E reconhece na Psicanálise o ponto de retomada do que se encontra excluído da prática científica e incluído em práticas consideradas ocultas e milagrosas.

---

<sup>88</sup> DUNKER, *op. cit.*, p.20.

<sup>89</sup> ROUDINESCO, *op. cit.*, p.31.

Reconhecer esta tomada de posição da Psicanálise não significa situá-la como prática mística. Muito pelo contrário, sua constituição se dá como uma disciplina racional, que se não o fosse, não caberia aqui desenvolver esta discussão. Segundo Roudinesco:

Apoiada, por um lado, em uma clínica da escuta – herdada da clínica da observação própria da Medicina científica – e, por outro, em um sistema de pensamento oriundo da tradição grega e alemã da filosofia, a Psicanálise deixou de ser uma psicoterapia no sentido estrito. Ela dissolveu, sem abolir, os dois grandes princípios de crença e de sugestão que estão no cerne do dispositivo de cura próprio da psicoterapia.<sup>90</sup>

O que situa o trabalho de Freud como possuindo uma dimensão psicoterápica é o fato de suas observações evidenciarem uma íntima ligação entre os sintomas apresentados e as experiências pessoais do paciente no contexto de seu surgimento.

### **3.1.2. Psicanálise e psicoterapia**

Situando a psicoterapia como uma terapia de que muito se serviu da Medicina, antes de descobrir novos recursos terapêuticos, Freud, no texto de 1904, “Sobre a Psicoterapia”, busca reaver seu valor no seio da Medicina moderna, científica por excelência, que encontra no século XIX período de grande fertilidade. Assim, retomar a importância da psicoterapia e seu lugar na clínica médica que se pratica nos dias de hoje, a partir de um olhar psicanalítico, é um modo de buscar apreender e também contribuir com a prática clínica, o que se pretende um dos escopos deste trabalho.

Freud chama a atenção dos médicos para a sua própria prática médica, e o quanto de suas atividades se dá sob a forma de psicoterapia. Mesmo os médicos não se dando conta e ainda a considerando uma prática pouco científica, Freud diz: “não podemos renunciar à

---

<sup>90</sup> ROUDINESCO, *op. cit.*, p.44-45.

psicoterapia, que mais não seja porque outra parte muito interessada no processo terapêutico — a saber, o doente — não tem nenhuma intenção de abandoná-la.”<sup>91</sup>

Muitos casos/doenças que antes eram entendidos e explicados pela ordem espiritual vão sendo, aos poucos, “desvendados” pela razão e apropriados pela ciência com novas teorias, que, por si só, alcançam o valor de verdade. Assim se passa também no terreno da psicoterapia, que embora remonte à Antiguidade, encontra na figura de Anton Mesmer seu ponto de apoio e passagem de uma formulação pré-científica a teoria científica.

Em um trabalho importante de pesquisa, Cazeto<sup>92</sup> refaz o trajeto de construção do inconsciente, mesmo quando assim não era nomeado, e seus métodos de investigação até chegar à concepção de inconsciente freudiano. O nome de Mesmer e de sua teoria do magnetismo animal encontra lugar de destaque na história pregressa da Psicanálise.

Situado ao final do séc. XVIII, o trabalho do médico francês postula a existência de sólidos e fluidos magnéticos que seriam responsáveis pela harmonia dos astros e corpos e, conseqüentemente, pelo estado de saúde e doença do organismo humano. Em tudo há uma força que tensiona, que agita e movimenta os corpos celestes e terrestres, segundo o mesmerismo. Esta força recebe o nome de gravidade animal, responsável pelos movimentos de todo universo e funcionaria analogamente entre os corpos dos astros e dos homens.

O método de trabalho utilizado para regular o fluido magnético circulante e corrigi-lo, buscando assim retomar um estado de equilíbrio, equivalente à saúde do corpo, servia-se do uso de peças imantadas, aos poucos, aprimoradas, que situadas nas extremidades do corpo auxiliariam na regulação dessa força sensível através da manifestação de quadros de crises (convulsões, desmaios, choros, risos), que publicamente deveriam servir de

---

<sup>91</sup> FREUD, S. Sobre a Psicoterapia 1905[1904]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.245.

<sup>92</sup> CAZETO, S. *A constituição do inconsciente em práticas clínicas na França do século XIX*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2001.

confirmação do efeito terapêutico do tratamento<sup>93</sup>.

O desencadeamento de crises e a conseqüente melhora do quadro clínico dos pacientes obedeciam à vontade do médico, sem seguir um modo específico de funcionar que permitisse ser ordenado ou acompanhado segundo determinados padrões e estágios. É esta presença anunciada no método mesmeriano que será habilmente detectada e utilizada no trabalho da Psicanálise.

O trabalho de Mesmer não convenceu as instituições que regulavam as práticas médicas e será alvo de investigação quanto aos seus verdadeiros fundamentos e sua eficácia. Havia algo nesta técnica que não podia ser apreendido, medido e que, portanto, aproximava-a do ocultismo.

Havia algo que se escondia, que não se deixava capturar pelos efeitos que produzia. A crise era apenas a materialização localizada de uma força que não se entregava ao controle. Saber dominá-la, saber fazê-la operar segundo a própria vontade, eis o que seria a sua verdade, mas eis o que precisamente não se dava a conhecer.<sup>94</sup>

O convite de Freud é fazer uma psicoterapia científica e, justamente, dominar esta força presente entre médico-paciente, magnetizador-magnetizado, que se apoia na personalidade do médico, queira ele ou não, e tem como maior interessado e depositante o próprio paciente. Existem alguns casos em que a influência do médico traz mais resultados que o uso do próprio medicamento, ou como bem colocado por Balint<sup>95</sup> o preceito hipocrático de que quem cura é o médico e não o remédio. Este deve saber prescrevê-lo na melhor dosagem e intervalos adequados.

O ponto central que está em jogo e confere todo o poder à psicoterapia, foi muito bem percebido pelo pai da Psicanálise e esteve presente em todas as passagens do método psicanalítico, que resultaria do hibridismo da clínica e da psicoterapia. Desde o trabalho em

---

<sup>93</sup> CAZETO *op. cit.*

<sup>94</sup> *Ibidem*, p.97.

<sup>95</sup> BALINT, M. *O Médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu, 2007.

parceria com Josef Breuer, quando a Psicanálise era incipiente, podemos perceber que Freud dispensava grande atenção à relação que estabelecia com os pacientes. Neste momento inicial da construção da Psicanálise, o método terapêutico era fundamentado na técnica da hipnose e consistia em buscar lembranças esquecidas e descarregá-las através da eliminação associativa ou descarga motora.

Partindo da teoria do trauma, que mais tarde seria abandonada, postulava-se que a lembrança do trauma permanecia desligada da consciência e era expressa através dos sintomas, o que leva Freud a dizer que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências.”<sup>96</sup>

O trauma se dá quando um estímulo, uma grande quantidade de excitação, atinge o Eu e é da ordem do insuportável. O trauma diz de uma impossibilidade de representação, impossibilidade de ligação. O psiquismo, pela sua história ou por seu curto tempo de vida e não pelo acontecimento em si, encontra-se desamparado e impossibilitado de reagir. Daí a repetição vivida como uma tentativa de elaborar o traumático, o que se recusa a tornar-se um evento passado e resiste na forma do sintoma presente. “Transforma-se em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio do pensamento associativo ou da reação motora.”<sup>97</sup>

Os comportamentos neuróticos são sintomas, vistos por Freud como um sinal de que algo foi reprimido e precisa de alguma forma ser revivido, elaborado e tornado consciente. A linguagem é a forma destacada por Freud capaz de substituir a ação e se prestar de reação ao trauma, promovendo a ab-reação do afeto e sua simbolização. Lágrimas, desabafos e ações podem ser formas de descarga de afetos e através do método catártico os sintomas podiam ser eliminados.

---

<sup>96</sup> FREUD; BREUER, Comunicação Preliminar (1893). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.43.

<sup>97</sup> *Ibidem*, p.196.

Mas, Freud percebe que o método catártico, por si só, seria terapêutico e serviria também, e principalmente, como método de investigação. A hipnose é abandonada quando Freud percebe que nem todos os pacientes são hipnotizáveis e, mesmo os que o eram, não obtinham resultados positivos duradouros: os sintomas podiam diminuir ou até mesmo cessar no período do tratamento, mas os resultados eram transitórios.

O que está em jogo, e não era considerado na técnica anterior, é a força que faz resistência ao trabalho de tornar consciente a experiência vivida. As resistências são forças fundamentais no trabalho de Psicanálise e precisam ser superadas com o auxílio da figura do médico, que se tornará um dos elementos mais importantes na dinâmica de trabalho.

Se observarmos com cuidado essa passagem da hipnose para o método catártico e seu posterior abandono, pode-se perceber a manutenção da força e do lugar da sugestão no método de trabalho psicanalítico. Mesmo hoje, com a utilização da livre associação de ideias, o poder da sugestão do médico ou analista mantém o seu destaque.

Na Conferência XXVIII, Freud coloca bem claramente que o abandono da hipnose e o uso da transferência pelo analista não significa que se tenha deixado de usar a sugestão no tratamento psicanalítico: “Admitimos que nossa influência baseia-se essencialmente na transferência – isto é, na sugestão (...).<sup>98</sup> Não importa se denominamos a força motriz de nossa análise, de transferência ou de sugestão (...).”<sup>99</sup>

O que aqui chamamos de sugestão remete ao papel do médico, à força que este lugar tem na direção de todo tratamento. “A parte decisiva do trabalho se consegue criando na relação do paciente com o médico – na transferência – novas edições dos antigos conflitos”<sup>100</sup>.

O apreço pela confiabilidade e a durabilidade do tratamento conduzem Freud ao abandono da sugestão hipnótica, pois seus efeitos cessavam quando a relação médico-paciente

---

<sup>98</sup> FREUD, S. Conferência XXVIII (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol.XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.449.

<sup>99</sup> *Ibidem*, p.449-452.

<sup>100</sup> *Ibidem*, p.455.

se interrompia, o que hoje se atualiza nas dietas alimentares com acompanhamento de nutricionistas ou mesmo de grupos de apoio. O paciente se dedica à sua dieta enquanto segue em acompanhamento, uma vez atingido o objetivo do trabalho (perder ou ganhar peso) a relação com o profissional ou grupo é desfeita, assim como os benefícios do tratamento. Neste caso, vemos a relação com o terapeuta/grupo funcionando como suporte superegóico diante de um ego frágil que, na presença de outros (não qualquer outro) se mobiliza, enquanto distante desta relação perde toda (essa) força de vontade.

Neste contexto, aparece o problema da sugestão e a necessidade de superá-lo. O caminho encontrado por Freud remete à disposição para a transferência e às orientações quanto a seu manejo. Trata-se de um grande salto, que pode ser ilustrado ao compararmos a relação de um homem com seu grande líder, a quem obedece de modo irracional, à relação de outro com seu analista/médico. Enquanto o primeiro é motivado, se deixando guiar pela vontade alheia; o segundo estabelece uma relação de grande intensidade afetiva, cuja matriz ele próprio imprime. Contanto que se diferencie a sugestão que massifica da outra, que é bem diferente e remete à subjetividade, podemos seguir falando nestes termos.

### **3.1.3. Medicina, Psicanálise e psicoterapia**

O elemento histórico, que nos leva à biografia do paciente, à sua personalidade, remonta a uma dimensão valorizada pelos psicoterapeutas, a da experiência, que inclui o modo como a doença ou sofrimento são nomeados e descritos pelo paciente, assim como a representação fornecida socialmente.

No caso do clínico, as impressões e opiniões expressas pelo paciente sobre o seu caso recebem pouca atenção, pois tendem a ser percebidas como menos importante, o que

pode transformar a conversa entre médico e paciente em uma lista de respostas rápidas fornecidas ao breve questionário médico, isso quando não perturbam sua prática metódica e impessoal. O trabalho do clínico refere-se principalmente “ao paciente e metódico exercício de observação, descrição e comparação de fenômenos. O clínico é, sobretudo, um leitor dos signos.”<sup>101</sup>

A psicoterapia trabalha a partir da relação entre terapeuta e paciente, incluindo-se aí a influência e a sugestão. Já o clínico, deve ausentar-se de sua personalidade e toda a autoridade deve ser dirigida ao método. Ambas figuram-se como estratégias de poder que se exerce, na primeira a partir da figura do terapeuta, e na segunda a partir da ciência médica.

Também podemos reconhecer Freud como um clínico, com suas características de paciente e dedicado observador, buscando descrever cuidadosamente os fenômenos observados e reuni-los de maneira sistemática. No entanto, a nova clínica médica não concebe a participação do paciente, suas concepções e valores, no tratamento.

Segundo Dunker, no caso da Psicanálise:

(...) a ênfase na observação faz prevalecer a experiência clínica sobre o contato com a psicoterapia (...). Mas a influência desta está inexoravelmente presente na clínica psicanalítica e o próprio Freud não hesita em caracterizar a Psicanálise como um tipo de psicoterapia (...) distinta do hipnotismo catártico e da terapia moral de inspiração psiquiátrica.<sup>102</sup>

Assim, a clínica psicanalítica exclui a sugestão como influência de poder e comando do médico/psicanalista sobre o paciente, como na hipnose, e para isso recomendam-se a neutralidade e abstinência. O que difere o psicanalista dos lugares de confidante, conselheiro ou guru.

O modo de relação com o saber e a experiência do paciente e do próprio médico também diferem. O clínico tradicional, muitas vezes, desvaloriza todo saber que não seja

---

<sup>101</sup> DUNKER, *op. cit.*, p.20-21.

<sup>102</sup> *Ibidem*, p.30-31.

formulado dentro de seu próprio discurso e, quando isso acontece, se apresenta como aquele que detém o saber, desconsiderando ou apresentando dificuldade em considerar os aspectos subjetivos do paciente. O próprio desenvolvimento da semiologia e uma língua própria dos signos são responsáveis por essa “função silenciadora”. Novos termos são criados e utilizados para referir-se aos antigos estados e sintomas, a linguagem popular que nomeava as doenças é abandonada e substituída pelo latim<sup>103</sup>.

A linguagem separa o popular do científico e o saber médico funda-se a partir do não saber da própria sociedade. Cria-se um tipo de relação médico-paciente, ciência médica-corpo social, marcadamente desigual, composta de onipotência de um lado e infantilização e desqualificação de outro.

Enquanto a Medicina clássica valorizava o doente para além de seus sintomas, a prática da (nova) clínica médica e a Medicina moderna apoiam-se no discurso científico, cada vez mais biologizante, voltando-se para classificações ditas universais e a realização de exames através de equipamentos de ponta. Na prática, os sujeitos e toda dimensão subjetiva tende a ser excluída. O sujeito-paciente é excluído quando os exames tornam-se, por assim dizer, mais importantes que sua presença e seu discurso. Do mesmo modo, o sujeito-médico, dentro deste contexto, torna-se facilmente substituído por maquinários e programas tecnológicos.

A prática médica poderia ser situada entre a ciência e arte. Como ciência apoia-se nos fundamentos e procedimentos da Medicina moderna e tem como objeto a doença. Como arte preocupa-se com o que extrapola a objetividade científica e tem como o objeto os sentidos e afetos provocados pelo adoecimento. Quando pensamos na dimensão de prevenção e promoção em saúde, a objetividade da ciência médica pode se mostrar bastante insuficiente, pois aqui o terreno da subjetividade e da coletividade se mostra com grande vitalidade e se

---

<sup>103</sup> DUNKER, *op. cit.*

impõem ao conhecimento médico. Aqui, também, essa dimensão da arte médica se destacaria.

O que nomeamos como arte se refere à presença da dimensão humana no que concerne tanto aos pacientes como aos trabalhadores médicos. Essa dimensão humana se apresentaria através de teorias e técnicas que concebem e valorizam sua existência.

Um médico que trabalha em um hospital de grande complexidade necessita de dominar uma série de conhecimentos e tecnologias para realizar seu trabalho. Esse mesmo médico, diante de situações aparentemente mais simples, como algumas situações presentes na APS (autocuidado, adesão ao tratamento, mudança de comportamento) pode se mostrar nada competente. Isso se dá porque parte do trabalho em AP, principalmente da clínica médica, neste contexto, envolve primordialmente estes aspectos.

Não entendemos que o médico que atua na Atenção Primária, diferente de outros trabalhos, deva ser mais humano. Ao contrário, entendemos que esse cuidado humanizado deva acompanhar toda a prática em saúde, não só a prática médica.

Mas, assistimos aos poucos a um desaparecimento da arte médica, associada a um maior controle jurídico-legal do exercício da profissão, a evolução do conhecimento científico possível com o desenvolvimento de novos recursos tecnológicos, a uma padronização do fazer médico que dá origem a construção de manuais e protocolos de procedimento, a extinção e escassez do raciocínio e juízo clínico. O “desaparecimento” dessa dimensão presente no ato médico acompanha a retirada da importância da subjetividade nas relações que são produzidas. “A dimensão de arte, que implicava intuição e reconhecimento de individualidades, marca da prática clínica, foi banida. (...) A expressão mais radical desse movimento se encontra hoje, como já dito, na Medicina baseada em evidências.”<sup>104</sup>

Desvalorizadas no contexto das relações médicas não é o mesmo que dizer ausentes. Reconhecemos a presença da subjetividade em todos os momentos do trabalho do

---

<sup>104</sup> BASTOS, L. A. M. *Corpo e Subjetividade na Medicina: impasses e paradoxos*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p.45-46.

médico e buscamos promover a escuta dos sujeitos envolvidos que não cessam de falar, seja através de sua revolta, de seu comodismo e aparente descaso, de suas dores e sofrimentos, de seus sintomas.

Há que ser possível a produção de uma clínica que considera a pessoa como um todo, produzida por essas mesmas pessoas. Tarefa que entendemos, com Freud, remeter ao lugar da psicoterapia na prática dos médicos.

Existem elementos que remontam à psicoterapia e devem estar presentes na clínica. Com a Psicanálise acompanhamos a passagem de um elemento presente e de grande importância ao trabalho médico caminhar de uma concepção intuitiva a uma concepção científica. Trata-se da sugestão ou transferência, imprescindível a toda relação terapêutica e que, ao ser trazida para discussão no contexto da clínica médica, lança novamente ao centro a importância da dimensão humana e relacional ao trabalho médico.

### 3.2. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: SOBRE TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

*“A gente vai começando a vida profissional nestes ambientes sem uma maturidade ou um entendimento dessas situações de transferência, contratransferência, que ocorre no momento que se atende.” Médica Cássia.*

Freud insistirá que o saber nem sempre é suficiente para se conseguir fazer, especialmente tratando-se de seres humanos – “há algo a mais e tem a ver com o psicanalista.”<sup>105</sup> Este algo a mais que remete ao psicanalista é da ordem da intersubjetividade, e o torna instrumento fundamental para o surgimento do material do paciente. Isso estaria para além da dimensão técnica e recairia sobre uma dimensão da prática clínica que já a elevou ao

---

<sup>105</sup> BORGES, S. M. N. Por uma clínica que a Psicanálise nos ensina. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N. R. (orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987. p.211.

estatuto de arte, no caso da Medicina, em função dos elementos da psicoterapia aí presentes. Em Psicanálise diríamos que este aspecto, que remete a uma personalidade ou à implicação do analista, se faz presente nas considerações sobre o trabalho, e, portanto, já se mostra conhecido e valorizado.

