



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL



CAMILLA STEM BROCK PEREIRA
lattes.cnpq.br/7454488456110423

A large, detailed black and white illustration of a building and a tree, similar to the one in the top left. The building is a multi-story structure with many windows, and the tree is very large and full of leaves. The text is overlaid on the building.

**O ACOMPANHAMENTO DE GESTAÇÕES COM MALFORMAÇÃO FETAL:
COMO É ESSA VIVÊNCIA PARA OS MÉDICOS?**

Rio de Janeiro
2015



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



CAMILLA STEM BROCK PEREIRA
lattes.cnpq.br/7454488456110423

O ACOMPANHAMENTO DE GESTAÇÕES COM MALFORMAÇÃO FETAL: COMO É ESSA VIVÊNCIA PARA OS MÉDICOS?

Monografia de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal

Orientadora: Ms. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
lattes.cnpq.br/0811801303654789
Maternidade Escola da UFRJ

Co-orientadora: Dr.^a Ana Cristina Barros da Cunha
lattes.cnpq.br/9017520746153592
Instituto de Psicologia da UFRJ

Rio de Janeiro
2015

Pereira, Camilla Stembrock

O acompanhamento de gestações com malformação fetal: como é essa vivência para os médicos? / Camilla Stembrock Pereira. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2015.

ix, 87 f. : il.

Orientadora: Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Co-orientadora: Ana Cristina Barros da Cunha

Monografia (especialização) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Maternidade Escola, Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, 2015.

Referências bibliográficas: f. 97-100

1. Vivências. 2. Médicos. 3. Malformação fetal. 4. Relação médico-paciente. 5. Cuidado. - Monografia. I. Esteves, Ana Paula Vieira dos Santos. II. Cunha, Ana Cristina Barros da. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, PRIM. IV. Título.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL



**O ACOMPANHAMENTO DE GESTAÇÕES COM MALFORMAÇÃO FETAL:
COMO É ESSA VIVÊNCIA PARA OS MÉDICOS?**

Camilla Stembrock Pereira

Orientadora: Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Co-orientadora: Ana Cristina Barros da Cunha

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

Aprovada por:

Ms. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Ms. Solange Frid Patricio

Ms. Ivo Basílio da Costa Júnior

Rio de Janeiro,

de 2015.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL



Àqueles que dedicam parte de si ao cuidado com o próximo
e disso fazem caminho para autoconhecimento.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



AGRADECIMENTOS

À Vida, que nos proporciona a oportunidade desses tão ricos encontros: entre o sujeito que demanda por cuidado e aquele que pode doá-lo, ensiná-lo e receber outro olhar em troca.

À Maternidade Escola da UFRJ, que abriga, protege e multiplica esses encontros.

À equipe de saúde, que, ainda com a ciência da dor inerente ao desafio do cuidar, o faz com devoção e satisfação.

Às pacientes e aos seus familiares, que, além de serem quem nos torna possíveis e necessários, ainda nos gratifica com tantos ensinamentos humanos.

Aos médicos participantes da pesquisa, que corajosamente revelaram seu íntimo em prol de maior reflexão sobre o cuidado e a saúde de quem cuida.

Aos meus pais, que plantaram em meu coração, essa semente do cuidado.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL



““Como eu faço isso?” – às vezes é necessário perguntar assim,

de uma forma direta!

Mesmo que não haja resposta!”

Residente de Medicina.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

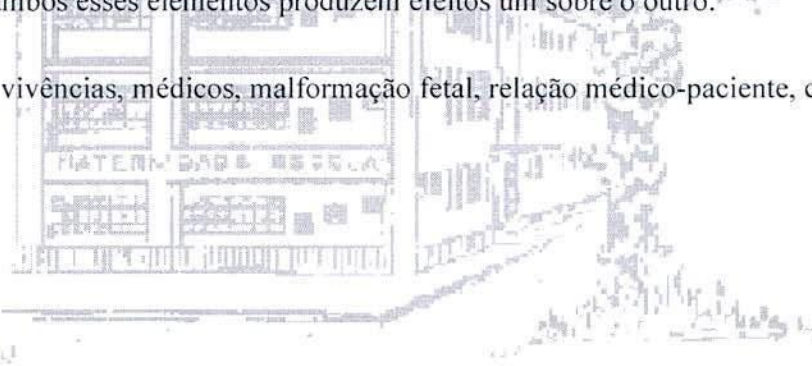
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



RESUMO

Essa pesquisa tem como objetivo estudar sobre as vivências dos médicos no acompanhamento de gestantes com diagnóstico de malformações fetais, buscando investigar como eles lidam com essas usuárias, suas famílias e histórias. Para isso, foram realizadas entrevistas, com base em roteiro elaborado para pesquisa que incluiu nove perguntas abertas. Participaram médicos atuantes no Setor de Medicina Fetal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A hipótese principal do estudo era de que os médicos encontram formas distintas para lidar com essa situação, com base em seu próprio sistema de crenças e valores como uma das estratégias para sua atuação. A pesquisa, desenvolvida como trabalho de conclusão de curso de residência multiprofissional em saúde perinatal, adotou uma abordagem qualitativa com método descritivo e analítico, utilizando a metodologia de Análise do Discurso de Bardin. Como resultados da pesquisa, foram encontrados discursos que revelaram tanto os desafios dessa vivência para os médicos, especialmente o da comunicação do diagnóstico difícil, quanto os suportes que desenvolvem para o exercício de sua atuação. Além disso, mostraram tanto a percepção da autoimagem do médico, quanto as características das relações que esses profissionais constroem com suas pacientes, sendo possível, então, observar como ambos esses elementos produzem efeitos um sobre o outro.

Palavras-chave: vivências, médicos, malformação fetal, relação médico-paciente, cuidado.





MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

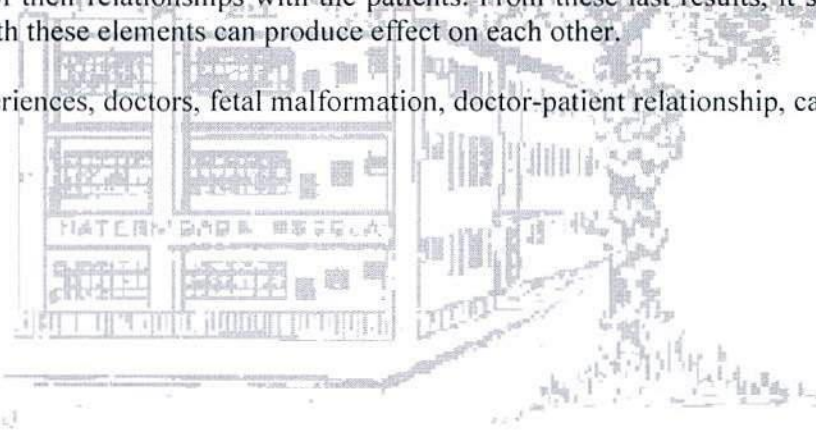
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



ABSTRACT

The aim of this research was to study the doctors experiences in to care pregnant women with fetal malformations diagnosis in order to investigate how they deal with these patients, their families and stories. In this regard, a semistructured interview guide was prepared with nine open-ended questions. A total of 9 interviews were conducted with 9 physicians who work or has already worked in Fetal Medicine Division of the Maternity School of Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). The main hypothesis of the study is that doctors find different ways to deal with this situation, based on their own system of beliefs and values as a strategy for their work. The research was developed as work completion for multi residence in perinatal health and adopts a qualitative approach with descriptive and analytical method, using Bardin's method of Discourse Analysis. As results of the research, were found speeches about the challenges that the doctors found with these experiences, especially their communication of bad diagnosis, and how they develop supports for these activities. In addition, the speeches indicate the perception of the physician self-image and the characteristics of their relationships with the patients. From these last results, it's possible to observe how both these elements can produce effect on each other.