Uma fala médica ilustra a sensibilidade do profissional em perceber o complexo substrato sobre o qual se ergue o trabalho do clínico, composto por elementos teóricos e técnicos, mas também envolvendo outros mais sutis e psicológicos. E é, justamente, a partir do aprofundamento sobre esta dimensão que pretendemos contribuir, trazendo os elementos da Psicanálise.

*“Aí eu lembro uma vez que eu estava saindo, já indo embora e uma das mães falou comigo, me cumprimentou e comentou com outra: Ah, essa pediatra é ótima. E eu não era pediatra, mas o que você percebe: as pessoas querem essa atenção. Você não precisa ser um excelente médico, ter um grande nível de conhecimento de tudo e mais um pouco. Mas a humanidade de se dispor a ouvir o que a pessoa tem para falar. Você pode até não ter a solução, mas essa disposição é que falta.” Médica Cássia*

Essa zona intermediária ocupada pela Psicanálise, não precisa ser percebida como uma região de conflito. A combinação, se assim podemos chamar, da clínica e da psicoterapia fornece elementos para a construção de uma nova clínica, dotada de novos dispositivos, também clínicos.

Haverá sempre no espaço de uma relação como a do médico com seu paciente um lugar para a psicoterapia, embora certos contextos ganhem um destaque especial. Esse é o caso da clínica médica na Atenção Primária em Saúde que, por suas características e especificidades, valorizam um modelo de relação do tipo clínico, menos dotado de aparato tecnológico, buscando desenvolver e capacitar o material humano.

Outra característica da APS, apontada por Balint<sup>106</sup> em referência à clínica geral, e que reconhecemos como de especial importância na atualidade, é o momento em que o

---

<sup>106</sup> BALINT, *op. cit.*

paciente se encontra na fase nomeada por ele como “não organizada” da doença. Nesta fase poderíamos dizer que o diagnóstico ainda não está fechado e mais obscuro se mostra o prognóstico. Precisamente nessa fase, o modo de começar a relação médico-paciente, concebida como relação terapêutica, se mostra imprescindível para a organização da doença do doente.

O que acontece então, é que, mesmo com todo o envolvimento do médico que realmente se empenha na condução do caso, assim como do paciente – conforme coloca Balint<sup>107</sup> – esta relação, muitas vezes, se mostra como fonte de ansiedade para ambos os lados. A hipótese deste psicanalista é a de que os problemas ignorados no âmbito da clínica médica suscitam trabalho e sofrimento desnecessário.

Considerando que parte dos problemas negligenciados pela formação médica, tanto no âmbito teórico como prático, poderiam ser agrupados a partir das noções de transferência e contratransferência, noções fundamentais à clínica psicanalítica, nos deteremos um pouco mais sobre estes pontos.

A transferência designa o deslocamento de uma série de experiências prévias vividas com pessoas e situações emocionalmente importantes, e por isso marcantes na história do sujeito, atualizadas para novas relações e experiências. Ela implica em um investimento em novas figuras e relações, não como algo pertencente ao passado, mas como um vínculo atual, ocorrendo de modo natural na vida de qualquer pessoa.

A Psicanálise revela a presença da transferência nas relações humanas e serve-se dela em prol do tratamento analítico. Esta transposição de investimentos de uma situação anterior para uma atual está presente em muitos momentos, sendo que alguns formatos de relações são mais propícios para a transferência surgir. É o caso da relação analista-analisando, médico-paciente e professor-aluno. Trata-se da expressão de sentimentos e

---

<sup>107</sup> BALINT, *op. cit.*

fantasias inconscientes, em função do recalque<sup>108</sup> e, portanto, inacessíveis à consciência, que são reeditadas em novas relações.

Em casos que envolvem a figura do médico, normalmente, o paciente se encontra em uma situação de adoecimento ou de crise em relação à sua saúde, que pode ser sentida como falta de saúde, e demanda atenção e cuidados. Estes elementos encontram na figura do médico e no saber por este representado, um destaque especial.

Observamos que dificilmente um sujeito busca um profissional de saúde sem que haja um mínimo de transferência em relação ao profissional ou ao serviço em que este atua, sendo que todo profissional da equipe tem condições de suscitar a transferência, embora cada um irá trabalhá-la de acordo com suas possibilidades. Embora, em muitos casos, a transferência se dê primeiro em relação à instituição ou serviço de saúde e, somente num segundo momento, se dirija ao médico.

Toda transferência pode ser concebida como uma relação amorosa. No caso da transferência de um paciente em relação a seu médico, o amor se dirige em relação ao suposto saber do médico sobre o que se passa com o paciente. Essa suposição é necessária e na Psicanálise lacaniana pode ser nomeada como lugar de “Sujeito Suposto Saber”, que se refere a uma posição de detentor do saber, ao mesmo tempo em que exige por parte do médico, a compreensão de ser este lugar não uma certeza, mas uma suposição, um amálgama que o envolve, mas que ele não possui de fato, senão pelo olhar do paciente.

A transferência somente se apresenta na relação com o outro senão na presença de outra subjetividade e pela presença do inconsciente. Mas, normalmente, a figura do médico é deveras idealizada em nossa sociedade em função de questões históricas, sociais e (bio) políticas, sendo comum haver uma perda de autonomia e uma entrega a uma instância ideal por parte do paciente, sendo este um momento predominantemente imaginário.

---

<sup>108</sup> Uma operação de defesa pela qual o sujeito repele e mantém distante da consciência representações (pensamentos, imagens, lembranças) sentidas como desagradáveis, porque incompatíveis com o Ego.

Considerando-se a presença de uma relação de confiança e colaboração ativa, imprescindíveis para o resultado de uma boa prática médica, o conhecimento e a sensibilidade do médico para as questões transferenciais podem trazer implicações para a prática profissional<sup>109</sup>, a começar pelo nível de relação e comunicação estabelecidas.

O médico deve perceber que o encontro com o paciente é influenciado por diversos fatores, concebendo aqui grande importância aos aspectos trazidos pelo paciente ao espaço da consulta, assim como do próprio médico. Quanto ao conteúdo trazido pelo paciente, podemos citar desde suas experiências anteriores com outros médicos, como seus medos e expectativas em relação ao adoecer. Com relação à pessoa do médico, também são trazidas para a vivência da consulta suas ansiedades, expectativas, sua própria personalidade, e mesmo suas experiências anteriores, que podem ser mais bem compreendidas através dos fenômenos contratransferenciais.

A contratransferência pode ser entendida como “o conjunto de reações inconscientes do analista à transferência de seu paciente, inclusive os sentimentos projetados nele por este último.”<sup>110</sup>

Este conceito visa dar conta de uma grande complexidade de fenômenos que se passam envolvendo a pessoa do analista, assim como a do médico e, diferentemente de outros momentos - em que as questões contratransferenciais eram percebidas como obstáculo ao tratamento, devendo ser resolvidas e eliminadas o mais rápido possível - hoje, ela já ocupa lugar central no trabalho analítico, contribuindo e sendo considerada importante por revelar questões que, de outro modo, demorariam a apresentar-se no processo analítico e mesmo na consulta médica. Trata-se assim, de reconhecer o papel do analista, e também do médico, como depositários das questões do paciente, de modo que esta dimensão seja considerada em

---

<sup>109</sup> CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

<sup>110</sup> MIJOLLA, A. *Dicionário Internacional de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

prol do tratamento empreendido.

O fato de o paciente poder investir a figura do médico com suas próprias questões inconscientes torna-se possível através do mecanismo de identificação projetiva. Formulado por Melanie Klein, mas hoje concebido de maneira mais ampla e atenuada em situações cotidianas, esse mecanismo de defesa pode ser concebido como comunicação entre dois mundos intrapsíquicos, sendo o modo pelo qual o paciente projeta partes de suas experiências internas em um objeto externo, no nosso caso, sendo este o médico.<sup>111</sup>

É possível perceber a dimensão interpessoal da identificação projetiva e seu caráter de comunicação não verbal, ao permitir a transmissão de uma experiência psíquica ao outro, o que torna possível entendermos como o paciente mobiliza, na pessoa do médico, afetos e até mesmo comportamentos diversos.

Pasmore<sup>112</sup>, no contexto do trabalho de Enid e Michael Balint, discute a maneira como o paciente usa o médico, sendo este um aspecto importante na relação médico-paciente. Para que o médico alcance alguma capacidade de perceber essa questão e para que isso se reverta em benefício no tratamento, primeiro ele precisa se livrar de uma postura aprendida e cultivada animosamente durante os anos de formação.

Segundo Balint, essa postura remete à:

(...) necessidade que o médico sente de provar ao paciente, ao mundo inteiro e sobretudo a si mesmo, que é bom médico, um profissional bondoso, digno de confiança e capaz de ajudar. Ainda que nos doa, nós médicos sabemos muito bem que se trata de uma imagem por demais idealizada.<sup>113</sup>

A função apostólica, como chamada por Balint, implica na crença que conduz a uma postura profissional que considera os próprios médicos como quem melhor sabe sobre os pacientes, sobre como estes deviam portar-se, o que deviam esperar do médico e do

---

<sup>111</sup> MIJOLLA, *op. cit.*

<sup>112</sup> PASMORE, H. S. De como el paciente usa a su medico. In: Balint, E.; Norel, J.S. (org.) *Seis minutos para el paciente: las interacciones en la consulta con el medico general*. Buenos Aires: Paidós, 1979.

<sup>113</sup> BALINT, *op. cit.*, p.173.

tratamento, o que lhes deveria ser comunicado e o que seria mais ou menos importante no seu quadro. Essa posição deve ser abandonada se, ou o médico já tiver se deparado com as insuficiências de um trabalho apoiado neste formato, ou se desejar e reconhecer que o trabalho sob sua responsabilidade envolve mais do que órgãos lesados ou disfuncionais e sua atuação está para além de prescrever medicamentos.

Pasmore<sup>114</sup> aponta que, para melhorar o atendimento médico, deve-se ampliar a compreensão e o entendimento acerca do paciente, mas, ele acrescenta que isso pode levar a uma conduta denominada por médicos que participavam dos seminários oferecidos pelo casal Balint de “técnica de detetive”. A conduta de detetive adotada por muitos médicos consiste em um minucioso interrogatório ao paciente, de forma a colher dados concretos que levem a um conhecimento da totalidade da vida do paciente para a construção de um diagnóstico mais amplo, não centrado na doença.

No entanto, esse tipo de conduta de detetive, muito semelhante aos roteiros de anamnese ensinados nas faculdades e muito distante da realidade profissional, pode até ter a intenção de contribuir para melhorar a relação médico-paciente, mas termina por gerar ansiedade para o médico, assim como para o paciente que está na sua frente. Ao oferecer-se como guia completo, o médico pode produzir aquilo que busca justamente evitar: a desconsideração no que se refere a tudo que implique o ser do paciente. Ambos são aprisionados por um guia de perguntas que, no máximo, deixa espaço para as nuances subjetivas, mas não tem como objetivo privilegiar a subjetividade, nem do médico, nem do paciente.

Talvez, esse tipo de conduta seja um estágio no caminho de uma melhor relação a ser construída com o paciente. É necessário sintonizar-se com o paciente, o que remete a processos psicológicos não de uma pessoa, mas de duas, o que sob este ponto de vista pode

---

<sup>114</sup> PASMORE, *op. cit.*

ser lido como intersubjetividade e, novamente, nos deparamos com a importância da presença do médico e do paciente.

Ao reconhecer-se implicado em uma relação com seu paciente, os médicos podem abandonar a chamada função apostólica e inclinarem-se - para retornar ao radical que remete à clínica - de forma mais sensível ao que é expressado pelo paciente. Trata-se de produzir um novo olhar sobre o paciente, não mais de distanciamento e superioridade, mas daquele que se coloca em relação, em contato direto, sensível ao que se passa nessa relação, porque tocado e afetado em alguma medida por ela.

*Dejaron de pensar en función de una psicología unipersonal, para pasar a hacerlo en función de una psicología de dos personas: en otras palabras, pudieron establecer un contacto más íntimo con el paciente al explorar más bien la relación médico-paciente que la psicopatología de este último.<sup>115</sup>*

Sob este novo olhar o trabalho do médico se desloca daquele que detém o saber e o poder sobre o que lhe endereça o paciente, como atendê-lo, examiná-lo e tratá-lo, para se “oferecer” ao melhor uso que o paciente puder fazer desta relação. O médico pode ajudar melhor o seu paciente cuidando da forma como o paciente melhor pode usá-lo. Sua pessoa, portanto, se presta ao lugar que cada paciente lhe confere na relação. No centro da relação está o paciente, e ao médico reserva-se os bastidores que permitirão, ou não, esta entrada em cena. Os médicos, assim, passam a ouvir mais profundamente os seus pacientes, identificar-se com eles e experimentar seus sentimentos, o que pode ser reconhecido na fala da médica entrevistada, sobre sua prática profissional:

*“Lembrando um pouco da minha prática, da minha experiência, quantas vezes, eu perdi a conta de discursos como: Poxa, doutora, ninguém nunca me ouviu desse jeito. Ninguém nunca me atendeu assim.” Médica Cássia.*

Dessa forma, o clínico, sendo aquele que acompanha o paciente por um período maior de tempo, principalmente no contexto da APS, mesmo em casos que são referidos a

---

<sup>115</sup> PASMORE, *op. cit.*, p.42.

especialistas; tem condições de perceber as atitudes do paciente frente a seu processo saúde-doença e melhor conduzir e dar encaminhamento ao caso.

Trata-se, portanto, não de uma relação unipessoal, mas interpessoal e difere da técnica de colher a anamnese em que a única exigência e lugar possíveis ao paciente, conferidos pelo médico, é o de responder a perguntas. Mas, muitas vezes, “à falta de uma técnica melhor, e como coisa do “senso comum”, os médicos, quando tropeçam com um paciente que apresenta problemas que transcendem o âmbito da Medicina hospitalar, apelam para a colheita da anamnese.”<sup>116</sup>

Comumente, a formação, no que concerne a colheita da anamnese, se volta para a identificação de fatos objetivos a partir das respostas do paciente às perguntas elaboradas pelo médico. O que é considerado neste momento, por mais dedicado e consciencioso que seja o profissional, é somente aquilo que o médico reconhece como fator importante no caso em questão, ficando de fora as considerações que o paciente possui a partir de sua própria compreensão subjetiva.

A capacidade de “escuta” discutida aqui, que oferece a possibilidade de diagnósticos “mais profundos”<sup>117</sup>, implica em “desenvolver a capacidade de escutar o relato dos fatos segundo aparecem na relação médico-paciente durante a entrevista. (...) Quem faz perguntas recebe respostas - e quase nada mais.”<sup>118</sup> Para permitir esta escuta é imprescindível que o médico crie um ambiente de descontração que permita ao paciente falar livremente.

Poderíamos dizer que o paciente só tem condições de falar a partir de uma oferta de escuta. Oferta esta que se encontra em oposição a um padrão de atendimento pautado exclusivamente no exame físico e que inviabiliza aqueles processos que o médico pretende observar, pois estes só podem acontecer em uma relação interpessoal, sendo que “à medida

---

<sup>116</sup> BALINT, *op. cit.*, p.93.

<sup>117</sup> *Ibidem.*

<sup>118</sup> *Ibidem*, p.102.

que descobre em si mesmo a capacidade de escutar aquelas coisas do seu paciente que surgem confusamente formuladas, porque o próprio paciente tem escassa consciência delas, o médico começará a escutar o mesmo tipo de linguagem em si mesmo.”<sup>119</sup>

Os médicos devem buscar aumentar a maturidade e a responsabilidade dos pacientes em relação à sua enfermidade, assim como sua participação, o que, segundo Balint, produz melhores resultados no tratamento. Para isso, o médico deve levar em consideração, não somente a subjetividade do paciente, suas atitudes frente a sua enfermidade, como as respostas e posturas oferecidas por ele mesmo, e também estar sensível e atento aos sentimentos e reações pessoais que podem ser despertados.

Nesse contexto, o tempo disponível para o atendimento torna-se um fator importante, uma vez que “a aparição de novo material emocional do paciente é sinal de que existe considerável pressão, ou mesmo ansiedade na mente do paciente, e o prolongamento da entrevista pode trazer considerável alívio.”<sup>120</sup>

### 3.3 POR UMA CLÍNICA DO SUJEITO E NÃO DA DOENÇA

*“A presença, a fala do paciente, isso é o que alimenta a clínica. É essa relação e fundamentalmente a escuta do que a pessoa tem a falar, mas parte da clínica é também você ir investigando aquilo que não é dito”.(sic).  
Médica Cássia.*

Iniciamos com a fala acima por pretendermos discutir um dos aspectos que valorizamos neste trabalho como necessário a uma inovadora prática clínica, no sentido de resgate de uma dimensão presente à Medicina clássica e de abertura ao imprevisível e desconhecido que a determina.

---

<sup>119</sup> BALINT, *op. cit.*, p.93.

<sup>120</sup> *Ibidem*, p.103.

Nossa discussão sobre a clínica está centrada na prática médica na APS e esta adquire muita importância na medida em que a consideramos como uma prática de cuidado em saúde mais horizontal, em que as relações entre os profissionais de saúde e a população são mais próximas e igualitárias, onde as concepções e valores individuais e comunitários são respeitados, assim como o conhecimento e o poder local. Considerando toda essa complexidade da APS, reconhecemos como no centro destas práticas a preocupação e busca pela valorização da pessoa humana e por isso, discutir a produção clínica neste contexto se mostra não só pertinente, mas urgente.

Como tratado no capítulo 2 deste trabalho a dimensão presente na prática médica, anterior ao surgimento da clínica, refere-se à valorização da presença da experiência, tanto do médico como do paciente, que o aproximavam como sujeitos sociais detentores de saberes particulares, mas pertinentes ao cuidado realizado, consistindo assim em uma relação de proximidade e empatia. Quanto à dimensão de abertura ao desconhecido, para nós, esta configuraria qualquer prática que se intitule clínica, porque se dispõe a reconhecer o que se apresenta nas pessoas e no social, considerando, apesar das especificidades de seu objeto de estudo e de intervenção (seja o inconsciente para a Psicanálise, a doença para a Medicina ou a saúde bucal para o odontólogo), que estes não são fixos, mas ampliados e reelitos a cada nova cena clínica. Assim, o que queremos trazer aponta para a construção de novos objetos como campo da clínica médica.

É preciso reconhecer que o objeto de trabalho não deve ser definível de antemão, principalmente se falamos do ser humano que constrói de modos muito singulares possibilidades de viver, adoecer e obter prazer. As marcas imprimidas pela pessoa é que definem função e valor às coisas, assim o que é saudável ou não, em última instância, só pode ser definido a partir de uma referência à pessoa, ao coletivo ou ao organismo como um todo.

Uma das usuárias entrevistadas relata sua experiência de dor ao buscar atendimento médico, sua concepção é de que sua dor na coluna pode relacionar-se com sua atividade de trabalho ou alguma tarefa doméstica, mas não encontra espaço na relação com o médico com quem realiza o atendimento para nada além do objeto doença.

*“... Não tem um mês atrás, né. Eu tava em casa, comecei a fazer uns trabalhos de casa, me senti mal da coluna, fiquei mal mesmo... dor que era assim... Aí eu fui andando pro posto, pro pronto socorro. Cheguei lá, fiz a ficha, fiquei esperando o médico, o médico chegou. Aí quando chamou que eu entrei, ele nem olhou na minha cara. Sentado ele tava, sentado ele ficou e perguntou: ‘O que aconteceu?’, eu falei: ‘creio eu que é coluna’, ele: ‘Agacha!’. Ele foi com as mãozonas todinha nas minhas costas e empurrou, falei ‘cacetada’ (risos).*

*Olha, realmente... Aquela hora eu virei com a cara no chão. Que, que eu vou dizer mais? ‘Toma isso aqui que a senhora já tá boa’.* Usuária Dirce.

Essa fala traz, para além de um pedido de ajuda, uma crítica em relação ao atendimento dispensado pelo profissional.

Quando busca por ajuda médica, o paciente leva ao consultório não só suas queixas, dores e sintomas, mas uma série de ansiedades, fantasias e valores sobre o seu sofrimento e as formas possíveis de aplacá-lo. Assim como o médico também traz consigo, efeito de sua história de vida, de seu percurso profissional e da realidade em que se insere, uma sucessão de elementos para o espaço da consulta. Toda essa dimensão invisível deve ser considerada na relação que se constrói, ou que se fracassa em construir, como revela por fim o relato da paciente.

*“Eu não gostei por quê? Porque é ele olhar pra mim e dizer: ‘o que aconteceu? A senhora pegou alguma coisa pesada, ou mau jeito’, sei lá eu. A gente não é cavalo, a gente é ser humano assim como ele. Eu achei um absurdo. Não que eu tô querendo sentar lá e ficar olhando pra cara dele conversando, eu queria resolver meu problema. (risos). Não é? Eu acho assim, um pouquinho de humanidade eu acho que não faz falta pra ninguém. Toda profissão precisa ter um... Tá certo que você lida com cada tipo de gente que eu vou te falar.”* Usuária Dirce.

Na situação relatada acima, se o médico tivesse perguntado um pouco mais sobre aspectos da vida do sujeito à sua frente, se houvesse uma abertura para o paciente trazer o seu

conhecimento sobre seu corpo, o resultado deste encontro fosse bastante diferente e interessante. Não se trata de investigar detalhadamente todos os aspectos da vida do paciente, mas simplesmente escutá-lo, reconhecê-lo como detentor de algum saber sobre si mesmo.

Para a Psicanálise o sujeito deve ser reconhecido em sua singularidade e, dessa forma, ter o seu saber valorizado, uma vez que não se mira no horizonte da cura somente o desfecho da normalidade. Já na Medicina, todo saber que emana do paciente tende a ser desvalorizado, o que é aprendido e experimentado nos longos anos de formação médica e na relação com os professores que, diante dos alunos, encarnam a autoridade máxima.<sup>121</sup>

O saber do médico se constrói e se fortalece, inclusive socialmente, quando retira-se o saber dos indivíduos. Mas tudo isso que se passa com o paciente tem implicação para a pessoa do médico, como bem coloca Clavreul: “ao mesmo tempo em que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa se apaga diante das exigências de seu saber”.<sup>122</sup>

Interessante pensarmos que mesmo se o motivo que leva esta pessoa a procurar atendimento desapareça depois da conduta prescrita, dificilmente essa relação será percebida como minimamente satisfatória. O que confere um peso grande aos aspectos subjetivos presentes nesta relação e nos remete ao argumento de Balint de que quem cura é o médico, preconizando a importância da relação médico-paciente.

Alguns autores<sup>123</sup> apontam, neste sentido, para uma estreita relação entre a avaliação da qualidade da assistência realizada e o cuidado humano recebido. O que significa que o valor conferido ao procedimento realizado e mesmo ao diagnóstico está atrelado à relação estabelecida com aquele que o realizou. No caso da paciente acima, a fala “*ele nem*

---

<sup>121</sup> BORGES, *op. cit.*

<sup>122</sup> CLAVREUL, J. *A Ordem Médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. p.49.

<sup>123</sup> NATIONS, M.K.; GOMES, A.M.A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 23(9), p.2103 - 2112, set., 2007; MARTINS, M.C.F.N. Relação Profissional-Paciente: Subsídios para Profissionais de Saúde. *Psychiatry On-line Brazil - Current Issues*, v.2, n.03, 1997.

*olhou na minha cara. Sentado ele estava, sentado ele ficou*” evidencia uma insatisfação pelo tratamento recebido, uma compreensão de certa falta de sensibilidade, que interfere no desfecho da consulta. Apesar de o médico ter tocado fisicamente a paciente, o que muitas vezes é saudado como sinal de boa relação e bom atendimento, esse gesto é ainda interpretado como incompetência técnica, pois a paciente acredita que isso poderia piorar o seu quadro de dor.

A experiência relatada acima difere muito de uma relação satisfatória que se estabelece entre médico e paciente, quando o distanciamento dá lugar a um sentimento de proximidade, no qual é possível até a produção da brincadeira e o uso do humor. Esse tipo de relação também pode ser observado na fala da paciente, que de fato residia próximo ao médico.

*“(...) ele até brincou, brincou comigo, falou: ‘Olha, se eu te conhecesse, eu te trazia de carro né?’”.*

*“Todo ano que eu faço meu check-up, eu faço lá. Faço lá, só a única coisa que, tipo... Do coração, uma coisa mais sofisticada que aí o médico faz uma guia e você vai pro hospital, entendeu? Ou caso de cirurgia, essas coisas já vai encaminhado. Ele achou que eu tava com um cansaço que eu sentia, mas não era, era... Aí eu fiz aquele 5 tipos de sangue. Deu colesterol, que é uma gordura que junta no coração que é onde dá o infarte, né? Aí foi quando descobriu. Na hora que ele viu meu exame, que o coração tava de pedra (risos) tava ótimo, falou: ‘Então vamos fazer outros exames aí pra ver o que é’. Foi o que deu. Aí eu fiz o regime e graças a Deus foi ótimo. Nem remédio eu tomei. Usuária Dirce.*

A questão da aproximação ou distanciamento entre médico e paciente não se dá exclusivamente pela proximidade territorial, mas pode contribuir, principalmente, quando pensamos no caso da APS. Em muitos países o médico de família atua a partir do local em que vive, pois se considera este um fator que contribui para o conhecimento da realidade da população, tanto de aspectos físicos e estruturais, como sociais e culturais.

Outra observação que podemos fazer é que neste atendimento relatado pela paciente não houve sequer a necessidade de tratamento medicamentoso. Não temos condições

de afirmar em que medida a qualidade do atendimento foi responsável por este prognóstico, mas inferimos que sem a consideração por parte do médico dos aspectos subjetivos da paciente e da relação estabelecida entre médico e paciente, a participação no tratamento, que consistia em um regime alimentar, assim como sua satisfação em relação ao atendimento recebido não seriam completos e nomeados como “ótimo”.

*“É completamente diferente, é uma pessoa que dá atenção, é uma pessoa que conversa com você, pergunta, tem paciência. Ele entende o que você tem já na hora, precisa nem passar pra outro médico, ele já passa um remédio que... Graças a Deus eu nunca precisei, mas ele é excelente. Agora o da varize que eu passei, uma mulher, nem faço questão de lembrar o nome, nem sei quem é.”* Usuária Dirce.

Ao falar sobre a diferença entre as experiências relatadas percebemos o sentimento de aproximação com um médico e distanciamento em relação a outro. No último caso nem o nome do médico é conhecido ou, melhor dizendo, busca-se esquecer o nome daquele com quem produziu-se tal experiência, em função deste estar associado a uma experiência marcadamente desagradável e até de sofrimento.

Acreditamos que essas experiências originadas dentro dos serviços de saúde, além de não produzirem nenhum efeito sobre o conjunto dos motivos que levou determinada pessoa a procurar ajuda médica, ainda podem agravar o quadro, por se tratarem de momentos de grande ansiedade para o paciente que, normalmente, sente-se mais frágil e inseguro.

A situação de doença, de alteração no corpo, é vivida como uma ameaça à integridade do sujeito, uma espécie de perda ou falha no seu narcisismo, pois aponta para sua fragilidade e impotência; deparando-o, em alguma medida, com a finitude e a morte.

Nessas situações, sentimentos de impotência e desamparo tendem a estar presentes quando uma pessoa procura por ajuda. Soma-se a isso a presença de outros pensamentos e sentimentos decorrentes da história de vida do sujeito, que podem ser revividos ou vir à tona, além de questões de ordem prática e até financeira.

Quando em situações de doença, uma pessoa busca ajuda e o que encontra são

ambientes estressantes, discursos meramente informativos, gestos abruptos e nenhum acolhimento, sentem ou que não foram atendidas ou que foram mal atendidas. No primeiro caso, pode-se motivar uma descrença em relação à ciência médica e, no segundo, uma recusa em relação a tal tratamento.

Esse é o caso de uma das pacientes entrevistadas. Ela é informada sobre a pesquisa e aceita participar, mas relata que a última vez que foi ao médico faz mais de duas décadas. Diz que precisa, pois sente muitas dores e tem muitos problemas, mas relata experiências muito sofridas em serviços de saúde, decorrentes de cinco gravidezes desejadas e interrompidas por aborto espontâneo. Desde então, ela se trata com chás e plantas medicinais, diz que não gosta de ir ao médico, mas sabe que precisa ir.

### 3.4. CONFUSÃO DE LÍNGUAS ENTRE MÉDICO E PACIENTE: ENCONTROS E DESENCONTROS NA CLÍNICA MÉDICA

“Confusão de línguas entre os adultos e a criança” é o título de um artigo do psicanalista húngaro Sándor Ferenczi,<sup>124</sup> no qual se discute a concepção sobre situações traumáticas que seriam decorrentes de uma confusão entre a língua da criança, a linguagem de ternura, e a do adulto, linguagem da paixão. Neste texto, Ferenczi também alerta para os perigos de uma repetição traumática no encontro entre analista e analisando, por ser esta uma relação assimétrica e, nesse sentido, favorável à submissão.

Com efeito, esse título poderia representar bem a comunicação que se estabelece entre médico e paciente, por se tratar de uma comunicação por vezes confusa e desencontrada, ao revelar produções discursivas em registros diferentes. O médico evoca o discurso

---

<sup>124</sup> FERENCZI, S. Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: *Obras Completas/Psicanálise I*. Vol. 4. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p.97-106.

grandioso da ciência e o paciente usa o discurso do senso comum, leigo que é, ou pela situação em que ele se encontra, ao se ver confrontado com um sentimento de dor ou sofrimento por ele desconhecido.

No papel de doente o sujeito se vê encerrado em uma posição de desconhecimento e debilidade e, não raro, regride a uma condição infantil de desamparo. Ao médico é conferido, então, o lugar daquele que poderá restituir-lhe o estado anterior das coisas, ao menos em parte, revelando algo novo sobre sua condição desconhecida. Muitas vezes, o simples fato de receber informações sobre seu estado ajuda o paciente a entrar em contato com o que se passa consigo mesmo, o que adquire um caráter assustador, porque desconhecido.

Segundo Bezerra<sup>125</sup> nem sempre estaremos diante de pessoas com as mesmas noções acerca do adoecimento psíquico. É preciso tomar cuidado com a ilusão universalista, de achar que todos possuem a mesma concepção que temos sobre a doença e suas consequências; o que traz implicações para a prática clínica que vão desde diferenças quanto ao que levou ao adoecimento/sofrimento, quanto ao que seja o tratamento.

Devemos levar em consideração a diversidade presente no território nacional, o que repercute, inclusive, na construção da linguagem entre diversos grupos e regiões do país, de tal modo que, as diferenças devem ser reconhecidas e valorizadas, evitando-se incorrer no erro de desconsiderar a fala do paciente como sem sentido, por não ser capaz de compreendê-lo.

Certa vez, uma médica divide sua experiência e seu aprendizado a partir do trabalho com uma população carente. Ela atendeu um casal de idosos muito simples, cuja esposa trazia o marido resistente à consulta e dizia que na noite anterior ele comeu “garrolê” e

---

<sup>125</sup> BEZERRA, B. J. Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. A. (orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

passou mal. Mas o que seria “garrolê”? O que haveria neste alimento que consumido em determinada quantidade ou condições poderia ter produzido tantos problemas ao homem e tamanha preocupação em sua mulher? A médica segue buscando mais informações e outros elementos da história de vida que pudessem revelar qualquer relação com a queixa apresentada. Somente depois de um longo período de conversa, a situação que produziu a queixa foi novamente narrada e encenada e, assim, a médica pôde compreender. O paciente depois da refeição realizou atividades de leitura que, na posição sentada em que se encontrava, foi responsável pelo mal-estar e dores decorrentes. A palavra “garrolê”, na verdade, continha o verbo agarrou e o predicado ler (agarrou a ler), mas seu sentido não pôde ser entendido anteriormente pela médica.

Esta situação ilustra, de maneira até mesmo poética, a dimensão não universal da linguagem.

Outra situação relatada, não mais se referindo à linguagem propriamente dita, mas às diferentes concepções sobre o tratamento, refere-se a um antigo paciente de determinado serviço de saúde que passa a preocupar os profissionais e torna-se caso de discussão em diversas reuniões de equipe. O paciente em questão não estava seguindo o tratamento como orientado, ou seja, não tomava os medicamentos conforme necessário, ora fazendo uso em excesso, ora não usando. Tudo indicava que ele não estava aderindo ao tratamento, o que exigia da equipe alguma intervenção para conseguir uma melhor adesão. Muito foi discutido e produzido (em termos de ideias e sentimentos) na equipe e, quando o paciente foi interrogado sobre o que acontecia nos últimos tempos em relação à sua participação no tratamento, disse que, como o vírus responsável por sua doença era muito esperto e saberia a rotina dos medicamentos que visam combatê-lo, ele o surpreendia com novos intervalos de tempo e quantidade.

A questão que se apresenta, neste caso, não é a falta de adesão ao tratamento, mas sim uma concepção outra de tratamento, diferente e incompreensível para os profissionais de saúde envolvidos. Se o médico e a equipe forem capazes de oferecer uma abertura para que o paciente se expresse durante o espaço da consulta, é possível que este tipo de engano seja evitado e a pessoa do paciente possa deixar de ser um desconhecido e se apresentar de maneira ativa no seu tratamento.

Na fala de uma das entrevistadas pode-se perceber o quanto o espaço da consulta pode revelar o desencontro entre médico e paciente e a falta de sensibilidade e de escuta ao que se apresenta.

*“Aí o senhorzinho falou assim: Olha, ninguém nunca colocou esse aparelhinho no meu peito. Era o estetoscópio. Imagina o que é um hipertenso, diabético crônico, fator de risco para doença cardiovascular, nunca ninguém parou para auscultá-lo. Auscultar, nem escutar eu estou falando.*

*Eu fiquei assim... E eu acredito que ninguém nunca te auscultou porque é desse jeito. A gente mesmo, se você for passar por consulta e não disser que é profissional de saúde, enfim, ou até mesmo dizendo, as pessoas pouco se importam. Não tem esse interesse de entender o quê que é, orientar adequadamente, dar uma resposta para aquilo.” Médica Cássia*

A opinião do médico, mesmo que seja em prol de um prognóstico positivo, não é, muitas vezes, satisfatória, pois, frequentemente, não constitui resposta ao que o paciente apresenta, verdadeiramente, como problema. E, mesmo que a conduta do médico seja de, de acordo com Balint<sup>126</sup>, “prescrever” conforto e apoio, os resultados também não serão satisfatórios, tanto para o médico como para o paciente. Isso porque, apesar desta atitude do médico, ele oferece aquilo que supõe ser a demanda do paciente, uma vez que ele não está em sintonia com seu paciente com relação às suas reais necessidades.

Segundo Balint<sup>127</sup> o “reconforto” é uma poderosa droga que pode trazer benefício ao paciente, mas com frequência ela é administrada em benefício do próprio médico que não

---

<sup>126</sup> BALINT, *op. cit.*

<sup>127</sup> *Ibidem.*

suporta situações em que seus conhecimentos são insuficientes para ajudar o paciente.

Uma dose de conforto mal administrada pode não só não dar resultados, como produzir efeitos colaterais indesejáveis, uma vez que o que está em jogo é a poderosa “droga médico”. Além do mais, pode servir ao motivo de evitar contato com o paciente e o que este traz para o atendimento, produzindo o que Balint chama de “conluio do anonimato”. Este consistiria na desresponsabilização e evitação de contato com pacientes ou casos considerados difíceis por aquilo que suscitam no médico e na equipe, sendo muito comum resultar em casos de encaminhamento.

### 3.5. EM BUSCA DE SENTIDO

*“Você rotula qualquer coisinha. Porque não tem esse cuidado de você parar para ouvir, para acolher.” Médica Cássia*

O acolher, que aparece na fala da médica sobre a necessidade de ouvir o paciente, traz implícita uma referência às práticas de acolhimento produzidas no SUS. O acolhimento pode ser entendido como uma forma de implementar a Política Nacional de Humanização e implica em uma atitude de aproximação e relação com o outro, envolvendo o reconhecimento do outro em sua diferença, a importância da escuta implicada e a valorização das relações humanas para a construção de práticas inovadoras em saúde, assim como de subjetividades.

O esforço se dá no sentido de promover experiências de verdadeiras trocas ético-afetivas nas relações que se dão entre trabalhador da saúde e usuário. Para isso, é necessário também promover uma maior igualdade e mudança da relação de poder que se constrói na saúde.

O verbo acolher, conforme aparece na fala da médica, faz menção a uma prática humanizada, horizontal, já discutida no âmbito dos serviços de saúde, mas que se mantém apenas como política do sistema, ainda distante da realidade das pessoas. Como diretriz de cuidado, o acolhimento se realiza em práticas montadas e artificiais, que visam acolher os usuários, mas não fazem sentido para aqueles que a constroem e praticam.