Keywords: experiences, doctors, fetal malformation, doctor-patient relationship, care.





MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



LISTA DE QUADROS

Quadro 1.....	46
Quadro 2.....	47
Quadro 3.....	49
Quadro 4.....	50
Quadro 5.....	52
Quadro 6.....	53
Quadro 7.....	54
Quadro 8.....	56
Quadro 9.....	57
Quadro 10.....	58
Quadro 11.....	60
Quadro 12.....	61
Quadro 13.....	62
Quadro 14.....	63
Quadro 15.....	63
Quadro 16.....	64
Quadro 17.....	65
Quadro 18.....	66
Quadro 19.....	67
Quadro 20.....	69



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1. O lugar de médico.....	14
2.2. E quando é ocupado frente ao sofrimento constante.....	19
2.3. Frente à ansiedade da “anormalidade” fetal.....	29
2.4. Como ocupá-lo com e pela saúde?.....	37
3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE ESTUDO.....	41
3.1 Delineamento da pesquisa.....	41
3.2 Participantes.....	41
3.3 Local	41
3.4 Instrumento de coleta.....	43
3.5 Procedimentos.....	43
3.6 Análise e processamento dos dados.....	44
4. RESULTADOS	46
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



1. INTRODUÇÃO

Durante meu primeiro ano de atuação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), percebi claramente aquilo com que tanto me deparei na literatura: o quanto a relação médico-paciente influencia a saúde de ambos os sujeitos dessa relação.

A saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (1946), é entendida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social; portanto, não consiste apenas na ausência de doenças ou de enfermidades e constitui-se como um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção, dependendo seu alcance da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Com base nessa premissa, a presente pesquisa propôs-se a estudar como o sujeito médico afeta e é afetado nessa relação, voltando seu olhar para as que se desenvolvem no espaço difícil e adverso do Setor de Medicina Fetal. Nele, mulheres que vivem gestações de risco são acompanhadas, apresentando-se comumente de modo emocionalmente sensível e instável, sendo o sofrimento humano elemento habitual desse cenário, além da frequente ocorrência de óbitos.

Nesse setor, são atendidas gestantes com fetos que apresentam alguma malformação congênita, havendo constantemente o risco de perda gestacional ou de que, ao nascer, o bebê venha logo a falecer. Assim, nesse cenário, o que une médico e paciente é a espera pelo diferente, que, normalmente, ao ser detectado no pré-natal rotineiro, leva ao encaminhamento da gestante para acompanhamento especializado no Setor.

A presença e a relevância das malformações congênitas enquanto problema de saúde pública são claramente ilustradas por dados do Ministério da Saúde (2005), já que



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



representam uma das principais causas de óbito infantil nos países desenvolvidos, sendo responsável por 20% dos óbitos neonatais e por 30% a 50% dos óbitos perinatais. De acordo com dados mais atuais do Ministério da Saúde (2012), no Brasil, as malformações fetais, junto às alterações placentárias e de cordão, figuram como a segunda principal causa da mortalidade perinatal, englobando a primeira a prematuridade e a restrição do crescimento fetal.

Na América do Sul, sua incidência geral é de 5%, que não difere muito dos dados apresentados em outras regiões do mundo (HOROVITZ, 2005). Especificamente no Rio de Janeiro, em 2003, 18% dos óbitos infantis tiveram como causa as malformações congênitas, tendo 1,7% dos nascidos vivos apresentado malformação congênita no momento do parto (COSTA *et. al.*, 2006). No Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), situado na cidade do Rio de Janeiro, de 1999 a 2003, a malformação congênita figurou como um dos três principais diagnósticos presentes na internação pediátrica, sendo a mortalidade hospitalar entre esses pacientes o dobro (9,8%) da encontrada nos demais em pediatria.

Nesse contexto, pode-se afirmar que as vivências dos médicos que assistem esse tipo de diagnóstico são muito ricas em sentimentos e emoções, com diferentes estratégias para lidar com a difícil situação de um diagnóstico de malformação fetal ou de óbito associado a ela. Dessa forma, tais vivências são atravessadas pelos singulares sistemas de crenças e valores de cada profissional, nas variadas relações que assim são construídas com as pacientes.

Com base nisso, essa pesquisa então reúne pressupostos de diferentes autores sobre esse tipo de vivência, com base em variados pontos de vista que exploram diversos aspectos



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



das experiências do médico, suscitadas por suas práticas na assistência à saúde. Primeiramente, optou-se por apresentar a visão do médico e psicanalista Michael Balint, que, a partir de observações das interações de médicos em seminários propostos por ele sobre suas atividades e relações com paciente, desenvolve teorias sobre os conflitos e o funcionamento internos desses profissionais e seus efeitos sobre a saúde dos sujeitos de quem eles cuidam. Nessa perspectiva Balint apresenta como um de seus principais conceitos a função apostólica.

Em seguida, são abordados autores como Lugarinho e Rosário (2010) e Penello e Magalhães (2010), que apresentam dados de pesquisa sobre a comunicação de notícias difíceis na Oncologia, o vínculo construído entre profissionais e seus pacientes nessa área e os resultados de grupos com esses profissionais, inclusive médicos, cujo objetivo foi escutar o que pensam e sentem a partir de suas vivências na profissão.

Além disso, ao final, são trazidos autores que se dedicaram mais especificamente ao estudo da gestão de risco, analisando os comportamentos dos médicos nessa situação e a relação desenvolvida com as pacientes (GOMES, 2003; BENUTE, 2005; CHAZAN, 2007; SOUSA e PEREIRA, 2010). Ao longo dessa revisão bibliográfica também são apresentadas algumas considerações do importante psicanalista brasileiro Luís Claudio Figueiredo (2012) sobre sua teoria acerca da prática de cuidar.

Adiante, são apresentados os métodos e técnicas da pesquisa, cumprindo o objetivo de estudar a vivência dos médicos atuantes nesse setor, tanto em momentos de investigação e diagnóstico, quanto durante o acompanhamento da gestão de risco. Dessa forma, buscou-se voltar o olhar para a vivência dos médicos em situações difíceis, analisando seus modos de enfrentamento de tais situações, tanto pessoalmente quanto profissionalmente, observando que efeitos para os sujeitos e suas relações podem ser produzidos e sinalizando a necessidade



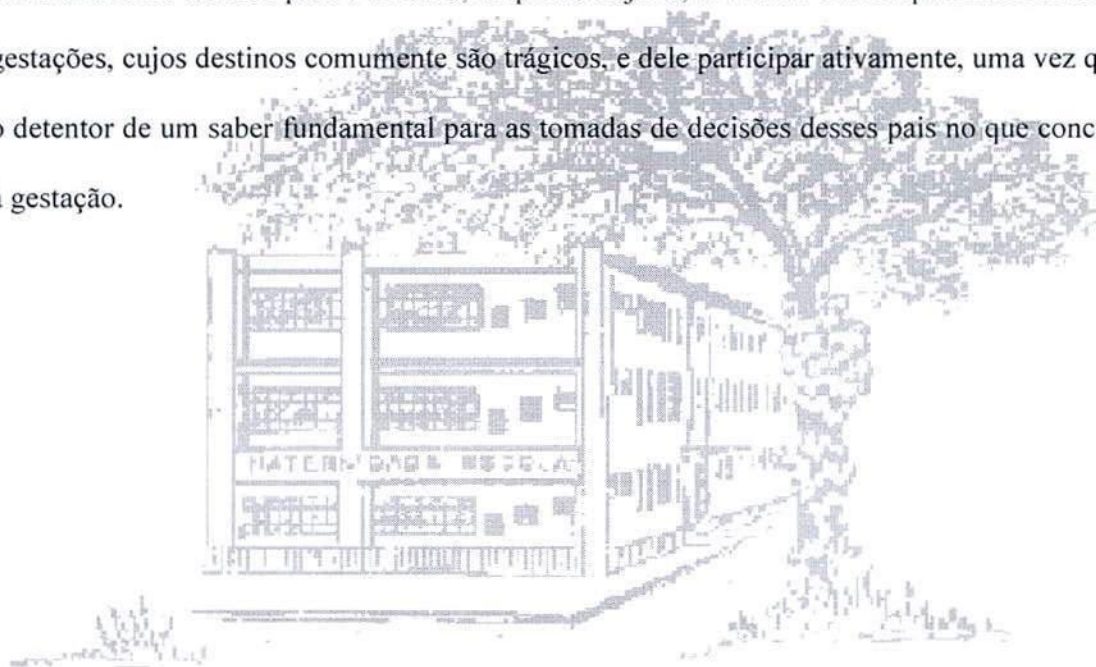
MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



da realização do trabalho em equipe, tanto em sua dimensão de atuação interdisciplinar junto ao usuário, quanto de construção de espaço de suporte entre os profissionais.

Assim, com a descrição do modo como os médicos atuam junto às gestantes de risco com malformação fetal¹, esperou-se contribuir para a construção de um conhecimento mais claro acerca de como é para o médico, enquanto sujeito, vivenciar o acompanhamento dessas gestações, cujos destinos comumente são trágicos, e dele participar ativamente, uma vez que é o detentor de um saber fundamental para as tomadas de decisões desses pais no que concerne à gestação.



¹ Faz-se necessário ressaltar que, na presente pesquisa, o termo “malformação” será empregado para aludir às doenças físicas do bebê, tanto estruturais quanto associadas a uma alteração cromossômica, ou seja, sem realizar distinção quanto à origem da malformação, apesar de haver na área médica (NUSSBAUM, MCINNES e WILLARD, 2002; ZUGAIB, 2004 *apud* GOMES e PICCININI, 2010) diferenciação entre os termos “malformação” (que se refere a patologias estruturais), “anomalias” e “síndromes” (que envolvem alterações cromossômicas). Convencionou-se isso tendo em vista que esta pesquisa está interessada nas repercussões psicológicas destas malformações para o médico que as acompanha em suas atividades profissionais.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



2. MARCO TEÓRICO

2.1. O lugar de médico

Michael Balint, médico clínico geral e psicanalista, desenvolveu importante estudo sobre a relação médico-paciente e, de acordo com ele, entendeu que o médico exerce o que chamou de “função apostólica”, que conceituou da seguinte maneira: “a missão ou função apostólica significa em primeiro lugar que todo médico tem uma vaga, mas quase inabalável ideia sobre o modo como deve se comportar o paciente quando está doente.” Nega que seu conceito seja explícito nem concreto, mas ressalta o quanto ele é facilmente observável, poderoso e influente sobre “praticamente todos os detalhes do trabalho do médico com o seu paciente” (BALINT, 1988, p. 186).

Com base em seminários com seus colegas médicos, promovidos para a discussão dos casos de pacientes atendidos, incluindo as condutas adotadas e os efeitos com elas alcançados Balint (1988) descreveu, então, os fenômenos que compõem a “função apostólica” como expressões da personalidade de cada médico, sendo, portanto, comum que ele mesmo fosse o último a tomar consciência, durante as discussões nos seminários, de suas próprias particularidades em seu modo de se relacionar com os pacientes. Assim, Balint (1988) acredita que o médico que conduz o caso fica alheio à identificação de suas singularidades, acreditando que a sua atitude é “o único modo possível, natural, ou inteligente de tratar o problema em questão” (BALINT, 1988, p.185).

Logo, Balint (1988) explica porque assim batiza essa postura médica, elucidando: “Era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes deviam e não deviam esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



todos os incrédulos e ignorantes entre seus pacientes” (BALINT, 1988, p. 186). Assim, conclui que o fator determinante quase absoluto na escolha do médico sobre que resposta dar à demanda do paciente é sua personalidade, cujo emprego gera como efeito, frequentemente, a indução do paciente à adoção das normas apontadas pelo médico.

Ressalta que toda atitude tomada pelo médico influi permanentemente na sua relação com o paciente, o que pode produzir efeitos terapêuticos. Daí, Balint (1988) enfatiza que se desenha um importante problema: que efeito é esse? Qual seu caráter? Qual é a promessa que essa influência carrega para a melhora ou a piora dos resultados sobre a saúde do paciente? Assim, levando em consideração a presença desses efeitos, Balint (1988) volta especial atenção sobre uma situação da clínica: quando frente ao médico descortina-se o terreno psicológico e, assim, novas e diferentes exigências são feitas sobre esse profissional, não sendo a queixa do paciente passível de ser solucionada a nível biológico. Numa tentativa de perceber o funcionamento psicológico do paciente naquele momento, o médico então precisa estabelecer relações com o mesmo e distinguir diferentes graus de envolvimento pessoal.

No exercício dessa relação médico-paciente, diversas e difíceis questões estão envolvidas, que convocam o médico a examinar sua própria pessoa, revelando, assim, suas próprias ideias e desejos sobre o que se deve fazer em uma situação particular com o paciente. Entretanto, Balint (1988), em crítica à formação médica, aponta como a educação médica tradicional enraíza comportamentos e posturas que evitam essa auto-observação, direcionando o olhar médico apenas para o paciente, o que é sustentado pelas atividades e práticas dos hospitais-escola, que, por sua vez, encontram a aceitação dos alunos.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** **PERINATAL**



Assim, continua o autor (1988), nas ausências do auto-exame e do reconhecimento dos valores psicológicos pela formação médica, o profissional adota com frequência a alternativa de elaboração de suas próprias normas, travestindo-as como as únicas válidas diante daquele que ansia por seus serviços. Dessa forma, a negação a se auto-examinar e o fervor apostólico se inter-relacionam e se reforçam mutuamente.

No entanto, durante os seminários, diversos sentimentos e emoções experimentados pelos médicos aparecem, como culpa, cólera do paciente e até mesmo uma espécie de sensação de ofensa e de humilhação. Então, Balint (1988) percebe como o desenvolvimento da relação médico-paciente reveste-se de grande importância emocional para o médico, havendo, inclusive, uma dificuldade de distanciamento do profissional do sujeito que ali é paciente. Tal envolvimento pode, segundo ele, estar na raiz desse funcionamento de negação de seu auto-exame.

Outro aspecto que aí aparece como parte do funcionamento do médico (da função apostólica) e que também escapa ao seu auto-exame é “a necessidade que o médico sente de provar ao paciente, ao mundo inteiro e sobretudo a si mesmo, que é bom médico”, incluindo nesse conceito virtudes como a bondade, a dignidade de confiança e a capacidade de ajudar (BALINT, 1988, p. 199). Em autojulgamento, o médico e psicanalista (1988) chama a atenção para o quanto essa imagem é idealizada, afinal médicos também são dotados de temperamentos e peculiaridades que, por vezes, não lhe permitem ser tão bondosos e compreensivos quanto gostariam, nem tão resolutivos, posto que seus conhecimentos são incompletos e fragmentários. Por vezes, até, simplesmente, há pacientes que não podem ser ajudados.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Apesar desses limites, a maioria dos médicos, especialmente os mais jovens, apresenta forte necessidade de aliviar toda a forma de sofrimento humano, buscando lançar mão de todos os seus recursos e capacidades para tal, como se seguisse a um princípio, observa Balint (1988). No entanto, isso pode ser desastroso, uma vez que, tanto fisicamente quanto psicologicamente, o alívio da dor pode dissimular sintomas e distanciar médico e paciente da causa do sofrimento, dificultando uma possível terapia.