*“As pessoas (os técnicos) acham que o acolhimento é um processo de trabalho no qual o enfermeiro ou o auxiliar de enfermagem (...) é o responsável por, na porta de entrada da unidade, receber esse usuário, ouvir o que ele tem e encaminhar. Ou vai para consulta naquele dia ou agenda para depois. Isso não é acolhimento, isso é uma forma de você praticá-lo, mas o acolhimento, ele está em qualquer momento e qualquer profissional pode fazer.”* Médica Cássia

A prática do acolhimento envolve a dimensão da humanidade, necessária à prática da Medicina e, principalmente, à construção de intersubjetividades. E, dificilmente, será incorporado sem uma transformação mais profunda, tanto na lógica de funcionamento dos serviços, como na prática dos que diariamente se envolvem no cuidado em saúde.

*“Acho que esse é o grande desafio da Atenção Básica, Primária, secundária, terciária. Do outro. De como compartilhar, conviver com o outro dentro de um processo básico, especialista ou não. A gente precisa arranjar esse jeito de articular, de ver o outro na sua totalidade. Não de ver o outro numa divisão, que é muito frequente na formação, seja do farmacêutico, seja do médico, seja da assistente social, do psicólogo. Mas quando você se preocupa, porque o cara só se dedica, por exemplo, se eu estou com dor neste dedo. O cara só vai ver esse dedo, tão grande a especificidade do negócio. Esquece que por detrás tem um ser humano. Então existe muito essa dicotomia e isso é muito presente agora no século XXI.”* Médica Érika

A dimensão de humanidade, da qual somos dotados, pode ser resgatada e incentivada com mudanças no currículo e na cultura médica vigente. Considerando a forte influência do discurso capitalista, as questões econômicas e de mercado, essa não é tarefa das mais simples.

Essa transformação, que acaba por se vincular à questão da formação e da formatação dos trabalhadores a um determinado modelo, implica em uma posição subjetiva e

ética. Ao falarem sobre os problemas e a sua prática na Atenção Primária, alguns profissionais tocam nestes pontos:

*“Acho que (a Atenção Primária) tem sim o poder para fazer muita coisa, mas para isso você tem que dar condição para que, primeiro, tem o fator do profissional estar interessado em fazer aquilo direitinho; segundo, dar condições para que ele faça direitinho.”* Médica Cássia

Aqui, torna-se evidente que as condições de trabalho se interpõem a uma prática de qualidade, o que será discutido mais adiante, mas, a princípio, esta fala chama nossa atenção para outro fator, o interesse pessoal do médico.

Se um terço do trabalho do médico é dedicado a pessoas com sintomas relacionados a problemas psicológicos e emocionais, desconsiderar esta dimensão, conforme aponta Balint,<sup>128</sup> seria desperdiçar tempo e trabalho do médico, além de gerar sofrimento a todos os envolvidos.

Considerar esta atmosfera especial da Atenção Primária e o enfoque na personalidade da pessoa do paciente, ou seja, na sua subjetividade, possibilitará ao médico realizar melhor sua tarefa médica. Na mesma medida, como o conhecimento em Farmacologia e Fisiologia são necessários à boa prática clínica, assim também se mostra importante, para o clínico, o recurso à Psicoterapia.

O trabalho clínico, em nossa perspectiva, poderia ser compreendido como encontro afetivo entre pessoas reconhecidamente diferentes, situação na qual terá lugar a ação de um em relação ao outro, em que ambos se afetam e vivem experiências a partir deste encontro. Que este encontro desperta afetos, isso se revela facilmente através do mal-estar que permeia as relações entre médico e paciente. Mas, no que diz respeito à importância dos afetos despertados e como se produzem e delineiam as qualidades deste encontro, o

---

<sup>128</sup>BALINT, *op. cit.*

entendimento médico se mostra bastante precário.

Para a Psicanálise, a situação clínica se configura como uma relação intersubjetiva, e a presença implicada, juntamente com a capacidade de ser afetado e perceber os afetos produzidos no paciente e no analista, se mostra imprescindível para o sucesso do tratamento e da relação terapêutica.

A possibilidade do encontro com pacientes histéricas e a sensibilidade neste encontro foi o que permitiu a Freud escutar e atender ao pedido: Fique Quietos!, quando a paciente Emmy von N. diz: “num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar-lhe de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar-me o que tinha a dizer.”<sup>129</sup> Desse modo, se inaugura o que posteriormente será conhecido como a regra fundamental da Psicanálise, a associação livre por parte do analisando e a escuta, também livre, por parte do analista.

Pensando a situação clínica sob esta perspectiva do encontro entre médico e paciente, podemos pensar que o espaço da consulta clínica, realizado em um espaço físico dentro do serviço de saúde ou a partir da visita domiciliar, individual ou em grupo, se configura como um espaço de experiências e de produção de sentido para cada um dos envolvidos.

No que tange ao trabalho do médico sob a via do cuidado em saúde, no qual mais do que curar, busca-se construir sentido para experiências difíceis e muitas vezes incuráveis, em que o conhecimento científico se mostra insuficiente, devemos começar a tentar empreender uma transformação na relação médico-paciente, e nossa colaboração consiste em propor uma outra sensibilidade clínica.

Nesse contexto, o trabalho do médico, sob a perspectiva do cuidado, retira, de antemão, o problema da cura, ao mesmo tempo em que amplia o foco do olhar médico para

---

<sup>129</sup> FREUD, S. (1893) Estudos sobre a Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Vol. II Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.95.

além da doença e devolve sua preocupação e investimentos para a questão da subjetividade, tanto do paciente como a própria.

O cuidado em saúde pode ser entendido como a produção de condições, ações e espaços que visam capacitar as pessoas a alcançar seu potencial de saúde, ou seja, o potencial de saúde como recurso para a vida. Dentro deste enfoque, a promoção da saúde assume importância estratégica dentro dos serviços de saúde, seja nas ações de prevenção ou curativas e de reabilitação.

Ainda servindo-nos da Psicanálise, poderíamos considerar o cuidado como toda e qualquer prática que visa oferecer e contribuir com condições de organização de diferentes ordens, para o bem-estar de uma pessoa ou coletivo, sendo que esta tarefa de organização vincula-se à outra, ou seja, a de construir sentido.

A tarefa de tornar-se humano está presente desde o nascimento, não como algo de ordem natural ou previamente estabelecido, mas como trabalho que consiste em participar do mundo da linguagem e das relações humanas. Esta tarefa, que se impõe ao pequeno e indefeso ser biológico, necessita da ajuda de um outro, normalmente a mãe, para ser realizada.

Para pertencer à comunidade humana seria necessário que, antes, na esfera familiar e mesmo nessa relação primeira com um outro humano, representado na figura da mãe, sejamos convocados a pertencer e tenhamos esse convite mediado por cuidados. É justamente através deste percurso, pessoal e intransferível, que nossa entrada e participação na cultura acontece, quase sempre, de maneira, mais ou menos conturbada e marcada por diversas experiências que terminam por nos constituir como humanos. E é por isso também que a tarefa de cuidar do outro, primeiro e por fim, implica e se relaciona com o cuidado de si mesmo.

Como nos diz Figueiredo: “Exige-se, ao indivíduo e às coletividades, uma contínua atividade de ‘fazer sentido’ (corte, costura, modelagem) como forma de tessitura de

um *solo humano* para a existência, de um *lugar humano para existir* – um *ethos*.” E ainda: “Fazer sentido implica estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos que ao longo de uma vida evocam e provocam o retorno às experiências da loucura e da turbulência emocional”<sup>130</sup>, e, por que não, também da morte, da ausência de vida.

A perspectiva do cuidado redimensiona as ações nessa área, colocando novas questões a serem repensadas, discutidas, exigindo a adoção de novas atitudes dos profissionais da área da saúde, assim como dos pacientes.

A tarefa de cuidar perpassa a dimensão de construção de sentido, o que tem implicação direta com a pessoa do médico e sua disponibilidade e abertura para este cuidado, o que se reflete na possibilidade ou grau de escuta e conversa propiciado na relação consulta/clínica.

O que nomeamos como escuta difere da simples capacidade auditiva de ouvir o outro, assim como a conversa difere da simples troca de informações entre as partes. Escuta e conversa envolvem o reconhecimento do outro como diferente e único e voltam-se para a dimensão subjetiva, pretendendo o entendimento, mais que a mera explicação, e realizam-se no terreno da experiência. A escuta e a conversa permitem ao médico falar com o paciente e não falar dele ou para ele.

Esta relação se mostra muito diferente de uma certa postura profissional que consiste em uma atmosfera de dúvida que o médico coloca para o paciente e que pode ser reconhecida na fala de uma usuária entrevistada.

*“Você leva o exame e lá... eles nem falam. Tipo, você leva um exame né, você faz uma bateria de exames. Aí você leva pra ele. Ele nem fala que tem nada... Não fala nada. Por exemplo, o exame não deu nada, ele nem fala pra você. Fica calado.”*

*“Pergunto. Ele já diz logo. Ele: ‘Tá bom, não deu nada’. É, eles nem falam. Não responde. Responde rápido: Deu nada, deu nada”. Usuária Alice.*

---

<sup>130</sup> FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de Psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009. p.134-135.

Para Katz<sup>131</sup> o médico esforça-se por aparentar uma certeza que, de fato, ele não possui e, por vezes ainda produzem no paciente certo estado de dúvida, não por dividir suas incertezas médicas, mas por deixar o paciente no escuro.

Fazendo uma breve incursão na obra de Walter Benjamin<sup>132</sup>, podemos aproximar a conversa que se produz no seio da relação médico-paciente com a discussão feita pelo autor sobre a narrativa e seu valor como troca de experiências e como uma forma artesanal de comunicação. Mas diferente do que acreditava o autor sobre o fim da narrativa, o que percebemos é uma preocupação com modelos narrativos que se estende a várias áreas, destacando-se aqui a formação e a prática em saúde que trabalham com a experiência e tem nas narrativas uma das principais formas de observação.

Benjamin considera a narrativa como uma faculdade de intercambiar experiências. A ideia de narrativa sugere a imagem da construção de uma teia; uma teia de vivências, histórias e sentidos que nos leva a pensar na formação de uma rede de experiência comunicável e traz toda a dimensão relacional presente na consulta clínica.

A narrativa não é dada como algo pronto e acabado, de propriedade exclusiva e de conhecimento apenas do narrador. Nela o ouvinte não é mero expectador, há espaço para sua experiência e a narrativa conta com essa experiência para que seu sentido seja conferido e, assim, sua continuidade. A narrativa, como rede de experiências, adquire o valor de rede de transmissão de sentidos.

Ela não está interessada em transmitir o ‘puro em si’ da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a marca do oleiro na argila do vaso.<sup>133</sup>

---

<sup>131</sup> KATZ, J. *El Médico e el Paciente: su mundo silencioso*. Fondo de México: Cultura Económica, 1989. p.376.

<sup>132</sup> BENJAMIN, W. O Narrador. In: *Magia e Técnica, Arte e Política*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

<sup>133</sup> *Ibidem*, p.205.

Com efeito, a narrativa também pode ser considerada em seu aspecto artesanal na medida em que sua fonte é a experiência comunicável, a experiência que é passada de pessoa para pessoa, trazendo em si a marca daquele que narra, assim como a marca dos outros, o que inclui, ao mesmo tempo, na narrativa, a(s) história(s) e a(s) memória(s) do narrador, do ouvinte e do coletivo, já que a narrativa do paciente contém elementos que extrapolam a dimensão individual e tocam no social.

A narrativa incorpora as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes. Ela não diz tudo, mesmo porque conta com a participação do leitor/narrador para, através da apropriação do sentido da história, continuar a narrar, para que possa, encontrando e desencontrando-se nas histórias, nos outros, se construir.

Já a informação, que pode ser comparada à anamnese, em nada se assemelha à narrativa. Ela exige comprovação imediata dos fatos e seu valor está todo contido no presente, no que contém de imediato, enquanto a narrativa tem como preocupação última verificar, comprovar e explicá-los.

O extraordinário e o miraculoso são narrados com a maior exatidão, mas o contexto psicológico da ação não é imposto ao leitor. Ele é livre para interpretar a história como quiser, e com isso o episódio narrado atinge uma amplitude que não existe na informação.<sup>134</sup>

Benjamin<sup>135</sup> destaca que a narração não é produção exclusiva da voz, antes de mais nada ela evidencia todo o seu caráter prático, sua ligação direta com a experiência e indireta com o tempo. Assim, podemos pensar que Benjamin sugere que o sentido da experiência localiza-se no corpo, sobre a necessidade de seu reconhecimento e a possibilidade de, a partir deste reconhecimento, operar transformações, intervindo no próprio destino e no alheio, tecendo a própria história, forjando o seu reconhecimento e a possibilidade de, a partir deste reconhecimento, operar mudanças.

---

<sup>134</sup> BENJAMIN, *op. cit.*, p.203.

<sup>135</sup> *Ibidem.*

Podemos ir mais longe e perguntar se a relação entre o narrador e sua matéria - a vida humana – não seria ela própria uma relação artesanal. Não seria sua tarefa trabalhar a matéria-prima da experiência – a sua e a dos outros – transformando-a num produto sólido, útil e único?<sup>136</sup>

Assim, a relação médico-paciente necessita ser repensada como troca de experiência, o que coloca a subjetividade em evidência.

Nessa perspectiva, o que obtivemos de compreensão sobre esta problemática a partir das entrevistas, aponta para uma sucessão de desencontros e vivências sem sentido, que são reproduzidas nos inúmeros espaços, médicos por excelência, que, ao contrário de produzir saúde, terminam por promover adoecimento.

Merhy<sup>137</sup> fala sobre as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde classificando-as de acordo com os bens produzidos, que podem ser tanto produtos materiais como simbólicos. Assim, o trabalho em saúde operaria segundo formatos de modelos assistenciais envolvendo tecnologias leves e duras. As tecnologias duras referem-se a equipamentos e maquinários. As normas estruturais, disciplinas e saberes instituídos são definidos como tecnologia leve – dura. As tecnologias leves, para além dos saberes estruturados, dizem respeito aos aspectos relacionais, envolvendo elementos subjetivos e processos em movimento.

Nesse sentido, as ações em saúde operariam a partir de uma combinação entre essas duas vias instrumentais e assumiria contornos a partir daquela que mais se destaca. Como os equipamentos e ferramentas em si não possuem intencionalidade, a ênfase recai sobre toda a complexidade do trabalho e produção em saúde, considerando-se os objetos/produtos/bens produzidos e as prioridades dentro deste sistema, nos processos de trabalho.

---

<sup>136</sup> BENJAMIN, *op. cit.*, p.220-221.

<sup>137</sup> MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. SP: Hucitec, 1997.

As tecnologias utilizadas no contexto da APS também podem ser pensadas como redes de conversação<sup>138</sup>, valorizando a dimensão do trabalho vivo, em contraposição ao enrijecimento da norma, do instituído. Essa tecnologia, como conversas que se produzem no interior dos serviços, se mostra matéria abundante e rica em um setor como o da saúde, que trabalha a partir do referencial da escassez de recursos.

Merhy concebe o “trabalho vivo em ato” como um terreno de experimentações e de relação em que trabalhadores e usuários servem-se de todo seu repertório sensível e técnico para alcançar uma resposta às necessidades apresentadas.

Teixeira<sup>139</sup> propõe pensar que a substância deste tipo de trabalho é a conversa, que, em si, seria um objeto (com) partilhado e construído entre sujeitos diferentes e estaria em conformidade com as tecnologias leves.

Enfatizar essa dimensão relacional das ações em saúde como tecnologia de trabalho, revela-se como estratégia política de resistência a um modelo dominante que visa engessar novos modos de saber-fazer menos dicotomizados, autoritários e alienados, sendo ao mesmo tempo, uma alternativa para enfrentar as questões que se colocam ao campo da saúde.

No entanto, as conversas sobre tecnologia de trabalho, assim como sobre as máquinas e instituições, podem também servir para obstaculizar os movimentos e acontecimentos em processo, permanecendo em conformidade com o mesmo.

Como aprendemos com Bleger<sup>140</sup>, é possível que muita coisa aconteça e até mudanças se processem, que muitas conversas se produzam, para que nada aconteça. Esse modo de funcionar, revela que os objetivos pelos quais aquele grupo e organização se formaram, foram colocados em segundo plano em favorecimento da organização como tal.

---

<sup>138</sup> TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. RJ: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

<sup>139</sup> TEIXEIRA, *op. cit.*

<sup>140</sup> BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: KAES, R. *A Instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

É como se todo o trabalho vivo em ato, que só pode ser concebido enquanto processo em constante construção, estivesse subordinado e empenhado na manutenção do trabalho morto, com tendências a impedir todo processo, principalmente o grupal.

Jose Bleger<sup>141</sup> destaca que, dentro de toda instituição encontramos um movimento contrário aos objetivos que lhe deram origem.

Segundo este autor, podemos pensar a instituição como tudo aquilo que se mantém fixo e se esforça para a manutenção do mesmo, diferindo e lutando contra qualquer espécie de movimento e de ação que implique em transformação do que já está posto.

Os grupos, as teorias e técnicas também podem se estabelecer como instituição e, assim, tenderem à burocratização. Dentro dos serviços de saúde e mesmo na formação em Medicina, como instituição, haveria uma tendência contrária à produção de saúde, que geraria sofrimento e adoecimento.

Ao nos depararmos com este funcionamento, não temos mais como manter um ponto de vista romântico, e até mesmo ingênuo, sobre a complexidade que está em jogo nos cuidados em saúde, que pode se manifestar em forma de descuido e descaso.

Consideramos o modo como o profissional trabalha, as condições em que realiza seu trabalho, o tratamento recebido, assim como o valor que lhe é atribuído socialmente, como fatores que interferem consideravelmente na prática e trabalho realizado.

Somado a esses fatores, consideramos como sendo de grande importância o tipo de cuidado dispensado ao profissional que está em contato com outras pessoas através dos atendimentos realizados, por entendermos que esse contato pode mobilizar inúmeras questões e aspectos pessoais do próprio médico. Compreendemos que um dos modos de realizar esse cuidado – e que termina por refletir no cuidado voltado ao paciente – se dá através das reuniões de equipe e supervisões de caso, que funcionariam como dispositivos de reflexão e

---

<sup>141</sup> BLEGER, *op. cit.*

troca entre pares, nas quais se torna possível partilhar as experiências vividas e reações produzidas nos profissionais e na equipe.

A percepção sobre o potencial presente nas discussões em equipe acompanha o reconhecimento das dificuldades em viabilizar espaços dessa ordem, o que se revela na fala da médica Érika:

*“Não é permitido você parar dentro do serviço. Pensa, é um parar inclusive pra você refletir o que você está fazendo. Só que isso é o processo, leva tempo pra cada unidade de saúde (...).”*

*“(...) eu acho que a melhor faculdade, mestrado e doutorado é o serviço público, trabalhando com o outro, ouvindo o outro e se colocando.”* Médica Érika

Podemos reconhecer o valor das discussões e a importância deste espaço para os profissionais, propiciando um tipo de aprendizado diferente, em certa medida, do conquistado através da formação universitária tradicional, sem com isso dizer que esta atividade não seja pertinente ao espaço da graduação.