Com isso, Balint (1988) lança em seu seminário a questão: “Conforto ou apoio para quem?” (BALINT, 1988, p. 200). Se é difícil para o médico suportar a ideia de que não é capaz, naquele momento, de ajudar e, em consequência, administra o reconforto (tranquilizando o paciente pela fala ou por remédios ou qualquer atitude que responda ou satisfaça à dor endereçada ao profissional), ele o faz para atender sua própria necessidade, obtendo confortamento e apoio. “Que os pacientes se beneficiem disto, é outro assunto.” (BALINT, 1988, p. 200).

Assim, muitas questões se desdobram, como quais são os limites das intervenções do médico para ajudar o paciente, especialmente quando este apresenta dor, sofrimento, desagrado, limitação, restrição, temor e culpa, e como se dá a avaliação desse profissional sobre essa interação. Para respondê-las, não se pode perder de vista que a outra parte dessa relação é também um sujeito, com todos os seus medos, dificuldades e possibilidades. Percebê-lo em suas idiossincrasias é também parâmetro para avaliar essas intervenções e que grau de maturidade se pode exigir do sujeito que está paciente, com que rapidez e em que ponto (BALINT, 1988).



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Nesse exercício da função apostólica, diante das ofertas de demandas que os pacientes lhes dirigem, cada médico devolve uma resposta de uma forma ou de outra, criando, assim, diversos sistemas de padrões de convivência, relação e comportamentos. Balint (1988) destaca algumas posturas recorrentes adotadas pelos médicos, como atitudes bondosas e maternas, que podem gerar no paciente a expectativa por simpatia e ajuda imediata, e, por outro lado, atitudes mais realistas, justas e compreensivas, de caráter mais paternal, que exigem do paciente o controle de seus medos e tolerância do sofrimento.

Entretanto, independente do sistema adotado pelo profissional, quase que invariavelmente, ele responde dando algo ao paciente. Nesse sentido, Balint (1988, p. 214) observa: “Talvez a mais ingrata experiência de um médico seja ver-se impossibilitado de dar uma solução “racional”.” (BALINT, 1988, p. 214). Até porque essa atitude, a de dar, tem outro aspecto: o de se eximir de culpa ou responsabilidade sobre a melhora do paciente, uma vez que se está convencido de que o que se deu é bom.

No entanto, o zelo apostólico não encerra em si uma atitude negativa, mas “uma droga de grande poder, e de notáveis possibilidades” (BALINT, 1988, p. 193). Assim, acerca dessa relação construída entre médico e paciente, Balint (1988, p. 216) coloca: “Não se trata de amor nem de respeito mútuo, nem de identificação recíproca, nem de amizade, embora contribuam a formá-la elementos de tudo isto. Denominamos – na falta de melhor expressão – uma “companhia de investimento mútuo”.”.

Então, reconhece que médico e paciente investem um no outro um capital muito valioso, produto do trabalho que ambas essas partes fazem para conquistar a confiança da outra e convertê-la ao seu próprio credo, alcançando uma espécie de fidelidade. Vive-se uma



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



constante mútua influência, que inclui tanto uma mútua satisfação quanto uma mútua frustração.

2.2. E quando é ocupado frente ao sofrimento constante

Em trabalho desenvolvido para o *Projeto de Atenção ao Vínculo e Qualificação da Comunicação em Situações Difíceis do Tratamento Oncológico*, realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), médicos foram reunidos em grupos de trabalho para discussões relacionadas a esse tema. Lugarinho e Rosario (2010) apontam para como as expressões que emergiram nos discursos desses médicos participantes revelam a ideia de que as atividades ligadas ao trabalho, dependendo das circunstâncias, apresentam o potencial de produzir tensões e, com isso, sofrimento, podendo este, de acordo com o seu grau e com a presença ou ausência de suporte, levar ao adoecimento.

Lugarinho e Rosário (2010, p. 37) também percebem como a ocupação cotidiana do lugar de “testemunhas e cuidadores do sofrimento alheio” por esses médicos, em função de suas práticas, traz uma sobrecarga física e emocional com o potencial de provocar efeitos desgastantes sobre seu bem estar, dentre estes o estresse. Essa sobrecarga ainda pode ser agravada pela dificuldade encontrada por esses profissionais em falar sobre as experiências difíceis vividas no trabalho, seja trocando-as com colegas, seja dividindo-as com amigos ou familiares. Assim, aumenta-se a sensação de isolamento e frustração.

Em concordância, Penello e Magalhães (2010), outras autoras que atuaram no projeto mencionado, também detectam essa dificuldade em falar de doenças graves e morte, apontando como foi difícil nos grupos focar no tema da transmissão de más notícias. Como experiência peculiar que é, fez sentir que se estava adentrando em um



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

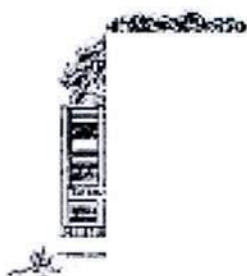


território tabu, uma região de silêncio, plena de intensas vivências, acumuladas na vida cotidiana do hospital, na relação com os pacientes e seus familiares, mas das quais muito pouco se fala nos espaços de discussão e intercâmbio profissional instituídos. São vivências mantidas no âmbito privado, que quiçá povoem os pesadelos ou as noites insones dos profissionais, mas que raramente são compartilhadas em espaços institucionais, restringindo-se, via de regra, a confidências com amigos mais próximos ou alguns “desabafos no cafezinho”. (PENELLO e MAGALHÃES, 2010, p. 30 e 31).

As próprias autoras, Penello e Magalhães (2010), associam essas vivências silenciadas às analisadas por Walter Benjamin (1987) em seu ensaio “Experiência e Pobreza”, voltado para como a linguagem é atravessada pela experiência. Nele, observa como os combatentes da Primeira Guerra Mundial voltaram silenciosos e empobrecidos de experiências comunicáveis dos campos de batalha. Concomitantemente, houve um empobrecimento literário e da transmissão oral de experiências e histórias, decorrente da própria ênfase generalizada nas experiências da época, que Benjamin (1987) chama de radicalmente desmoralizadas. Eram os frutos do grande trauma que foi a guerra e seus processos massivos de destruição e morte.

Assim, aquilo que é vivido como traumático permanece isolado e não incorporado à memória individual e coletiva, a menos que possa ser narrado e compartilhado, desencadeando processos de elaboração e de integração a espaços sociais, onde poderão se abrir para novas possibilidades de sentido. Para que essa narração ocorra, segundo Proust, interpretado por Benjamin (1989), é necessário se deparar com um objeto que possibilite ao indivíduo se apossar de sua própria experiência. Assim, segundo ele, as inquietações de nossa vida interior não têm, por natureza, caráter irremediavelmente privado, sendo este apenas adquirido depois que são reduzidas as chances dos fatos exteriores se integrarem à nossa experiência.

Benjamin (1989) discorre ainda acerca da ocorrência dessa redução com as sociedades industrializadas. Aponta como um indício da mesma a constituição dos jornais em atores que



isolam os acontecimentos do âmbito onde possam afetar a experiência do leitor. Com isso, na rivalidade histórica das diversas formas de comunicação, a substituição da antiga forma narrativa pela informação, e da informação pela sensação, é refletida na crescente atrofia da experiência.

No entanto, Benjamin (1989) vem contribuir para o resgate da importância da narração, uma das formas mais antigas de comunicação, que

não tem a pretensão de transmitir um acontecimento, pura e simplesmente (como a informação o faz); mas integrá-lo à vida do narrador, para passá-lo aos ouvintes como experiência. Nela ficam impressas as marcas do narrador como os vestígios das mãos do oleiro no vaso de argila. (BENJAMIN, 1989, p.107)

Com o surgimento do capitalismo industrial e seus processos de produção em massa e de domínio da tecnologia sobre a vida social, o caráter da experiência socialmente compartilhada e transmitida entre as gerações, característica das sociedades pré-capitalistas, sobretudo as artesanais, foi substituído pela “experiência inóspita, ofuscante da época da industrialização em grande escala”. (BENJAMIN, 1989, p. 105).

Diante do exposto, Penello e Magalhães (2010) apontam que, para que haja a possibilidade de reconstrução da experiência hoje, é necessário convocar a abertura de espaços e formas sociais de comunicação onde a narração – oral ou escrita – tenha lugar próprio e aquilo que se passa internamente no encontro de cada sujeito com as dores do mundo possa ser contado.

Então, as autoras (2010) chamam a atenção para o que nomeiam “extensas zonas de silenciamento”, produzidas pelas ideologias dominantes no campo da saúde, cuja cultura científica rejeita debruçar seu olhar sobre sua contraface: a doença, o envelhecimento e a morte. Tais zonas abrangem os limites dos tratamentos, seus efeitos adversos, a fragilidade da



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



vida e a vulnerabilidade dos profissionais. “Desafiados em suas competências e isolados em suas responsabilidades individuais, os profissionais vivem esses limites com conotações de fracasso e impotência pessoal mantidos, o mais das vezes, no âmbito privado de cada um.” (PENELLO e MAGALHÃES, 2010, p. 31).

Em uma forte metáfora, as autoras (2010) comparam a condenação à morte dos mensageiros que traziam más notícias dos campos de batalha (baixas e derrotas), à época das narrativas de reis e generais à interdição, silenciosamente estabelecida hoje, à comunicação social do que for relacionado à morte. “A expressão “matar o mensageiro” ainda pode traduzir a primeira reação a uma notícia que causa sentimentos de impotência e desespero a quem a recebe.” (PENELLO e MAGALHÃES, 2010, p. 32).

Desse grave mal o médico é mensageiro. Com isso, encontra um grande desafio, se não um de seus maiores: o de como transmitir a destruição sem que ela se apodere totalmente do sujeito. Além disso, tal desafio se transmuta numa obrigação, sendo traduzido pelo famoso protocolo SPIKES (utilizado no ensino de habilidades em transmissão de más notícias, por descrever seis passos para comunicá-las aos pacientes) em uma de suas recomendações: “ser honesto sem destruir as esperanças dos pacientes”.

Lugarinho e Rosário (2010) destacam como o médico receia que se instale uma sensação de mal-estar frente aos colegas de trabalho caso falem sobre esse desafio de sua ocupação, como algo que pode levar à construção da impressão no próprio profissional de que não está preparado para exercer a atividade que é dele esperada, defrontando-se com incertezas o tempo todo, que estão intimamente relacionadas não só com as expectativas que lhe são depositadas pelos pacientes, mas também com a sua própria busca pela cura, possível ou não.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Vê-se, assim, muitas vezes, que esse profissional não está organizado psiquicamente para a iminência da morte, tampouco para a transmissão do diagnóstico de malformação fetal, como sugerem as observações de Gomes (2003), que serão exploradas no tópico posterior, específico sobre a atuação médica na gestação.

Além disso, a presença constante da dor e do sofrimento dos pacientes produz medos, ouvidos nas falas de alguns profissionais nos grupos realizados para o estudo no INCA. Foram medos de virem a viver, um dia, tal sofrimento com alguém querido, de seu próprio círculo de convivência. Esse exemplo demonstra como os profissionais podem estar sensibilizados e identificados aos pacientes adoecidos por acompanharem e testemunharem seu padecimento (LUGARINHO e ROSÁRIO, 2010).

Em diálogo com essa observação, Ramalho e Nogueira-Martins (2007), em sua pesquisa também com profissionais de saúde atuantes na área oncológica sobre a realidade psico-ocupacional dos mesmos, entendem que os profissionais ligados ao trabalho de cuidar encontram o desafio de precisar construir “formas de lidar com o impasse de ter, concomitante ao estabelecimento de vínculos afetivos com os seus pacientes, um distanciamento afetivo que lhes permita cumprir a sua função e, ao mesmo tempo, se proteger” (CODD, 1998 *apud* RAMALHO e NOGUEIRA-MARTINS, 2007, p. 125).

Nesse sentido, Lugarinho e Rosário (2010) observam que “é preciso ter sensibilidade para experimentar e manter o nível de empatia necessário ao atendimento adequado e esperado e, concomitantemente, poder preservar as questões de sua vida pessoal.” (LUGARINHO e ROSÁRIO, 2010, p. 43). Tal afirmação dialoga com o conceito de relativa reserva trazido pelo psicanalista Luís Cláudio Figueiredo (2012), descrito como um posicionamento com o qual se deve aprender a lidar, uma vez que se relaciona com a



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



habilidade de realizar o cuidado com o outro encontrando o equilíbrio entre proximidade e distanciamento das situações vivenciadas, de modo a identificar os limites éticos na relação que se estabelece com os pacientes e familiares.

Então, diante do lugar fundamental que o cuidado ocupa na vida de todo sujeito, Figueiredo (2012) estuda as diferentes dimensões do cuidado com o outro, colocando que ele pode se apresentar tanto como presença implicada quanto como presença em reserva e expondo os benefícios que ambas trazem para a saúde daquele que é cuidado quando exercidas sem excesso.

Parte do papel de agente de cuidados – ocupando esse lugar pais, médicos, enfermeiras, professores e amigos - é exercido enquanto presença implicada, isto é, fazendo, atuando e estando comprometido. Tal postura abarca algumas modalidades de cuidado: acolher, reconhecer e questionar. O acolhimento é possível quando o outro consegue oferecer sustentação para que o sujeito construa sua continuidade (identitária e simbólica, por exemplo) ao longo da vida e continência para que este também possa viver transformações que lhe permitam crescer e se expandir para além de restringir-se a repetições, mas sem que experimente rompimentos excessivos (FIGUEIREDO, 2012).

Já o reconhecimento se dá quando o cuidador consegue prestar atenção e reconhecer seu objeto na sua singularidade e unicidade, prestando-lhe testemunho de quem é e está e, se possível, devolvendo-lhe, tal qual espelho, essa percepção. Por fim, o questionamento envolve interpelar, intimar, reclamar o sujeito, confrontando-lhe com o limite da realidade da existência (o que inclui a morte, a alteridade e a lei), chamando-o à vida, às falas e à ordem (FIGUEIREDO, 2012).