Esse aprendizado não formal, difícil de medir em termos quantitativos, exige investimento e participação dos envolvidos, para que, no espaço público do trabalho, das reuniões, algo se processe também no âmbito pessoal (privado). Isso também se reflete em um ganho pessoal para o médico, até mesmo de transformação pessoal, na medida em que ele, ao perceber a importância de sua implicação e posicionamento em determinadas situações, se torna apto a criar um espaço de reflexão sobre as possibilidades e seus limites de atuação, tanto no nível individual quanto institucional. Dessa forma, se produz um trabalho bem mais efetivo, o que pode até diminuir a demanda por mais consultas por parte das famílias.

Este tipo de aprendizado pode ser encontrado no trabalho desenvolvido nos Grupos-Balint, como ficou conhecida a mistura de pesquisa e treinamento realizado pelo casal Michael e Enid Balint na Clínica Tavistock. Naquele trabalho tinha-se o objetivo de estudar as implicações psicológicas na clínica geral e também oferecer uma espécie de treinamento aos

médicos, o que só era possível se a participação fosse espontânea e o espaço das discussões não se constituísse como esfera normativa e punitiva. Assim, buscava-se tornar o médico consciente e sensível às suas próprias reações, posturas e preconceitos frente à relação desenvolvida com o paciente. Além disso, solicitava-se aos médicos que relatassem livremente sua experiência com o cliente, de modo a propiciar uma fala livre, que permitisse, como no relato do sonho, o surgimento de todo tipo de distorções subjetivas que seriam, a posteriori, discutidas e trabalhadas pelo grupo. As atitudes e reações do médico eram, frequentemente, no dizer de Balint, “diferente do que pretendíamos que fosse e do que sempre acreditamos que era. Adquirir consciência da discrepância entre nossa conduta real, nossa intenções e crenças não é tarefa fácil.”<sup>142</sup>

Os grupos de trabalho e supervisão tem a função de ampliar o olhar de cada profissional e da equipe como um todo sobre o trabalho realizado e melhor desenvolver o potencial e dificuldades presentes em cada membro e ação realizada, conforme apontado na fala da médica entrevistada:

*“Porque aí você adequa todas as normas e direitos que são mantidos numa vivência da pessoa.”*

*“(...) e quem manda na gente é a gente mesmo. Isso é um desafio que tenho, porque eu sou minha gestora de mim mesma” Médica Érika*

Pensar o profissional médico como gestor de si mesmo se mostra coerente com uma atuação comprometida em reconhecer no sujeito doente sua capacidade de saber, decidir e opinar sobre seu quadro de saúde e doença. Trata-se de valorizar a autonomia e responsabilidade dos envolvidos, dar o estatuto de sujeito a médico e paciente.

*“Então, a dificuldade para trabalhar é autonomia e trabalhar em equipe propriamente dito. Porque hoje se trabalha em equipe numa coisa muito..., não é equipe. É faz de conta.”*

---

<sup>142</sup> BALINT, *op. cit.*, p.223.

*“A gente tá procurando o bem estar de todo mundo, meu, teu e do usuário. Então acho que a grande dificuldade é autonomia do profissional, dizer que o profissional... não é o faça, faça, faça, e precisa dar força pros outros e as pessoas têm medo, ter esse espaço.” Médica Érika*

Reconhecer as particularidades das diversas pessoas envolvidas no contexto da saúde é garantir um lugar no espaço institucional para o sujeito singular e, ao mesmo tempo, convidá-lo a assumir sua responsabilidade sobre o seu desejo e nas relações que se estabelecem. Agir de forma diferente seria desconsiderar os aspectos subjetivos das pessoas que trabalham e frequentam os serviços, homogeneizando e burocratizando as relações, criando uma distância cada vez maior entre as pessoas e entre essas e os serviços de saúde.

A distância, a falta de responsabilização e de implicação nas questões da área, tanto para os profissionais como para os usuários/pacientes podem revelar mecanismos de defesa diante de situações que são vividas como fonte de angústia. Portanto, o que buscamos trazer para essa discussão é a dimensão humana, por vezes excluída da cena clínica. Longe de buscarmos construir uma norma a ser implantada e reproduzida sem nenhum sentido, buscamos pensar a importância de ouvir o mal-estar presente nestas situações como sintoma de que alguma coisa não vai bem e nos servimos da Psicanálise como ferramenta auxiliar neste trabalho de escuta, aprendizado e construção de sentido constantes.

*“Da escuta. E isso é aprender. Não se dá por norma, por decreto, por nada.” Médica Érika*

### 3.6. O CORPO ASSUJEITADO

A Medicina, assim como a Psicanálise, inaugura um discurso sobre o corpo, cada uma à sua maneira. A Medicina se coloca como um conhecimento sobre o corpo biológico e tudo aquilo que o envolve, fundamentada em algumas disciplinas que revelam a organização (Anatomia) e seu funcionamento (Fisiologia).

A Psicanálise, que surge no encontro com pacientes histéricas, reconhece um sofrimento que se dá através do corpo, mas não coincide com o corpo doente. Ela revela, desta maneira, outro corpo para além do biológico e do anatômico, um corpo habitado, possuidor de sentidos e palco de signos e representações.

Ambas discursam sobre o corpo. A primeira sobre um corpo natural, a segunda sobre um corpo construído, uma vez que ele será esqueleto para uma vida de relações, espaço de vivências e projeção do mundo psíquico, social e também biológico. Ambas se produzem a partir do encontro entre dois corpos, médico/paciente, analista/analizando.

Destacamos o lugar do corpo, por acreditar que a concepção atual de saúde adotada e seguida como política nacional considera aspectos subjetivos da saúde, o que acaba por revelar uma dimensão do corpo até então negligenciada.

Desde o início da implantação do SUS, o que se reforça com a política nacional de atenção básica, a saúde passa a ser entendida como bem-estar geral do indivíduo e da sociedade como um todo, concepção esta que vai muito além da restrita à saúde física, pretendendo contemplar aspectos subjetivos, sociais e relacionais.

Pensar a saúde, ou melhor, os processos de saúde e doença de uma população ou de um indivíduo como estado de bem-estar, valoriza uma dimensão negligenciada pelos programas públicos de saúde até então. E acaba por favorecer uma transformação da própria

concepção de saúde por parte da população como um todo (profissionais de saúde e usuários) o que resulta no reconhecimento e reconstrução de novas necessidades de saúde e, conseqüentemente, novas formas de responder a elas.

Esta nova concepção de saúde se mostra ainda problemática. Filho<sup>143</sup> aponta uma insuficiência teórica no que concerne a esta nova terminologia e um desinteresse em todas as disciplinas que constituem o campo e a própria construção teórica do objeto saúde. Isto se daria porque, embora diante de uma “nova” concepção de saúde, este campo continua tendo como objeto a morte e a enfermidade. Isso levaria, segundo o autor, a um dos principais pontos-cegos da ciência epidemiológica. Dificuldade que se apresentaria na epidemiologia e também na clínica, uma vez que a clínica se pautaria sobre o saber patológico e, dessa forma, talvez seu modo de pensar a saúde esteja sempre dado pela sua negativa em doença.

Compreendemos que esta nova concepção de saúde contempla a dimensão individual e coletiva, e por isso torna-se difícil de ser mensurada partindo-se do olhar exclusivo do médico ou de qualquer outro profissional de saúde, ao excluir a participação do sujeito ou coletivo que se pretende objeto.

Os serviços de atenção primária revelam estas situações, em que a compreensão sobre o estado de saúde ou ausência de saúde, não pode ser medido apenas pela ausência de doença, passando pela avaliação e percepção individual e da comunidade em que se está inserido.

Um exemplo ilustrativo da presença de aspectos individuais, subjetivos e culturais pode ser fornecido na maneira com que homens e mulheres acessam os serviços de saúde e concebem seu estado de saúde ou doença. As mulheres, em sua maioria, são as principais frequentadoras-usuárias dos serviços, enquanto os homens chegam em proporção bem menor.

Essa diferença, no que concerne ao gênero masculino, revela não que este grupo se mostra

---

<sup>143</sup> ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.3, n.1-3, São Paulo, 2000.

mais saudável do que o das mulheres, mas antes que a percepção de saúde para este grupo se constrói de modo bastante distinto.

Segundo Figueiredo<sup>144</sup> o cuidado com a saúde está associado ao feminino e para os homens a enfermidade e o cuidado com a sua saúde revelaria fraqueza e vulnerabilidade. O que representaria uma menor participação deste grupo e também uma reprodução deste funcionamento dentro dos próprios serviços de saúde.

Estes aspectos “invisíveis” ou ocultos da saúde, tão importantes quanto os visíveis e palpáveis, por assim dizer, nos levam a aspectos subjetivos e inventivos da saúde – destaque seja dado para as construções culturais – que revelam um corpo não vazio, um corpo habitado que identificamos com José Gil<sup>145</sup> como o interior do corpo.

Para este autor, o corpo deve ser visto como unidade psyché-soma, onde os órgãos e membros pertencentes existem como vias de inscrição do psíquico, de forma que não há corpo que não seja vivo e habitado pelo espírito. E o espaço interior do corpo, de maneira paradoxal, somente será percebido pelo seu exterior, porque dele não se tem experiência consciente. A experiência do interior do corpo se dá através de uma ausência de sensação, de tal forma que a percepção dos órgãos internos produz estranhamento e alienação. “Este viver do corpo faz-me senti-lo como “a mais”, como uma coisa, como se eu fosse reduzido precisamente a um organismo. O que significa que a percepção “normal” do espaço interno é a de uma não-presença, ou melhor, de uma impresença.”<sup>146</sup>

O corpo como lugar a ser ocupado e como possibilidade de existência funciona como região de fronteira entre interior e exterior, e como ponto de interface e comunicação entre interior e exterior, eu – outro, sujeito – objeto.

---

<sup>144</sup> FIGUEIREDO, W. S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, vol. 10, n. 1, p.105-109, jan.-mar., 2005.

<sup>145</sup> GIL, J. *Metamorfozes do corpo*. Lisboa: Relógio d'Água, 1997.

<sup>146</sup> *Ibidem*, p.178.

O espaço interior do corpo com sua composição real de órgãos, membranas e fluidos, existiria com grande potencial de simbolização, como espaço de inscrição do psíquico. Somente assim um corpo se torna percebido enquanto corpo próprio. O corpo será encorpado, tornando-se corpo.

No momento em que é acometido por uma patologia, o corpo torna-se objeto de investigação e sujeito a realização de intervenções de diversas ordens. Seu interior, cada vez mais, será exposto como organismo, (des) habitado e tornar-se-á um corpo estranho àquele que o habita.

Neste momento, José Gil nos conduz a pensar no interior do corpo reduzido a um corpo orgânico, suscetível de receber atributos objetivos. “Quando estes aparecem o espaço deixa de ser vivido em pertença absoluta, para deixar entrar um fator de estranheza e alienação”.<sup>147</sup>

Assim, podemos pensar na presença da Medicina que será convocada como saber sobre o corpo, sendo representado pelo médico. Quando o olhar médico descobre o sujeito, um corpo deve ser revelado. Este corpo registra e integra uma sucessão de corpos: corpo físico, social, psíquico e imaginário, e como tal deve ser considerado, cabendo ao médico o papel de mediador entre o sujeito e seu corpo.

Lefevre e Lefevre<sup>148</sup> falam do momento em que os indivíduos, ao se guiarem a partir do modelo do corpo-máquina perdem autonomia e conhecimento sobre seu próprio corpo/mente, deixam de ser indivíduos e passam a ser “marionetes de si mesmo”:

(...) o corpo/mente dos indivíduos tende a se tornar um ‘outro’, estranho para seus próprios donos na medida em que a tecnologia da saúde/doença e seus profissionais deixam de ser mediadores entre os indivíduos e seus corpos para passar a ser, também, donos ou mais precisamente proprietários técnicos destes corpos/mentes (...).<sup>149</sup>

---

<sup>147</sup> GIL, *op. cit.*, p.179.

<sup>148</sup> LEFREVRE, F.; LEFREVRE, A. M. C. *O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente humana*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

<sup>149</sup> *Ibidem*, p.67-68

Chegamos ao ponto em que, ao pensarmos na situação da clínica médica ou mais especificamente na situação de uma consulta clínica, um caso clínico só toma forma na medida em que o paciente vem com seu corpo e é trazido pelo mesmo. Não há corpo sem sujeito e nem sujeito que não ocupe um corpo.

Em uma situação de dor, de doença ou mesmo de mal estar, esta relação do sujeito com seu corpo, ou com seu “espaço interior do corpo”<sup>150</sup> está alterada e é justamente neste momento que uma intervenção médica será solicitada e toda essa dimensão do corpo deve ser considerada.

Conforme aponta Fernandes<sup>151</sup>, o corpo também ficou excluído da cena psicanalítica por existir a crença de tratar-se de algo de menor importância, e suas aparições delegadas ao campo psicossomático.

O campo psicanalítico sempre se interessou pelas questões da subjetividade presentes no adoecer. O que não significa que o corpo só surge para a Psicanálise como corpo doente e é este lugar do corpo que aqui nos interessa.

O corpo tanto pode ser palco como via de passagem e acontecimento pulsional. Seu lugar não é apenas de coadjuvante na manifestação do psíquico, mas também de protagonista/acionista no complexo jogo da economia psíquica.

O corpo é a possibilidade primeira dada ao Eu de existir. Em 1923, em *O Eu e o Isso*, Freud diz que o Ego é antes de tudo um ego corporal, um eu que ganha corpo a partir do corpo-matéria-forma que habita.

Talvez uma das principais contribuições freudianas ao campo médico seja a sua concepção de corpo. Não que os médicos devam, a partir de agora, trabalhar com elementos que constituem a clínica psicanalítica como, por exemplo, desejo, angústia e interpretação. Mas, sem dúvida, o corpo teórico freudiano se prenuncia como outra margem a ser mirada e

---

<sup>150</sup> GIL, *op. cit.*

<sup>151</sup> FERNANDES, M. H. *Corpo*. SP: Casa do Psicólogo, 2003.

reconhecida.

O corpo natural é desenhado pela anatomia e imaginado nas figuras de livros, num longo processo que se inicia nos séculos XVI e XVII, quando se elabora o corpo da ciência<sup>152</sup>.

O corpo biológico não será objeto de estudo da Psicanálise, mas de forma semelhante vai ganhando forma um corpo abordável pela Psicanálise. Com as histéricas o saber psicanalítico surge, inaugurando um corpo que transfigura o corpo orgânico como concebido e postulado pela ciência médica e indo além de um corpo doente. O corpo das histéricas apresenta uma anatomia outra, que subverte todo o conhecimento médico do momento. Para a Psicanálise o corpo se forma ou deforma de acordo com uma anatomia puramente fantasmática, que muitas vezes, nada se assemelha às lições de anatomia médica.

Os sintomas histéricos que se pronunciam no corpo revelam este como terreno de manifestações não apenas orgânicas, mas também de conflitos psíquicos, “representado a partir de uma linguagem popular, e não científica.”<sup>153</sup>

A Medicina e a Biotecnologia vêm revelando, cada vez mais, o espaço interior do corpo e transformando o que antes era desconhecido em uma sucessão de dados descritos exaustivamente sobre massa, volume, texturas, modo de funcionar, seus defeitos e mau uso, tudo de forma conhecida e objetiva. E ainda que muitas dessas descobertas sejam recentes e pouco acessíveis já não são mais estranhas à sociedade contemporânea e implicam em fatores de transformações na relação com o corpo.

Bruno<sup>154</sup> aponta, para além das ciências naturais, uma nova visibilidade do corpo dada no século passado pelas contribuições de Marx, Nietzsche e Freud que permitiram a inscrição no corpo de fatores políticos, econômicos, da moral e de desejos, transpondo em muito o corpo biológico e seus aspectos estritamente naturais.

---

<sup>152</sup> GIL, *op. cit.*

<sup>153</sup> FERNANDES, *op. cit.*, p. 40.

<sup>154</sup> BRUNO, F. Membranas e Interface. In: VILLAÇA, N.; GÓES, F.; KOSOVSKI, E. (orgs.). *Que corpo é esse?* Rio de Janeiro: Mauad, 1999.

Dessa forma, quais seriam as implicações e consequências que podem ser pensadas a partir do aumento das possibilidades de ver, conhecer e falar sobre o corpo?

Num primeiro momento, poderíamos pensar que tantas novas possibilidades de falar e mostrar o corpo permitiriam mais chance de colocá-lo em um lugar de destaque. Mas, ao contrário, percebemos uma resistência em aceitar suas possibilidades de existir e, conforme aponta Gil,<sup>155</sup> quanto mais sobre ele se fala, menos ele existe por si próprio. Quando o corpo ganha destaque, é esvaziado de todas as dimensões que lhe dão vida, como a dimensão do tempo e da linguagem.

Contrário a este silêncio do corpo, paradoxal a tantas descobertas efetuadas, acreditamos que a dimensão da clínica médica aqui estudada, empenha-se em uma valorização e uma escuta do corpo e seu interior, no que ele tem de singular e coletivo.

### 3.7. O SUJEITO E O (EN) LAÇO SOCIAL NA CLÍNICA: O QUE HÁ DE SOCIAL NA CLÍNICA

#### 3.7.1. Psicanálise e sociedade

Pensar o social e tudo que dele deriva: sociedade, coletividade, grupo, cultura, normas, sob a ótica da Psicanálise, implica em revisitar um dos textos que assim ficou conhecido como “texto social” de Freud. Publicado em 1930, “O Mal-Estar na Civilização” deixa a marca de um pensamento freudiano pessimista. Não porque quando de sua redação Freud já sofria dos sintomas de câncer, mas porque esta obra lança novas concepções para a

---

<sup>155</sup> GIL, *op. cit.*

vida da civilização, balizadas no novo dualismo pulsional<sup>156</sup>, pulsão de vida e pulsão de morte, que acabam por tornarem-se novas diretrizes para a prática psicanalítica.

A tese central defendida neste texto é a de que o ser humano abre mão de usufruir plenamente da realização de sua vida instintual na tentativa de minimizar o desamparo que o acompanha desde o início.

O bebê, ao nascer e até mesmo antes, no período de gestação, se mostra totalmente dependente do cuidado dos pais ou daqueles que desempenham esta função. Abrigo, alimento, higiene e afeto só são alcançados através de fora, de outro alguém que desempenhe este cuidado. Se este outro não cuidar e investir afetivamente, este novo ser terá sua constituição psíquica comprometida. É a partir do investimento advindo do social em direção a este ser vivo, biológico, que um vislumbre do que entendemos como psíquico, mental se constrói. É somente com a interação do biológico com o social, representado pelos pais, que surge o psíquico.