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Figueiredo (2012) analisa como a presença implicada exerce com sucesso seus cuidados, porém faz duas ressalvas. A primeira refere-se aos exageros da implicação, aos excessos nas práticas das funções de cuidado, que podem trazer graves prejuízos ao sujeito. Dentre eles, está a produção de uma dependência diante da atenção e da aprovação alheia, criando um estado de alienação, quando o reconhecimento não é autêntico, mas ilimitado. Com isso, há a instalação de um sujeito com uma autocritica arrasadora, que o limita a ser uma adaptação absoluta às demandas do ambiente, enrijecendo-o e cerceando seu potencial criador, sua criatividade, em resposta às demandas em demasia de um cuidador reclamante e interpelador.

Parece que tais exageros e seus malefícios, observados por Figueiredo (2012), oferecem resposta às interrogações de Balint (1988) quanto aos efeitos da função apostólica, anteriormente expostas, e orientações para a sua busca por qual seria a melhor administração da substância médico, esse importante cuidador.

Já a segunda ressalva volta-se então para a outra posição de cuidador, a presença reservada, uma vez que, para Figueiredo (2012), não basta que o melhor equilíbrio das funções da presença implicada do cuidador seja alcançado. É necessário que ele tenha “a sabedoria de ausentar-se, ou melhor, de manter-se também em *presença reservada*” (FIGUEIREDO, 2012, p. 141).

Assim, o psicanalista (2012) entende ser necessária a capacidade de manter-se, ao mesmo tempo, com presença implicada e presença reservada, reconhecendo que a pura reserva é insuficiente,

entendida como neutralidade, indiferença e silêncio (...). No entanto, seja na análise, seja na vida, e em qualquer experiência de cuidado, são inegáveis os malefícios da implicação pura – os extravios e excessos das funções cuidadoras – mesmo quando, e



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



principalmente quando, são justificados pelas melhores razões humanitárias: salvar, socorrer, curar a todo custo! (FIGUEIREDO, 2012, p. 141).

Isso faz lembrar a preocupação de Balint (1988) com a mencionada necessidade dos médicos de aliviar toda forma de sofrimento humano, o que foi apontada por esse psicanalista já no século passado como algo prejudicial e que fala mais de um conforto para o próprio médico do que para o paciente.

Então, Figueiredo (2012) vem falar que, para se encontrar o “*equilíbrio dinâmico*” entre as três modalidades de cuidados e para que isso se dê de forma espontânea “é necessário que o agente cuidador possa moderar seus fazeres” (FIGUEIREDO, 2012, p. 141). Isso significa, para o autor, desenvolver a capacidade de manter-se em reserva e desapegar-se, que, na prática, é deixar o objeto de cuidado ser e não cuidar, o que, por sua vez, transforma-se numa maneira sutil e eficaz de cuidado, não só com o objeto, mas também com o próprio cuidador, como uma mãe que se permite dedicar-se a seus próprios interesses e afazeres, enquanto o filho brinca sozinho.

Nesta posição, o cuidador exerce a renúncia à sua própria onipotência - que remete à imagem idealizada que o médico constrói de si mesmo a que Balint (1988) faz referência - e à aceitação de sua própria dependência – do outro que está sob seus cuidados, afinal, sem ele, não haveria cuidador. Vale dizer: ele consegue pôr limites à sua própria “loucura”. Trata-se, enfim, de renunciar às fantasias reparadoras maníacas: é preciso saber cuidar do outro, mas também cuidar de si e... deixar-se cuidar pelos outros, pois a mutualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser exercitado e transmitido. (FIGUEIREDO, 2012, p. 141).

Assim, Figueiredo (2012) vem afirmar a humanidade do agente cuidador, colocando que ele nem sabe tudo, nem tudo pode, sendo dotado de finitude e limites, condição cujo reconhecimento, segundo o psicanalista (2012), propicia maior sensibilidade no cuidar para com o seu objeto, dificultando o exercício tirânico dos cuidados.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Figueiredo (2012), com isso, também quer falar do quanto é benéfico que o cuidador experimente, em algum nível, modéstia e aceitação do acaso como parte significativa dos processos humanos, uma vez que, ao dispor “de confiança e fé nos outros e nas potências da vida” (FIGUEIREDO, 2012, p. 142), liberta-se dos eixos de cuidados que, marcados pelo excesso de implicação, despontualizam, desqualificam e aprisionam seus objetos (sejam eles bebês, alunos, pacientes, ou outros).

O excesso de presença implicada pode estar na origem do que Figueiredo (2012) chama de perversão do cuidado, quando o cuidador encontra prazer no controle absoluto do outro, reduzindo a posição daquele que é cuidado à de mero objeto e de passividade. Assim, em vez de produzir saúde e sujeitos capazes de cuidarem de si e de outros, as atividades patológicas desses agentes produzem sujeitos propensos a se manterem na dependência de seus cuidados e maus-tratos, posto que sua própria alteridade é ignorada e até destruída nessas relações, que tendem a ser repetidas nas vidas desses que estão na posição de objetos. Assim, o psicanalista reitera que apenas quando o cuidar está “em profundo contato com o *prazer de criar*”, respeitando a necessidade de se por em presença reservada por vezes, que o agente de cuidados se distanciará dessa destrutiva realidade.

Nos grupos, Lugarinho e Rosário (2010) observaram que havia casos em que os profissionais apresentavam um alto índice de implicação afetiva. Destacam que isso, por outro lado, pode gerar um efeito oposto, de distanciamento e impessoalidade no atendimento, como forma de defesa contra as angústias decorrentes do excesso de implicação. Surgiu, por vezes, o questionamento acerca de qual a melhor forma de agir, da impessoalidade ou da aproximação, como uma cola, do sofrimento, que foi respondido com a busca de construção



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



de um caminho alternativo, que possibilite o acolhimento sem criar uma simbiose no sofrimento.

Acerca dessa possibilidade de desenvolver uma relação de profunda e intensa aproximação do paciente ou da família, essas autoras apontam para como a “responsabilidade, às vezes, pode se tornar responsabilização, ou seja, trazer para si a responsabilidade pelo sucesso ou pelo fracasso de determinado procedimento” (LUGARINHO e ROSÁRIO, 2010, p. 43), ilustrando com depoimentos em que o profissional se questionava se fez tudo o que podia ser feito. Elas também destacam como não é raro o aparecimento de sentimentos de culpa pelo insucesso do tratamento.

Segundo o reconhecido psicanalista e psiquiatra, Christophe Déjours, “Não há ‘trabalho vivo’ sem sofrimento, sem afeto, sem envolvimento pessoal. É o sofrimento que mobiliza a inteligência e guia a intuição no trabalho, que permite chegar à solução que se procura”. Lugarinho e Rosário (2010) interpretam essas palavras como o reconhecimento de duas faces do sofrimento no trabalho, aquela em que ele pode ser vivido como fonte de adoecimento e a em que pode se configurar como fonte de superação. “Reconhecer que o sofrimento existe sem procurar negá-lo defensivamente faz com que se possa lidar com ele para transformá-lo.” (LUGARINHO e ROSÁRIO, 2010, p. 44).

Então, as autoras (2010) novamente propõem o espaço dos grupos como um recurso para a superação da aparente indiferença que circula nas relações entre colegas quando estão se sentindo sozinhos. Isso porque destacam que a interdisciplinaridade permitiu perceber e compartilhar a sensação de solidão e a atribuição a si mesmo da única responsabilidade pelos resultados do tratamento ou de um dado procedimento, tendo como efeito a diminuição da angústia decorrente da vivência de isolamento na atuação cotidiana.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



2.2.1. Frente à ansiedade da “anormalidade” fetal

As preocupações das gestantes acerca da saúde fetal não são uma novidade, como bem afirma Chazan (2007), mas sofreram alterações desde a consolidação da obstetrícia como profissão e a medicalização da gestação, em princípios do século XX até hoje. Nessa trajetória, não só novas tecnologias voltadas para o interior do corpo surgiram, bem como mudanças sociais associadas a elas, que dizem respeito às novas configurações sociais de visibilidade e das relações de poder, que dialogam com essas preocupações.