Este novo processo de constituição, que traz em si a marca da imbricação entre sujeito e social, passará por muitas fases e se pretende contínuo, mas desde sempre revela as sutilezas da formação do sujeito a partir do encontro, das marcas e incorporação do contexto social, primeiro representado pelos pais, depois pelos núcleos mais amplos em que todos estamos envolvidos. “Com efeito, pela mediação do Outro seria promovida a ligação entre a força pulsional, os objetos e os representantes daquela. Sem o Outro, pois, o infante não poderia sobreviver, mesmo no registro da ordem vital.”<sup>157</sup>

O ego, como unidade da personalidade, é formado pelo contraste da existência de um objeto, representado pelo seio da mãe, e pelas experiências de desprazer e sofrimento, que

---

<sup>156</sup> O novo dualismo pulsional, postulado no texto freudiano de 1920 “Além do Princípio do Prazer”, concebe a existência de dois movimentos constitutivos no sujeito. Essas duas forças antagônicas, representadas por Eros (pulsão de vida) e Thânatos (pulsão de morte), não se apresentam de maneira isolada, mas combinadas e, juntas, respondem pelo destino do homem e da cultura.

<sup>157</sup> BIRMAN, J. A Psicanálise à prova do social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 15(Suplemento), 2005b, p.214.

originadas tanto no interior como no exterior do organismo são percebidas como se viessem de fora. Surge daí a tendência a isolar do ego tudo que cause desprazer. Assim, em um processo de diferenciação “(...) o ego se separa do mundo externo. Ou, numa expressão mais correta, originalmente o ego inclui tudo; posteriormente, separa de si mesmo, um mundo externo.”<sup>158</sup>

Deste processo resta um sentimento de desamparo e um anseio por retomar o estado anterior, um estado narcísico em que ego e mundo externo se misturavam, ou melhor, onde tudo pertencia ao ego. Este sentimento, segundo Freud, estaria na base da atitude religiosa tida por ele como uma posição infantil assumida por muitos durante toda a vida.

A vida em civilização, como concebida neste segundo momento da obra freudiana, seria a melhor alternativa para lidar com este desamparo fundamental, em contrapartida ao isolamento, a intoxicação ou a religião. A cultura reúne “(...) a soma integral das realizações e regulamentos que distinguem nossas vidas das de nossos antepassados animais, e que servem a dois intuitos, a saber: o de proteger os homens contra a natureza e o de ajustar os seus relacionamentos mútuos.”<sup>159</sup> Portanto, a vida coletiva deveria rumar para um melhor estado de coisas uma vez que a união entre os homens assegura e conforta.

Considerando o homem dotado de impulsos sexuais e agressivos, o relacionamento com outros homens e a vida em comunidade se torna uma das grandes fontes de sofrimento para o indivíduo, já que ele precisa inibir boa parte desses impulsos para realizar esta tarefa, como nos diz o texto freudiano:

---

<sup>158</sup> FREUD, S. O Mal-Estar na Civilização (1930 [1929]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.77.

<sup>159</sup> *Ibidem*, p.96.

A civilização humana, expressão pela qual quero significar tudo aquilo em que a vida humana se elevou acima de sua condição animal e difere da vida dos animais — e desprezo ter que distinguir entre cultura e civilização —, apresenta, como sabemos, dois aspectos ao observador. Por um lado, inclui todo o conhecimento e capacidade que o homem adquiriu com o fim de controlar as forças da natureza e extrair a riqueza desta para a satisfação das necessidades humanas; por outro, inclui todos os regulamentos necessários para ajustar as relações dos homens uns com os outros e, especialmente, a distribuição da riqueza disponível. As duas tendências da civilização não são independentes uma da outra; em primeiro lugar, porque as relações mútuas dos homens são profundamente influenciadas pela quantidade de satisfação instintual que a riqueza existente torna possível; em segundo, porque, individualmente, um homem pode, ele próprio, vir a funcionar como riqueza em relação a outro homem, na medida em que a outra pessoa faz uso de sua capacidade de trabalho ou a escolha como objeto sexual; em terceiro, ademais, porque todo indivíduo é virtualmente inimigo da civilização, embora se suponha que esta constitui um objeto de interesse humano universal. É digno de nota que, por pouco que os homens sejam capazes de existir isoladamente, sintam, não obstante, como um pesado fardo os sacrifícios que a civilização deles espera, a fim de tornar possível a vida comunitária. A civilização, portanto, tem de ser defendida contra o indivíduo, e seus regulamentos, instituições e ordens dirigem-se a essa tarefa. Visam não apenas a efetuar uma certa distribuição da riqueza, mas também a manter essa distribuição; na verdade, têm de proteger contra os impulsos hostis dos homens tudo o que contribui para a conquista da natureza e a produção de riqueza. As criações humanas são facilmente destruídas, e a ciência e a tecnologia, que as construíram, também podem ser utilizadas para sua aniquilação.<sup>160</sup>

A questão colocada em “O Mal-Estar na Civilização” (1930 [1929]) é se há uma acomodação que traga felicidade a seus membros que possa ser alcançada por meio de alguma forma de civilização ou se esse conflito é irreconciliável. E as formulações encontradas para esta pergunta, apoiadas na descoberta da Pulsão de Morte, diferem das ideias presentes no início da obra.

Joel Birman<sup>161</sup> resgata a essência das mudanças teóricas e de posicionamento que resultam em concepções marcadamente distintas sobre a inscrição do sujeito na modernidade. E o que tudo isso tem a ver com o nosso assunto sobre clínica médica na prática da Atenção Primária? Não precisamos lembrar que todo o trabalho em saúde é realizado e dirigido a

<sup>160</sup> FREUD, S. O Futuro de uma Ilusão. (1927). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.15-16.

<sup>161</sup> BIRMAN, 2005b, *op. cit.*

peessoas de determinada comunidade, e assim também a atividade clínica, mesmo que realizada através de consultas individuais, traz na figura do médico e do paciente e nas relações aí provocadas questões culturais, sociais e políticas, sendo para estas que nos voltamos.

Em 1908, no texto “Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna”<sup>162</sup> concebia-se a possibilidade de um rearranjo tal que seguindo medidas justas e adequadas entre as exigências pulsionais e individuais, e as culturais e civilizatórias; considerando a economia psíquica individual e a capacidade sublimatória<sup>163</sup>, seria possível um resultado satisfatório, uma saída diferente do adoecimento neurótico.

Mas o conflito entre esses dois registros, da pulsão e da civilização a partir do segundo momento da obra freudiana, é estrutural e jamais será superado. A condição de desamparo acompanha o sujeito mesmo nas relações sociais, sem que disso resultem necessariamente perturbações psicopatológicas, mas uma incessante tarefa de administrar ambas as exigências, individuais e culturais; o que implica uma dimensão social e se refere também às possibilidades oferecidas pela cultura para se lidar com o desamparo, assim como uma dimensão individual que remete a capacidade psíquica de gerir a busca por esta acomodação satisfatória.

Freud agora é mortalista e antivitalista. A partir de agora a homeostasia é uma ideia impossível. Daí o mal-estar na civilização e o desamparo originário do sujeito. Porém, não basta apenas produzir a vida como um bem, em contraposição à morte originária. É preciso ainda reproduzi-la permanentemente, em toda a existência do sujeito. Daí, então, a ideia de gestão, para que o sujeito possa manter a vida enquanto possibilidade e um bem em aberto para si.<sup>164</sup>

---

<sup>162</sup> FREUD, S. Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

<sup>163</sup> Refere-se à capacidade de satisfazer a realização de uma moção instintual de maneira indireta, sob outros caminhos que não o objetivo primeiro daquela. Consistiria em alcançar satisfação do impulso, sexual ou agressivo, realizando-o através de outro alvo.

<sup>164</sup> BIRMAN, 2005b, *op. cit.*, p.213.

A partir das ideias presentes neste texto, a Psicanálise posiciona o desamparo como elemento central e constitutivo do sujeito e localiza o mal-estar como resultado da estratégia em lidar com o desamparo. Esta é a medida das coisas, ao menos para a Psicanálise.

Vislumbramos a prática clínica, que em si é social, a partir deste mal-estar, o que pode se revelar nas confusões que permeiam os atendimentos e no que fica desses encontros tanto para médicos como para pacientes.

Considerar a dimensão do mal-estar não significa que o fim esteja dado, mas, ao contrário, a constatação de que todas as possibilidades de processo são construídas a partir da imperfeição.

O mal-estar está presente e se manifesta de diferentes modos e lados: nas relações de poder/saber que surgem a partir de papéis e funções desempenhadas, perpassando os discursos produzidos nos serviços de saúde; através da confusão na comunicação e entendimento, considerando-se as diferenças entre as pessoas; no contexto físico e estrutural em que a prática é realizada; na formação que conduz a esta prática; na relação que se experimenta entre sujeitos e na relação intersubjetiva que promove a clínica. “O sujeito é obrigado a realizar a gestão do conflito nos campos político e social, regulado que seria pelos laços sociais.”<sup>165</sup>

Não queremos incluir a dimensão social e forçar sua entrada no campo médico, porque já entendemos que toda prática médica se configura como uma prática social e, a partir desse ponto de vista, não podemos sequer desejar uma clínica social, uma vez que assim sempre foi. O que podemos fazer é resgatar e fazer reviver em tons mais fortes esta dimensão, muitas vezes embaçada.

A partir do momento em que explicitamos um aspecto de determinado trabalho, podemos melhor considerá-lo e incluí-lo em nossas práticas. O que acreditamos também

---

<sup>165</sup> BIRMAN, *op. cit.*, p.218.

acontecer em relação à clínica médica, ou seja, na medida em que discussões e pontos são tocados, inaugura-se uma nova possibilidade de circunscrevê-los e aproveitá-los.

Os conflitos e todo mal-estar advindo das relações entre médicos clínicos e seus pacientes e familiares deve ser percebido como sintoma social e como tal ser investigado e não apenas eliminado. Pois assim e somente assim algo novo pode advir e produzir um movimento diferente, oferecer um caminho outro diante de algumas situações que podem mesmo ser percebidas como de crise. Diante de uma realidade que insiste em se manifestar no espaço das consultas médicas, nos serviços públicos e privados, pode-se ouvir uma tentativa desesperada de buscar transformá-la.

### **3.7.2. Ciência e questões sociais**

Reconhecemos a imensa importância do social na prática clínica e nas relações que assim se configuram, como relações do tipo clínico; o que pode ser percebido desde a construção de linguagem como facilitadora ou obstáculo ao tratamento até a própria noção e concepção do que seja o tratamento. Sem contar, como aponta Roudinesco<sup>166</sup>, nas questões sociopolíticas presentes nas relações entre os diversos profissionais de saúde, a sociedade e o estado.

Da clínica psicanalítica à clínica médica, buscamos apontar aqueles aspectos encontrados em nossas entrevistas, que acreditamos perpassarem a prática clínica na realidade dos serviços primários de saúde pública e revelarem aspectos do social.

Por social, nos referimos aos aspectos culturais e políticos presentes e determinantes nos grupos e nas formações coletivas. O social diz respeito às leis e regras

---

<sup>166</sup> ROUDINESCO, *op. cit.*

explícitas e implícitas reconhecidas por todos, ao modo em que as relações são construídas e mantidas, revelando crenças e valores partilhados, aspectos conscientes e inconscientes, assim como processos de transformação e a presença de conflitos de interesse.

Em “Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna” (1908)<sup>167</sup>, Freud esboça sua preocupação acerca das relações entre as normas da cultura e o desenvolvimento de neuroses, envolvendo principalmente mulheres submetidas à intensa repressão sexual. Quando da publicação deste texto, a sociedade era outra e as normas e valores culturais que a regiam também. No entanto, passado o tempo, será que não podemos encontrar nas exposições presentes neste texto a tese de que os elementos sociais e culturais se relacionam com o adoecimento individual, terminando por influenciá-lo?

No Brasil, a partir da década de 1980, vemos um aumento ligado a um tipo de produção<sup>168</sup> preocupada em estudar fatores culturais e sociais e suas relações com o processo saúde-doença. A concepção de que elementos articulados social e culturalmente se relacionam e se apresentam no processo de saúde e doença de uma pessoa e dos coletivos, torna-se objeto de estudo de diversas áreas como Psicologia, Sociologia, Medicina, Antropologia.

O fato de observarmos um aumento progressivo de trabalhos orientados neste sentido revela, não só uma necessidade teórica de rever as relações entre âmbitos diversos, como indivíduo-sociedade e clínica-política, mas também aponta para uma necessidade prática de buscar dar conta das questões que chegam para os profissionais em toda uma gama de serviços de saúde. Também é importante ressaltar aqui as transformações históricas do contexto nacional, e que envolvem de maneira diversa a produção de conhecimento e de práticas produzidas até então.

---

<sup>167</sup> FREUD, 1908, *op. cit.*

<sup>168</sup> DUARTE, L. F.; ROPA, D. Considerações Teóricas sobre o Atendimento Psicológico às Classes Trabalhadoras Urbanas. In: FIGUEIRA, S. (org.). *Cultura da Psicanálise*. São Paulo, 1985; COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. RJ: Campus, 1989; BIRMAN, J. *Novas perspectivas em Saúde Coletiva*. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, v.9, n.2, 1999.

Após um período de regime autoritário (período ditatorial de 1964 a 1984), momento em que o debate sobre os rumos e características de diversos campos de conhecimento estavam ausentes, segue-se uma abertura e ampliação do mercado de trabalho em muitas áreas, destaque aqui para os profissionais de saúde.

No caso da Psicologia, observa-se uma preferência pela atividade clínica, tendo o consultório particular como principal *locus* de atuação do psicólogo, voltada para uma pequena parcela da população, uma elite que podia financiar este tipo de serviço<sup>169</sup>. Com a Psicanálise observamos o mesmo, acrescido ainda de um vínculo com algumas instituições, que muitas vezes terminava por engessar e distanciar as práticas da realidade da população: a “era das escolas”, como chamado por Figueiredo<sup>170</sup>.

No campo da Medicina, acompanhamos um aumento das universidades particulares, seguida de uma preocupação com questões de saúde pública. A classe médica, ainda tendo o hospital como local de trabalho, acompanha o surgimento dos convênios de saúde que dão origem a outros formatos de relações trabalhistas, agora com ênfase na terceirização.

As transformações que se seguem no interior das disciplinas acompanham o processo presente no cenário nacional de redemocratização do país. Na realidade das profissões, isso termina por gerar uma maior articulação das categorias profissionais, uma ampliação dos campos de atuação – decorrentes, inclusive, da organização do SUS como um novo modelo de saúde e da luta antimanicomial – e uma ampliação do público atendido.

Podemos pensar que essa abertura das profissões para novas questões e novos públicos, antes menores ou ausentes para as disciplinas, é acompanhada da necessidade de revisões teóricas e do desenvolvimento de novas técnicas para tentar dar conta das novas demandas.

---

<sup>169</sup> YAMAMOTO, *op. cit.*

<sup>170</sup> FIGUEIREDO, 2009, *op. cit.*

É nesse sentido que vemos um aumento de produções na área da saúde, preocupadas em pensar as diferenças e particularidades da linguagem, de valores e de representações que envolvem toda a complexidade do trabalho na saúde para oferecer respostas que visem incidir sobre tais problemas.

### **3.7.3. Formação médica e prática clínica**

*“(...) quando a gente está atuando, a gente se limita muito à coisa do modelo biomédico exclusivo - médico centrado - o único recurso é o farmacêutico-medicamentoso e por mais que você tente ampliar um pouco essa atuação, tem uma questão que é estrutural.” Médica Érika*

*“Tinha essa coisa repressiva mesmo dentro da escola. Então não tem muita liberdade para ser, para existir, para testar essas possibilidades. Então é isso. A escola ela traz modelos que podem ser muito desfavoráveis e assim, desastrosos que são apropriados. E aí a gente chega para tomar conta da família, depois que se forma. Não dá conta. Muito angustiante....” Médica Cássia*

Por vezes, o médico atende adequadamente e procura considerar na sua prática clínica a escuta do paciente. No entanto, alguns modelos e modos de fazer estão tão arraigados, que acabam por construir a própria identidade profissional, sobrepondo-se a outros saberes que consideram o paciente de maneira integral.

Assim, apontaremos como estes fatores presentes na formação e prática clínica tornam-se responsáveis pela configuração do trabalho do médico e da relação construída com o paciente. É importante ressaltar que alguns deles são decorrentes de outras relações, como a do clínico com o especialista e com outros clínicos.

O primeiro aspecto a ser apontado pode ser nomeado como exemplo de consciência médica e preocupação com o diagnóstico. Consiste na preocupação médica em não identificar algum problema físico existente ao voltar seu olhar para questões psicológicas, somado à necessidade de um diagnóstico que possa ser confirmado, e de fornecer um nome

que encarne a representação do que é trazido pelo paciente. A preocupação com o diagnóstico está presente tanto no médico como na população em geral.

*“A pessoa está tão presa naquilo que não tem o cuidado, não pensa no impacto daquilo para a comunidade.” Médica Cássia*

*“Nossa formação é voltada para o concretão e para dar remédio. Por detrás desse pacotão tem o indivíduo. E como fazer? Porque dá para fazer. Dá para gente trabalhar uma linguagem do usuário. Quem sabe a coisa é o usuário, não é tu, não é eu, nem o gestor.” Médica Érika*

Como descrito nas falas acima das médicas entrevistadas, a preocupação e a necessidade de descobrir a patologia presente naquela situação acabam por produzir diagnósticos apressados, para alívio de médico e paciente, mesmo que estes sejam falhos e revertam em poucos resultados práticos. Cuida-se de ser um bom médico na medida em que se é cauteloso e detalhista aos problemas físicos, mesmo que outros aspectos sejam negligenciados e acabem por interferir profundamente na prática clínica.

Se isso não acontece, mas é acompanhado por expressões como “Não há nada de errado!” ou mesmo “Você não tem nada, procure um psicólogo!”, desqualifica-se tudo o que o paciente sente. O resultado no paciente é de grande ansiedade e desespero, diante daquilo que lhe acomete. Para o médico, podem surgir sentimentos de culpa e impotência.

Quando o paciente procura um clínico, seu discurso traz implícito um pedido de ajuda e de esclarecimento, mas também uma oferta de quadros sintomáticos e doenças. O modo de o clínico aceitar ou não, responder ou não, e intervir sobre isto que lhe chega, será de grande importância para o desenvolvimento da relação futura.

Vale apontar aqui que as particularidades dos pacientes e discursos que se produzem no contexto da clínica geral diferem do contexto de trabalho dos especialistas, por consistirem em queixas mais inespecíficas e difusas, em pacientes com um tipo de ansiedade e expectativa decorrentes da falta de conhecimento ou fantasias relacionadas aos motivos que o levam a buscar o médico.