Uma mudança a ser observada é a abertura que a tecnologia propiciou à visualização e ao acesso à vida intrauterina, especialmente com o surgimento e a difusão da ultrassonografia, que ocupa o lugar de responsável por sanar inúmeras dúvidas sobre o feto. Isso trouxe como consequência permitir que se tome conhecimento da existência de uma anomalia antes do parto, o que, segundo a autora, possibilitou “dissolver” ansiedades a respeito da normalidade fetal antes do nascimento. Porém, contribuiu também para que a pressão social sobre o escrutínio e a monitoração precoces da gestação aumentasse enormemente, exigindo que essa atividade se dê da forma mais próxima e tecnológica possível (CHAZAN, 2007, p. 136).

Para seguir com os estudos de Chazan (2007) acerca das ultrassonografias, cabe resgatar e ter em mente as análises de Balint (1988) sobre a relação médico-paciente, uma vez que é possível entender que a influência mútua entre esses atores também se dá durante os momentos do acompanhamento médico de uma gestação, incluindo aqueles com a presença da ultrassonografia. É plausível pensar que o modo como a gestante e seu companheiro vão lidar com a gravidez é atravessado por essa relação e pelo credo apostólico do médico obstetra, da mesma forma que a posição do paciente em relação à sua doença o é.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Então, Chazan (2007) analisa como o médico obstetra ou ultrassonografista tem o poder de produzir verdades sobre o feto e a gestação, especialmente a partir das imagens fetais,

na medida em que a subjetivação e a medicalização da gravidez encontram-se profundamente imbricadas com elementos discursivos e tecnológicos. Esses elementos repercutem de maneiras diferentes e se complementam no que diz respeito à reconfiguração de vivências da gravidez (CHAZAN, 2007, p. 116).

Tal observação confirma o que Balint (1988) coloca acerca da influência que o discurso médico exerce sobre o paciente e a relação que ele estabelece com sua situação clínica, como a gestação. Assim, em concordância, Chazan (2007) aponta para a produção de verdades pelos médicos a partir das imagens de ultrassonografia do feto e as categoriza em verdades médicas e verdades “não-médicas”. As primeiras dizem respeito às verdades relacionadas ao diagnóstico médico, ou seja, ao estado de saúde da gestante, da gestação e do feto. Já as “não-médicas” são aquelas que dizem respeito tanto à reconfiguração da subjetividade materna quanto ao processo de subjetivação fetal.

Assim, a partir das sensações maternas despertadas pela visualidade, novos e diferentes significados para as mesmas são tecidos, contribuindo para a ressignificação da maternidade para a gestante, enquanto vai se desenvolvendo também a construção social do feto como pessoa, por meio dos discursos dos atores envolvidos, médicos, gestantes e acompanhantes, que se co-afetam (CHAZAN, 2007).

Dentro desse processo de construção de verdades, Chazan (2007) atenta para quando elas são dolorosas, por serem portadoras de uma má notícia acerca da saúde fetal. Observou então como os médicos transmitem essas notícias difíceis e percebeu que não há um consenso entre os ultrassonografistas acerca de como apresenta-las às gestantes, pontuando que não há



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



nenhum protocolo a respeito que seja recomendado pela Sociedade Brasileira de Ultra-som. Conclui então, reforçando as argumentações de Balint (1988), apresentadas anteriormente, acerca da função apostólica, que as atitudes tomadas pelos médicos ultrassonografistas nesse contexto “dependem exclusivamente de decisões pessoais dos profissionais, calcadas em seus valores, sensibilidades e crenças” (CHAZAN, 2007, p. 136).

Nesse difícil contexto do diagnóstico de malformação fetal, muito se escreve sobre as vivências psicológicas da mãe e, por vezes, do pai que a vivem, tratando das angústias e dos desafios enfrentados por eles (GOMES, A. G. e PICCININI, C. A., 2010, VASCONCELOS, L. e PETEAN, E. B. L., 2009, RAPHAEL-LEFF, J., 1997, entre outros).

Num breve comentário, pode-se dizer que comumente instaura-se, com esse diagnóstico, um ambiente tenso, de angústia, medo, ansiedade e, não raro, desejo de que o provocador disso tudo seja logo eliminado, como afirmam Sousa, L. e Pereira, M G. (2009). Diante de situações graves, a interrupção da gestação é uma alternativa desejada (MENAHEM e GRIMAWADE, 2003; ZLOTOGORA, 2002 *apud* SOUSA, L. e PEREIRA, M G., 2009) que implica uma decisão complexa e de consequências imprevisíveis, uma vez que se está diante da perda tanto do bebê imaginário quanto do bebê real, ou seja, tanto das representações construídas pelos pais sobre o bebê quanto dele mesmo, conforme apontam Sousa, L. e Pereira, M G. (2009).

Segundo Benute (2005), ao ponderar se é melhor interromper ou não a gestação, o casal começa um processo de revisão de valores morais e culturais, podendo se encontrar com o luto acima mencionado. A autora ressalta a importância de essa escolha ser feita de modo consciente, uma vez que a tomada de decisão de maneira instintiva pode provocar ainda mais sofrimento, dando espaço para o sentimento de culpa futuramente. “A escolha feita a partir da



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** **PERINATAL**



crença na indicação médica também acarreta, mais tarde, reflexão e arrependimento. O que parece aliviar, em certo momento, pode prorrogar o sofrimento. A culpa não termina, a gestação sim” (BENUTE, 2005, p. 152).

Assim, retomando esse momento da comunicação do diagnóstico da malformação pelo médico, Sousa e Pereira (2010) encontraram em sua pesquisa que a percepção da gravidade da malformação pelas mulheres esteve relacionada com a informação recebida ao longo do processo de diagnóstico pelo médico, representando um fator decisivo para a tomada da decisão de interrupção da gestação ou não, legalmente permitida no país em que o estudo foi feito (Portugal). Assim, a informação fornecida pelo médico foi identificada como muito importante para a compreensão do diagnóstico, da gravidade da anomalia e da percepção subjetiva do risco.

Sousa e Pereira (2010) apontam ainda o destaque que as mulheres gestantes, no seu discurso, frequentemente deram para o aconselhamento da equipe médica no processo de tomada de decisão quanto ao aborto, deixando clara sua influência. A maioria delas procurou validar a sua decisão no discurso dos médicos, que, segundo elas, afirmavam, em grande parte, que quem tomava a decisão era elas, mas indicavam que a melhor coisa a fazer era abortar porque o bebê não se desenvolveria normalmente.

O que tem o poder de minimizar o sofrimento é a escolha consciente do parece ser a opção mais adequada para o casal ou para a mulher, por meio do trabalho de reflexão e de revisão de seus valores e crenças. Por isso, há a importância de se haver um acompanhamento psicológico que propicie esse processo de conscientização e, conseqüentemente, evite uma atitude mais impulsiva, comumente movida pelo desejo de se afastar definitivamente o problema (BENUTE, 2005).



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Como bem observa Benute (2005), o acompanhamento psicológico pode parecer provocador de maior sofrimento, pois convoca o sujeito a olhar e enfrentar a realidade (tão dolorosa e conflituosa nesse momento em que se gera vida e morte ao mesmo tempo, algo tão difícil de se conceber e assimilar), a entrar em contato com e a expor o que sente, retomando, por vezes, angústias do passado que emergem. Há uma diminuição dos mecanismos de defesa e o maior contato com a perda. No entanto, aos poucos, isso pode promover alívio e maior sensação de segurança, propiciando a elaboração do luto, seja após o fim da gestação ou a sua interrupção.