Nesse contexto, Balint<sup>171</sup> chega a questionar se, ao procurar um médico e produzir uma queixa, o mais importante para o paciente é a queixa ou o ato de queixar-se. O que pode ser percebido na fala da médica:

*“Aquela senhora ia lá só para conversar, ela inventava motivos, sintomas e doenças, para ser atendida.”* Médica Cássia

Esta é uma fala médica comum no cotidiano dos serviços e é muito interessante, pois nos permite fazer duas observações pertinentes: a de que muitas pessoas adoecem por dificuldade de lidar com problemas e de que outras encontram na doença um modo sintomático de estar incluído.

Ao falarmos de pessoas que adoecem por incapacidade de enfrentar problemas que de início nada tem de físico, citamos os pacientes psicossomáticos, os histéricos e mesmo os neuróticos. Referimo-nos a casos como o do paciente citado por Balint<sup>172</sup>, que tomava decisões profissionais importantes devido a responsabilidades do cargo exercido, mas na sua vida pessoal e mesmo na sua relação com os médicos, mostrava-se infantil e submisso.

Na clínica geral, o problema real enfrentado é frequentemente a doença da pessoa como um todo, e envolve a personalidade total do paciente, mas o desejo de ser compreendido e aceito pelos demais colegas é uma das razões que leva os médicos a concentrarem toda sua atenção aos problemas físicos e desprezarem outros elementos percebidos. Tais profissionais demonstram clara preferência por diagnósticos físicos, mesmo quando estes se mostram incompletos ou errôneos.

Outra causa que acreditamos restringir o diagnóstico do médico ao campo físico seria um maior domínio nesta área e uma epistemologia que valoriza uma produção de conhecimento “mais palpável”. Desse modo, o que de mais importante nos cabe apontar é a forma como, para além da construção do diagnóstico, a realização deste ato livra a pessoa do

---

<sup>171</sup> BALINT, *op. cit.*

<sup>172</sup> *Ibidem.*

médico de sua própria condição de desamparo, de um saber da Medicina que se apresenta incompleto, não-todo, como todo saber aliás.

Em tempos de “Ato Médico”<sup>173</sup> é necessário ter cuidado pois essa mobilidade e ampliação do objeto de estudo da Medicina, que tradicionalmente pendia para a doença e agora volta-se para a pessoa, pode ter muitas outras implicações que não apenas voltar-se para a pessoa doente – mas reservar somente ao médico o campo de cuidado daquele que sofre.

Essa tendência pode levar ao excesso de diagnósticos e mesmo ao uso de diagnósticos incorretos. Na busca de livrar-se da ansiedade que um não-saber pode produzir dentro de uma profissão que, socialmente, se liga à imagem da perfeição, o médico fica preso a rótulos diagnósticos e “qualquer coisinha” será tratada sem o cuidado da escuta, o que resultaria em precipitação do médico.

*“Você rotula qualquer coisinha. Porque não tem esse cuidado de você parar para ouvir, para acolher.” (sic.) Médica Cássia*

*“A gente enquanto gestor, enquanto trabalhador, nós estamos lá no serviço de AB para dar o cuidado, mas você não vai ser o proprietário das tuas coisas. É o usuário.” Médica Érika*

A formação médica dos clínicos se dá em hospitais ou seguindo este modelo, e é conduzida por especialistas. Como resultado, tem-se uma enorme distância entre o ensino e a prática. O ensino que é transmitido e fundamentado na prática de especialistas, com escassa experiência em clínica geral, com doenças descritas pelos rótulos hospitalares, mostra-se insuficiente para os problemas reais com que se defronta o clínico. O resultado disso está bem ilustrado pela fala da médica entrevistada:

*“O que significa esse indivíduo? O indivíduo vira um objeto, uma matéria. Então passa ano, passa ano e não vai resolver.” Médica Érika*

---

<sup>173</sup> Projeto de Lei Nº 7703/06 conhecido como Ato Médico, busca regulamentar as atividades que só podem ser realizadas por médicos. O projeto foi aprovado com vetos pela presidente Dilma em 18 de junho de 2013.

Ainda no que diz respeito à formação em Medicina, podemos perceber que os especialistas ganham a admiração dos jovens clínicos por deterem um vasto conhecimento sobre doenças de um campo específico e sua atuação prática implica em um modo específico de relação com o paciente. Contudo, estes especialistas pouco conhecem do campo da clínica geral. Esse tipo de conhecimento e de enfoque especializado e fragmentado, tende a ser reproduzido na prática do clínico geral.

Concebe-se assim uma ordem hierárquica em que o clínico, decorrente do seu aprendizado com professores especialistas, sente-se mais seguro diagnosticando doenças físicas do que identificando questões psicológicas no processo em causa, como aparece na fala abaixo:

*“Que preparo você tem para entender por que ela se comporta daquela maneira e como você pode ajudar? Você não tem formação para isso, começa daí.” Médica Cássia*

Sobre esta questão trazida pela médica entrevistada, não podemos deixar de nos lembrar do artigo de D. W. Winnicott escrito em 1951, citado por Mourão,<sup>174</sup> que poderia passar perfeitamente por uma produção atual, na medida em que reivindica as mesmas habilidades que faltam nos profissionais e no sistema de saúde contemporâneo. O estudante defronta-se com um problema emocional em virtude da natureza de seu objeto de estudo, independentemente de qualquer dificuldade intelectual para entender os fatos. O seu impacto emocional inicial é maior do que o da sala de dissecação ou do anfiteatro cirúrgico.

Além de tudo, ainda podemos perceber no contexto atual uma excessiva e corriqueira utilização do recurso medicamentoso, o reflexo de uma sociedade que busca normatizar e patologizar toda forma de ser;

---

<sup>174</sup> MOURÃO, C. A “*experiência cultural*” na prevenção do abuso de drogas na adolescência. Salto: Schoba, 2012.

Nem sempre podemos esperar qualidade no atendimento medicamentoso, se não há tempo razoável para um diagnóstico, e posterior prescrição. A questão aqui é que há fontes de pressão que atrapalham a qualidade no atendimento, e uma delas é a Indústria Farmacêutica. É preciso estar atento, para não tornar o atendimento clínico engessado a respostas prontas e rápidas, que seriam como métodos medicamentosos, que só enriquecem as indústrias farmacêuticas. O efeito mais sutil e engenhoso de todo este processo é o reforço constante à ideia de que tratar alguém é sinônimo de medicá-lo; visando apenas o conceito biologicista da doença.

O corpo torna-se, então, efetivamente, um instrumento de trabalho como função primordial, que determina o que é doença ou não. A causa da doença é de modo frequente referida à ordem somática e a localização da doença tende a ser feita no espaço do corpo.

Por outro lado, a partir do advento da Psicanálise, a doença pode ser concebida, também, como resultado de um conflito psíquico, que não encontrou solução satisfatória; reconhecendo a existência de um sentido oculto por trás da aparência imediata do quadro sintomático.

Esta forma atual de se lidar com o adoecer e com os mais diversos problemas da existência humana, medicando, pode produzir um empobrecimento psíquico ao retirar do sujeito sua capacidade de trabalho psíquico, de elaboração das experiências vividas a partir de seus próprios recursos internos.

Nesse caso, poderíamos pensar que os prejuízos e empobrecimentos vividos na condição do adoecer também podem surgir ou ser reforçados quando em formatos de relações autoritárias e desumanizadas.

Nesse sentido, torna-se relevante considerar nosso conhecimento de que a condição de doente está, em si, associada a uma posição de cuidado e de direito a atenção; assim, estamos diante dos ganhos secundários trazidos pelo adoecer frente à família ou

mesmo ao serviço de saúde. Além disso, podemos reconhecer no adoecimento uma redução dos investimentos e movimentos pulsionais em direção a outros objetos e tarefas, pois estes se encontram concentrados em torno das motivações da doença.

Também podemos pensar o recurso à doença como modo de ser, de existir possível, que revela tanto uma dimensão particular do sujeito em escolher e se organizar a partir do adoecimento, como uma dimensão política e social perversa que oferece o lugar da doença/doente para existir.

Carreteiro<sup>175</sup> discute o recurso à doença como um dos caminhos possíveis em um cenário de exclusão social e revela o quanto o adoecimento físico pode servir de representante para o sofrimento social que não encontra vias legítimas de reconhecimento enquanto tal.

Sua contribuição se mostra fértil ao revelar o entrelaçamento da dimensão individual à social e o quanto o corpo físico serve de palco também para questões sociais.

Feita essas duas observações, podemos dizer que o modo como o clínico recebe, aceita e mesmo suporta o que surge do paciente e como surge, será importante para o desenvolvimento do relacionamento entre eles e “um fator contribuinte altamente importante para as vicissitudes da doença em desenvolvimento”<sup>176</sup>.

---

<sup>175</sup> CARRETEIRO, T. C. “A Doença como projeto” – uma contribuição à análise de formas de filiação e desfiliações sociais. In: SAWAIA, B. (org.) *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2008.

<sup>176</sup> *Ibidem*, p.27.

### 3.7.4. A dimensão político-social na clínica médica na APS

Ao concebermos nossas teorias científicas e práticas como resultado não só do processo cumulativo de conhecimentos que constrói a ciência, mas também como um processo sócio-histórico; devemos perceber o quanto a crença na imparcialidade e neutralidade asséptica de outrora torna-se impossível. As teorias e práticas científicas, uma vez inseridas em determinado contexto, estão abertas a interações diversas que acabam por modificá-las.

Praticar a clínica médica implica, de antemão, em se posicionar a partir de um saber e de um poder conferido socialmente, que se edifica desde a história desta profissão, passando pelo modelo de formação médica adotado e pelas experiências de vida do clínico.

Ao nos debruçarmos sobre todas estas problemáticas do campo médico, não estamos levantando a bandeira do preconceito. Ao contrário, queremos apenas suscitar questões que antecedem e que têm implicações na atividade médica, como também em muitas outras profissões.

A clínica médica, conforme descrição de Foucault<sup>177</sup>, exige um olhar-criança, um olhar de descoberta e novidade diante do que se apresenta. Mas há muito este modo de visão se apresenta escasso. No texto de Freud, quando da morte de Charcot, ele destaca o valor deste tipo de visão, questionando-se: “por que em Medicina as pessoas só viam o que elas tinham aprendido a ver.”<sup>178</sup>.

Na prática clínica, deve haver espaço para o imprevisível e para o não-saber, do contrário, nenhum saber novo poderá emergir. E o discurso médico tende a reconhecer somente a sua verdade, desconsiderando todos os elementos que nele não se fundamentam,

---

<sup>177</sup> FOUCAULT, 2006, *op. cit.*

<sup>178</sup> BORGES, *op. cit.*, p.205.

como o discurso da Psicanálise e o discurso do próprio paciente e de sua família.

Já a Psicanálise reconhece um saber que se apresenta através do discurso do sujeito e deve ser autorizado enquanto tal, atribuído de valor e responsabilidade, e não silenciado, desautorizado ou invalidado.

A fala do paciente não deve servir apenas para ilustrar as teorias, mas deve ser percebida com uma riqueza de significações próprias que revelam um sentido particular sobre o seu sofrimento, que é único. Deve haver um espaço para acolher o que cada paciente traz de novo e desconhecido e não, necessariamente, dado pela teoria. Abertura para o sujeito e ao que este leva ao espaço fechado e institucionalizado da teoria, o que se relaciona com o modo do clínico segui-la. Se o médico ouvir as narrativas do paciente ele lhe garantirá esse lugar.

Reconhecer estes atravessamentos é um modo de enfrentar modelos não históricos e apolíticos e desfazer concepções dicotômicas e excludentes, que concebem uma única verdade formulada a partir de sua disciplina. Com isso, busca-se reconhecer também a necessidade de novos espaços de reflexão sobre a prática clínica contextualizada, na qual as dificuldades presentes no trabalho são repensadas como novos elementos desta prática, que acabam por exigir reformulações teóricas.

Dessa maneira, é necessário discutir sobre o modo de fazer tradicional para superar os desafios, que não são poucos, de uma prática engessada, e construir um novo estilo de fazer que se sirva dos elementos e dos (des)encontros cotidianos para se reinventar e responder aos problemas que se apresentam.

### 3.7.5. Por uma outra cultura da saúde

O SUS enfatiza a rede de atenção primária em saúde como uma forma de reorganizar toda a lógica do Sistema de Saúde nacional buscando racionalizar, melhorar a qualidade e a resposta aos problemas de saúde que acometem nossa população.

Mas, essa proposta de reorientação da lógica da saúde, que traz implícita uma ampliação dentro do próprio conceito de Saúde, traz significados e consequências para os profissionais e suas atividades, conforme praticadas até então. Sem receio, podemos dizer de um processo – bastante lento, é verdade – de “desospitalização”, de mudança de uma lógica “hospitalocêntrica” para outra, ainda em construção. O que é difícil em função dos profissionais de saúde já estarem tão familiarizados com o modelo médico hospitalar, e construir um fazer diferente, que rompa com o anterior, exige de todos os envolvidos (gestores, profissionais de saúde e usuários) uma mudança de cultura, de hábitos e posicionamento. O que vivemos hoje, inclusive o impulso de transformação, é o resultado e o produto de uma cultura da saúde anterior, que estamos empenhados em reproduzir, em reconstruir, mas de um outro jeito, diferente.

Ainda assim, reconhecemos que a lógica que impera na saúde é a da produtividade, importando a quantidade de atendimentos e procedimentos realizados, em detrimento da qualidade das ações de cuidado, se é que podemos pensar nesses termos em alguns casos extremos como os relatados abaixo:

*“Se eu tenho disponibilidade e tempo enquanto trabalhador, a relação é tranquila. Mas se eu trabalho com uma meta que é produzir, que eu digo que é quantidade, essa relação fica muito doentia e atrapalhada.” Médica Érika*

*“(...) mas para mim que era prática comum ouvir e examinar todo mundo, independente da queixa. Fazia isso no PSF com muita dificuldade, porque eu atendia em média 60 pessoas por dia. Desse jeito. E sempre tinha gente na fila, gente precisando porque era só uma equipe. O enfermeiro me ajudava.*

*Isso era uma média, mas eu fazia. Tanto é que eu saí de lá pesando 45 quilos. Eu me consumi naquilo, entendeu. E eu saí porque eu vi que eu não ia conseguir, não ia dar conta. Agora eu estou com 58 quilos.”*  
Médica Cássia

A falta de cuidado com o profissional médico e com a população que procura os serviços de saúde denuncia que vivemos uma situação de crise, atualmente deflagrada pela escassez de profissionais médicos em determinadas regiões do país e mesmo na periferia de grandes cidades. Não podemos deixar de mencionar também um fato recente que pretende solucionar esta problemática: a importação de mão de obra médica atual pelo governo Dilma Rousseff e a criação do programa “Mais Médicos”, que prevê o aumento de dois anos na formação médica dedicados ao trabalho no setor público.

As questões que se apresentam na vivência médica não são jamais consideradas pelas soluções governamentais. A implicação e disponibilidade dos profissionais não resolvem questões estruturais como as péssimas condições de trabalho, no máximo podem servir para que os profissionais não aceitem algumas condições “impostas” e instrumentalizá-los para uma atuação política ao se manifestarem através da recusa de tal situação.

As soluções não são rápidas nem mágicas, e exigem tempo, investimento e comprometimento de toda a sociedade para um problema que poderia ser considerado urgente, mas que não será resolvido sem uma transformação que se processe também no âmbito da cultura da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões suscitadas na pesquisa podem ser compreendidas como se referindo à necessidade de uma implicação maior dos sujeitos da saúde na Atenção Primária em Saúde (APS). Neste caso, trata-se da presença e disponibilidade de médico e paciente para o encontro que se realiza no espaço da consulta clínica.

O espaço da consulta médica caracteriza-se, menos pelo espaço físico em que esta pode se realizar, do que pelos conteúdos que se apresentam durante este momento e que conferem sentido à relação médico-paciente como experiência intersubjetiva, envolvendo aspectos conscientes e inconscientes, assim como políticos e sociais, do contexto ao qual pertencem.

Apesar de, em muitos casos, médicos e pacientes estarem verdadeiramente implicados na construção de uma boa relação, algo a mais se revela nesse âmbito, que pode resultar em grande ansiedade e sofrimento para ambos os lados.

Nosso trabalho pretendeu apontar para o fato de que, parte deste mal-estar presente na clínica médica na APS, refere-se à “exclusão” da dimensão subjetiva presente nos processos de adoecimento.

Considerando os avanços obtidos no campo da saúde, principalmente no que diz respeito ao acesso aos serviços, reconhecemos ainda um longo percurso a ser trilhado, uma vez que o aumento no acesso evidencia uma série de outras deficiências presentes nos modelos que predominam e regem as ações na área.

Consideramos o SUS como uma conquista de cunho democrático no campo dos direitos e da participação social, mas percebemos, através deste trabalho de pesquisa, o mal-

estar que permeia as relações que se produzem no campo da assistência e da gestão em saúde. Entendemos que parte deste cenário revela os paradoxos decorrentes de políticas de estado adotadas no âmbito macropolítico, que se chocam, ao mesmo tempo em que se refletem, no âmbito micropolítico, de relações e trocas humanas entre profissionais de saúde e usuários.

Reconhecemos a presença do mal-estar intrínseco que permeia as relações humanas como decorrente dos esforços imprimidos pelos sujeitos para, no contexto social e cultural em que vivem, realizar a gestão entre os interesses e desejos individuais e coletivos.

Sabemos também que, conforme apontado no texto, muitos esforços feitos com o intuito de transformar as práticas realizadas no interior dos serviços de APS podem servir para perpetuar a tendência “anti-processo”, de que fala Bleger<sup>179</sup>, presente nas instituições. Por isso, é preciso ter cuidado para que a presença de um discurso humanitário não sirva como modo de perpetuar o mesmo, o que pode contribuir para a manutenção do *status quo*.

Assim, entendemos as dificuldades de recursos reais presentes na Saúde, tais como escassez de tempo para o atendimento, equipamentos e infraestrutura, como vias que, muitas vezes, servem de defesa para se evitar entrar em contato com outras questões presentes e que, se percebidas e transformadas, podem, efetivamente, tornar possível a mudança tão desejada por todos.

Dentre as questões que se apresentaram neste trabalho de pesquisa, destacamos: as características do trabalho clínico em APS envolvendo casos que exigem acompanhamento continuado e, causas que estão além de fatores orgânicos, compreendendo aspectos comportamentais, hábitos e valores que se colocam em evidência no momento de pensar o significado do adoecer para cada sujeito, os significados atribuídos ao mal (estar) referido, assim como as concepções acerca do melhor modo de tratar.

---

<sup>179</sup> BLEGER, *op. cit.*

Percebemos nos relatos, tanto de médicos, como de pacientes-usuários dos serviços de APS, uma certa insatisfação e dificuldade em lidar com questões decorrentes de problemas estruturais e mesmo institucionais como uma formação médica insuficiente em dar conta dos problemas como se apresentam, condições e exigências de trabalho que poderíamos chamar de desumanas, relações institucionais que não favorecem o crescimento dos profissionais e a construção de novos modos de fazer mais saudáveis e eficazes, que tenham impacto no contexto social que estão inseridos e, tudo isso, deve ser considerado como componente que interfere na clínica praticada.

Como evidenciado aqui, os problemas presentes na prática clínica na APS, são complexos e interrelacionados, parecendo, por vezes, sem solução. Por outro lado, situações de impasse e de crise podem revelar novas maneiras de construir uma práxis diferente.

Nesse contexto, evidencia-se certa urgência no aprofundamento das discussões sobre o trabalho clínico do profissional médico, decorrentes não só da formação, mas dos modelos adotados na área, assim como de uma cultura vigente na saúde. Nesse sentido, nossa proposta visa contribuir com novos modos de enfrentar os desafios que se colocam, através de um olhar psicanalítico sobre algumas questões observadas, por meio de entrevistas realizadas e das trocas experienciadas pela autora.

Além disso, é possível reconhecer a sensibilidade dos sujeitos, médicos e pacientes, em relação a outros aspectos mais sutis e observar uma crítica contundente colocada por estes sujeitos, assim como um protagonismo dos envolvidos, na busca por transformar a realidade.

Os problemas presentes no contexto da APS tem uma complexidade particular por envolverem valores, atitudes e comportamentos que devem, antes de qualquer intervenção, serem compreendidos. E, essa compreensão será alcançada, apenas, no momento em que a presença do paciente e de seu universo forem considerados de maneira adequada. Essa

mudança implica, necessariamente, em se reconhecer, concomitantemente, a presença da singularidade do profissional médico, sem a qual, nenhuma mudança é possível.

Tudo isto traz uma implicação para a formação médica, que ainda hoje exclui a presença no currículo de disciplinas humanísticas. Além disso, pensamos ser fundamental aproximar o aluno em formação da dimensão psicoterápica - sentida como ausente por muitos, que diante das diversas situações e simulações vividas, não encontram abertura na instituição e nas disciplinas oferecidas para lidarem com tudo aquilo que pode ser suscitado a partir da prática clínica.

Por esse motivo, mostra-se necessária a criação de novos espaços, em que o estudante encontre uma abertura para discutir as dificuldades decorrentes de sua prática, o que auxiliaria na postura de presença implicada do futuro médico, na reflexão sobre seu *modus operandi*, assim como conduziria à responsabilidade ética-profissional para com o paciente, colegas e consigo mesmo. Esta abertura com relação à dimensão subjetiva é necessária para promover qualquer transformação que possa repercutir na relação de cuidado com o paciente, configurando-se como um convite para uma mudança que possa também se multiplicar nas relações interprofissionais.

Talvez, a reestruturação e revalorização de algumas disciplinas que compõem a grade curricular, como Psicologia Médica e Bioética poderia ser o ponto de partida para a valorização da dimensão ética e subjetiva na Medicina, promovendo impacto, inclusive, no paradigma que fundamenta a doença.

A doença, para além do modelo biomédico, deve ser entendida como expressão da vida do paciente, um modo singular do sujeito se apresentar e estar no mundo e, como tal, não deve ser desprezada. Não reconhecer o sujeito em seu estado de adoecimento é retirar sua possibilidade de falar sobre si mesmo.

Concebendo que parte dessa crise na saúde é decorrente de um modelo de atenção à saúde biologicista e médico-centrado, a atuação médica e a relação médico-paciente devem ser revistas e ampliadas, para além deste modelo, sob o risco de um tecnicismo, em que a relação médico-paciente como elemento principal da dimensão clínica, arrisca-se a se perder ou tornar-se extinta.

A partir do que foi pesquisado, mostrou-se evidente a necessidade de uma retomada da dimensão psicoterápica presente na prática clínica, fornecendo os aspectos de criação e de experiência intersubjetiva à relação médico-paciente. Para isso, deve-se ampliar a concepção de clínica que pauta as ações, constituindo-se para além dos espaços em que se realizam, como modo de trabalho que privilegia a subjetividade no cotidiano dos serviços de APS.

Dessa forma, reconhecemos uma dimensão técnica, normativa por excelência e uma outra, empírica, vinculada à prática. A primeira abarca todo o conhecimento classificatório, descritivo e relacional dos signos que envolvem as doenças e fundamentam a clínica médica, que poderia ser nomeada de científica. A segunda, não menos fundamental, remete a um tipo de conhecimento que não se dá através do aprendizado formal, pois que precisa ser experimentado, sendo da ordem da vivência pessoal, que poderia ser nomeada de arte, pois retém um aspecto de criação e novidade. Essas duas dimensões se conjugam no trabalho clínico.

O aspecto da psicoterapia, presente na clínica psicanalítica, pode trazer para o espaço da consulta esta ênfase hoje negligenciada, com relação aos aspectos biográficos e subjetivos de médico e paciente, aspectos estes bastante específicos da clínica na APS e contrastante com o exercício das especialidades médicas.

O convite feito por Freud aos médicos em 1904, conforme mencionado no texto, deve ser retomado. Parece que devemos nos voltar para a prática da psicoterapia, uma vez que

os pacientes não deixaram de buscá-la no encontro com o médico, o que faz Balint<sup>180</sup> postular que quem cura é o médico e não o remédio, cabendo a este saber receitá-lo da melhor maneira possível.

A Psicanálise reconhece a importância do lugar do médico na direção do tratamento e confere também grande importância teórica a esta questão através, principalmente, dos conceitos de transferência e contratransferência.

A transferência encontra na relação com o médico um espaço propício à sua manifestação, pelo fato deste profissional ocupar um lugar, ainda consagrado em nossa sociedade, de detentor de um saber diferenciado e especial sobre o paciente. Essa atmosfera, que recobre a função/imagem do médico, favorece o surgimento e atualização de experiências psíquicas afetivamente intensas de relações anteriores para o momento atual, trazendo para o espaço da consulta muito mais do que fatos relacionados a determinado número de sintomas.

No momento em que os investimentos que são realizados pelo paciente e do qual o médico é depositário for percebido, poderá ocorrer um redimensionamento de sua participação na relação com o paciente, redimensionamento este que pode habilitar o médico a perceber que sua atuação está para além da eliminação dos sintomas, tendo grande implicação na vida e personalidade do paciente como um todo, na sua maneira de lidar com seu processo saúde-doença e nas relações com outras pessoas.

Ao transferir para a relação com o médico elementos de vivências anteriores e particulares ao sujeito, essa relação pode assumir caminhos variados e desconhecidos de antemão. O fato é que esta dimensão implica em certa sensibilidade por parte do médico e disponibilidade para perceber o paciente.

Como aquele que busca pelo médico investe este encontro de conteúdos trazidos de outras relações anteriores, assim também da pessoa do médico, com sua presença, podem

---

<sup>180</sup> BALINT, *op. cit.*

surgir conteúdos e investimentos que terminam por se apresentar na sua prática de trabalho. Vale a pena lembrar que a personalidade do médico deve ser considerada como um fator importante no seu trabalho e pode ser repensada sob a ótica da noção de contratransferência.

Este conceito do campo da Psicanálise define tudo o que se passa durante uma relação terapêutica envolvendo a pessoa do médico e pode manifestar-se através de sentimentos e comportamentos diversos, como irritação, postura paternalista e até sensações corporais. Concebendo o médico também como ferramenta de trabalho e não apenas como quem faz uso de ferramentas, torna-se importante considerar em prol do trabalho, o que se passa também com o profissional, e não apenas com o doente.

Através das reações contratransferenciais, muito do que diz respeito ao paciente e ao seu quadro podem se apresentar e servir para auxiliar o médico em sua clínica, promovendo uma melhor compreensão do seu paciente e contribuindo para melhorar a relação terapêutica, as dificuldades presentes no tratamento e o melhor modo de conduzi-lo, assim como promovendo um conhecimento sobre si mesmo, o que trará repercussões sobre o seu modo de trabalho, seus limites pessoais e profissionais.

Não se trata de o médico tornar-se analista ou exigir que percorra o caminho de uma análise pessoal, mas de fazer bom uso deste conhecimento da Psicanálise como um instrumento auxiliar em sua prática profissional. Acreditamos que a compreensão de alguns conceitos postulados pela Psicanálise, resulte em uma prática modificada por essa compreensão. O desafio que se tem pela frente é criar caminhos institucionais que permitam possibilidades de intersecção entre os campos da Medicina e da Psicanálise.

O trabalho do médico, de acordo com uma compreensão mais ampla sobre o adoecer humano, coloca-o numa posição que transcende o lugar de curador e devolve a dimensão de cuidado ao doente, agora entendido como sujeito de sua doença.

Esta dimensão do cuidado, presente desde o nascimento do sujeito, implica em tarefas das mais variadas e adquire um sentido de favorecer a experiência de existir diante de um mundo incompreensível, até então. Em diversos momentos da vida, o sujeito se depara com situações em que sua compreensão falha e suas possibilidades de existir se mostram frágeis e diminuídas. As situações de adoecimento também representam momentos de crise, em que o sujeito recorre ao médico em busca de cuidado.

O cuidado médico visa, então, favorecer e/ou restabelecer condições para que o doente possa retomar sua compreensão. Dessa forma, o cuidado em saúde pode ser lido como um trabalho de retomada de sentido. Trabalho muito mais complexo do que a correção ou restauração de desordem orgânica.

O trabalho de cuidar, como tarefa de construir sentido, envolve médico e paciente em uma experiência intersubjetiva que só é possível de se realizar quando compartilhada. Estar com o paciente é tarefa do médico que pretende responder à responsabilidade que aceita, ao atender tal paciente, e se concretiza através da possibilidade, ou não, de escuta e conversa que lhe oferece. Os instrumentos utilizados pelo médico clínico se mantêm os mesmos – e defendemos que estão além de protocolos e exames, o que difere, portanto, é sua postura de observação e relação com o doente.

A escuta e a conversa revelam os principais meios de trabalho do médico, através dos quais se dá a relação médico-paciente, em conformidade com uma experiência relacional, embebida de pessoalidade, do médico e do paciente.

Resulta deste trabalho a compreensão de que existem fatores emocionais do sujeito na condição doente, que devem ser considerados na consulta clínica e tornam-se elementos constitutivos da relação médico-paciente. Sendo o médico guardião da consulta clínica, cabe a ele conduzir este encontro buscando uma transformação não somente na queixa do paciente, mas também no fornecimento de um espaço para o conhecimento e consciência

do sujeito do seu próprio corpo, assim como de seu adoecimento.

A presença de grupos de discussão sobre a prática clínica realizada no contexto da Atenção Primária em Saúde pode ser pensada como estratégia em busca de uma clínica ampliada e humanizada, em que os médicos possam, juntamente com outros profissionais da equipe de saúde, construir um espaço de reflexão sobre situações que mobilizam certo grau de dificuldade nos envolvidos, seja por questões pessoais, estruturais ou mesmo pela complexidade de fatores envolvidos.

As discussões coordenadas em grupos podem ser um modo de operacionalizar o conjunto de posturas e habilidades que, ao longo deste trabalho, foram mostrando-se pertinentes a uma prática clínica resolutiva e de qualidade. E poderiam seguir os modelos adotados nos grupos Balint ou mesmo modelos mais inovadores, como os grupos Balint-Paidéia<sup>181</sup>, que se voltam para a problemática das questões de saúde na Atenção Primária, considerando e valorizando, principalmente, os sujeitos da saúde.

---

<sup>181</sup> CUNHA, G. T. *Grupos Balint Paidéia*: Uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Tese de Doutorado. UNICAMP, 2009.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. Método Clínico: Método Clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, UFRGS, v.14, n.3, 2001. pp. 609-616.

ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. A. C. *Retorno do Exílio: o corpo entre a Psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

ALMEIDA FILHO, N. A Unidade Básica e o Sistema de Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, ABRASCO, vol.3, n.1-3, 2000.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.6, n.1, 2001.

\_\_\_\_\_. *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. *Interface*, Botucatu, UNESP, v.8, n.14, set./fev., 2004.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.10, n.3, p.549-60, 2005.

BALINT, M. *O Médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu, 2007.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, v.19, n.4, p.1007-1028, 2009.

BASTOS, L. A. M. *Corpo e Subjetividade na Medicina: impasses e paradoxos*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

BENJAMIN, W. O Narrador. Considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In: *Magia e Técnica, Arte e Política*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BEZERRA, B. J. Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. A. (orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1987.

BIRMAN, J. Novas perspectivas em Saúde Coletiva. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, v.9, n.2, p.7-8, 1999.

\_\_\_\_\_. A Physis da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 15 (Suplemento), p.11-16, 2005a.

\_\_\_\_\_. A Psicanálise à prova do social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 15(Suplemento), p.203- 224, 2005b.

BIRMAN J.; FORTES, I.; PERELSON, S. (orgs.) *Um novo lance de dados: Psicanálise e Medicina na Contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.

BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: KAES, R. *A Instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

BORGES, S. M. N. Por uma clínica que a Psicanálise nos ensina. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N. R.(orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional da Assistência Hospitalar. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

BRUNO, F. Membranas e Interface. In: VILLAÇA, N.; GÓES, F.; KOSOVSKI, E. (orgs.). *Que corpo é esse?* Rio de Janeiro: Mauad, 1999.

CAMARGO JR., K. R. BioMedicina. In: *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 15(Suplemento), p.177-201, 2005.

CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, ABRASCO, v.8, n.4, p.477-483, 2005.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

CARRETEIRO, T. C. A Doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de filiação e desfiliações sociais. In: SAWAIA, B. (org.) *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2008.

CAZETO, S. *A constituição do inconsciente em práticas clínicas na França do século XIX*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2001.

CECILIO, L.C.O. Modelos Tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, v.13, n.3, p.469-478, jul./set., 1997.

\_\_\_\_\_. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstoi: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, UNESP, v.13 (supl.1), pp.545-55, 2007.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. RJ: Campus, 1989.

CUNHA, G. T. *Grupos Balint Paidéia: Uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica*. Tese de Doutorado. UNICAMP, 2009.

DUARTE, L. F.; ROPA, D. Considerações Teóricas sobre o Atendimento Psicológico às Classes Trabalhadoras Urbanas. In: FIGUEIRA, S. (org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo, 1985.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F.(orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

FERENCZI, S. Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: *Obras Completas/Psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p.97-106. V.4.

FERNANDES, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FEYERABEND, P. K. *Contra o método*. São Paulo: UNESP, 2007.

FIGUEIREDO, W. S. Assistência á saúde dos homens: um desafio para os serviços de Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.10, n.1, p.105-109, jan.-mar., 2005.

FLEURY, S. A Psicologia deve ir muito além do consultório. In: *Psicologia Ciência e Profissão: Diálogos*, Brasília, Cons. Fed. de Psicologia, n.4, p.6-9, dez. 2006.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREUD, S., BREUER, J. Comunicação Preliminar (1893). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Estudos Sobre a Histeria (1893-1895). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Sobre a Psicoterapia (1905 [1904]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna* (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. *Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise* (1912). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. *Conferência XXVIII* (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1919[1918]). *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. *Dois Verbetes de Enciclopédia* (1923 [1922]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. *O Futuro de uma Ilusão*. (1927). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. *O Mal-Estar na Civilização* (1930 [1929]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FRIAS, I. *Doença do corpo, doença da alma: Medicina e filosofia na Grécia clássica*. São Paulo: Loyola, 2004.

GALLIAN, D. M. C. A (re) humanização da Medicina. In: *Psiquiatria na Prática Médica*, Vol. 33, n. 2, abr.-jun 2000, p. 5-8. Versão eletrônica. Disponível em: <<http://www.epm.br/polbr/ppm>>.

GIL, J. *Metamorfoses do corpo*. Lisboa: Relógio d'Água, 1997.

GOULART, F.A.A. *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/17f0323d/Experiencias%20em%20Saude%20-%20Experiencias.pdf>> Acesso em: 08 jul. 2009.

HERZOG, Regina. A questão da influência da Psicanálise na Medicina. In: FIGUEIRA, S. (org.) *Efeito Psi: A influência da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

HOUSTON, J. (Dir.). *Freud Além da Alma*. 1962. DVD (139 min), p&b. Título original: "*Freud: the secret passion*".

JAEGER, W. *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo/Brasília: Martins Fontes/UNB, 1986, p. 696.

KATZ, J. *El Médico e el Paciente: su mundo silencioso*. Fondo de México: Cultura Económica, 1989.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. *O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente humana*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

LUZ, M. Cultura contemporânea e Medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, C 15(Suplemento), pp.145- 176, 2005.

MARTINS, M. C. F. N. *Relação Profissional-Paciente: Subsídios para Profissionais de Saúde*. *Psychiatry On-line Brazil - Current Issues*, v.2, n.03, 1997.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: AMZ, I.; Bógus, C. (eds.) *Anais do Congresso Paulista de Saúde Pública APSP*, São Paulo, 2000.

MEZAN, R. Que significa "pesquisa" em Psicanálise? In: SILVA, M. E. L. (coord.) *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.

MIJOLLA, A. *Dicionário Internacional de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

MINAYO, M. C. de S.; Sanches, O. Quantitativo –Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul./set., 1993.

MOURÃO, C. A. “*experiência cultural*” na prevenção do abuso de drogas na adolescência. Salto: Schoba, 2012.

NATIONS, M.K.; GOMES, A.M.A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, v.23, n.9, p.2103 - 2112, set., 2007.

PASMORE, H.S. De como el paciente usa a su medico. In: BALINT, E.; NOREL, J. S. (org.) *Seis minutos para el paciente: las interaciones en la consulta con el medico general*. Buenos Aires: Paidós, 1979.

PLATÃO, *Leis*. Trad. C. A. Nunes. In: PLATÃO. *Diálogos*, v. XII- XIII (Belém: Universidade Federal do Pará, 2005.), 857 c-d.

QUINET, A. (Org.) *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

ROUDINESCO, E. *O paciente, o terapeuta e o Estado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SÉVIGNY, R. Abordagem clínica nas ciências humanas. In: ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. (orgs.) *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta, 2001.

SOUZA, R. R. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (orgs.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime; Cealag: 2002. p.411-432.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. RJ: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

TESSER, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na

atenção básica. *Interface*, Botucatu, UNESP, v.10, n.20, jul./dez., 2006.

VIANA, A. L. A.; YAZLLE, J. S.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. Financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. In: COHN, A.(org.) *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009. p.13-66.

VIOLANTE, M. L. V. (org.) *O (im)possível diálogo Psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002.

YAMAMOTO, O. H. Políticas Sociais, “Terceiro Setor” e “Compromisso Social”: Perspectivas e Limites do trabalho do psicólogo. In: *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, ABRAPSO, v.19, n.1, p.30-37, jan./abr., 2007.

**ANEXO****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que concedo o direito de utilização de minha entrevista cedida a Nathalia Vidigal Furtado, RG 8.340.460, CPF 053.840.616-00, no dia \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2013 em São Paulo para fins de sua pesquisa de pós-graduação e posteriores publicações. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2013.