Portanto, o sofrimento não pode, nem deve, ser evitado, mas expresso, para maior conscientização e, com isso, realização de uma escolha mais adequada para aquele sujeito, permitindo a elaboração gradual do luto e a diminuição do sofrimento, contrariando o caminho forçado e impossível do esquecimento de tudo (BENUTE, 2005).

Tal problema se complica ao saber que, segundo Balint (1988) algumas pessoas têm maior dificuldade para suportar o aumento de suas responsabilidades ou apreensões, encontrando como estratégia esquivar-se da situação geradora de tensão para submeter-se à dependência de uma autoridade, e que os médicos em geral buscam exercê-la para educar seus pacientes a fim de que adotem uma atitude mais madura e responsável frente ao seu quadro clínico.

Assim, segundo os achados dessas autoras (2010), ficou evidente o poder que direta ou indiretamente o médico pode exercer na tomada de decisão, uma vez que o fato de o médico considerar a decisão de interromper como a mais adequada foi muito valorizado pelas mulheres entrevistadas. Para a maioria das mães que optaram pela interrupção, a aprovação da



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



decisão tomada pelo médico foi importante, não deixando, contudo, de assumir que foi uma decisão de casal.

Gomes (2003), já em sua pesquisa também com gestantes que receberam diagnóstico de malformação fetal, encontra outro discurso adotado por essas mulheres em relação aos médicos, como indicado anteriormente. As participantes queixaram-se da demora do médico em comunicar a elas alguma explicação sobre o que estava acontecendo durante o exame ultrassonográfico, uma vez que sua atitude de convocar outro(s) médico(s) para discutir em termos técnicos estranhos e incompreensíveis para elas já era indicativa de que algo incomum estava tomando espaço.

Gomes (2003) ressalta a importância do cuidado médico em se discutir o diagnóstico com colegas para que algo mais assertivo e seguro seja transmitido à paciente. No entanto, a atitude que a princípio parece protetiva da gestante, de não dizer nada, na realidade contribui para maior intranquilidade, preocupação e estado de tensão. O silêncio ou o vocabulário técnico, que aparentemente esconderiam dela o mal suspeito, na verdade denunciam algo estranho. “Portanto, fazer de conta que nada está acontecendo pode ser mais perturbador do que anunciar que algo não está como o esperado” (GOMES, 2003, p. 156).

Assim, a autora sugere que haja um diálogo mínimo dirigido à gestante, nem que seja para explicar que a participação do colega na avaliação é chamada porque algo diferente pode estar acontecendo. Isso propicia à gestante certo conforto para passar por esse momento tão difícil, ao ver que está sendo incluída como personagem principal dessa cena e cuidada por uma equipe que se esmera pela identificação de seu quadro clínico e sua saúde (GOMES, 2003).



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Para além da crítica, que busca ser construtiva da autora (2003), é possível identificar nessa queixa das gestantes a dificuldade que o outro lado dessa relação, o médico, muitas vezes encontra para sustentar sozinho a descoberta daquele fato assustador e sua transmissão à paciente, vendo-se, por vezes, despreperado e até desamparado para essa tarefa, como já desenvolvido aqui.

Nesse sentido, Chazan (2007) entende que o processo de subjetivação durante a ultrassonografia não se dá “de cima para baixo” nem de forma impositiva da tecnologia sobre a gravidez. Coloca esse processo de apropriação e interpretação criativa das imagens como algo dinâmico, que tem o poder de converter as mesmas em algo distinto do que realmente é: a presença real de uma pessoa, do bebê.

Assim, num movimento de monitoramento e vigilância da saúde, em nossa contemporânea cultura de risco, é consolidada a produção de verdades medicalizantes sobre a gestação e sobre o feto, que atribui significados inusitados e imagináveis às imagens cinzentas da tecnologia, transmutando-a em um sujeito sobre quem se deposita percepções (CHAZAN, 2007).

Assim, conforme feito, apenas inferências podem ser trazidas aqui acerca da vivência dessa clínica para os médicos, uma vez que não foi localizado na literatura trabalhos sobre como eles se encontram nesse contexto, como isso os afeta, que estratégias usam para conduzir os casos e enfrentar pessoalmente a dor ali presente, com que suportes contam ou procuram, o que pensam e sentem sobre tudo isso.

É possível encontrar poucas pesquisas que abordam o que os médicos pensam sobre e como lidam com o aborto (DARZÉ e AZEVEDO, 2014; SOARES, G. S., 2003), inclusive questionando se é ético dar o diagnóstico pré-natal de anomalia congênita sem oferecer a



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



possibilidade de interrupção à mulher (BALLANTYNE, A. *et al.*, 2009). Também há pesquisas sobre o impacto social da difusão de diagnósticos pré-natais a partir da ampliação do uso da tecnologia de ultrassonografia em casos de malformação fetal, especialmente sobre o enfrentamento do mesmo, e sua relação com a possibilidade ou não de interrupção da gestação e com a humanização ou não desse feto (NOVAES, H. M., 2000; MIRLESSE, V. e VILLE, I., 2013). Ambas, nesse caso, são acessíveis apenas mediante compra.

Por outro lado, há já algum espaço na literatura científica para estudos sobre a relação médico-paciente em oncologia e na atenção básica, analisando os medos, as angústias e os desafios e habilidades comunicacionais dos profissionais (SILVA, C. M. G. C. H., *et al.*, 2011), e sobre a formação médica, incluindo análise sobre o ensino da comunicação nessa graduação (ROSSI, P. S. e BATISTA, N. A., 2006).

Entretanto, não há o estudo específico do acompanhamento médico da vivência de dúvida e angústia dos pais que recebem o diagnóstico de malformação fetal e podem vir a desejar o aborto. Tal acompanhamento pelos médicos se dá em profunda relação com esse enfrentamento vivido pelos pais, visto que a atitude profissional configura como um dos fatores que influenciam a reação emocional dos pais à perda (ANTUNES e PATROCÍNIO, 2007). Entretanto, a outra via dessa relação também merece ganhar visibilidade.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



2.3. Como ocupá-lo com e pela saúde?

Lugarinho e Rosário (2010), nesse projeto, concluíram pela importância de esses profissionais cuidadores manterem a integridade de sua própria saúde para que possam estar em condições de oferecer os seus serviços aos pacientes e de realizá-los satisfatoriamente. Com isso, formularam, dentre outros, os seguintes questionamentos, em razão de buscarem estratégias que auxiliem na resposta às demandas endereçadas pelos profissionais no projeto: “Como transformar a tática defensiva do silenciamento imposto pelo enfrentamento solitário de situações complexas no cotidiano do espaço laborativo?” e “Como é possível elaborar proposições para esses problemas e construir novos posicionamentos para lidar com essas questões?” (LUGARINHO e ROSÁRIO, 2010, p. 39).

Vão além em suas conclusões, apontando a exigência imposta pela realidade cotidiana desse trabalho de que o profissional não só tenha um preparo técnico e operacional mas também psíquico para administrar a sobrecarga emocional gerada pela prática de sua atividade, se tornando esse último especialmente importante quando se lida diariamente com o sofrimento alheio.

Com isso, apontam como estratégia para a viabilização de recursos que contribuam para a saúde desses profissionais a reflexão em grupo, não só porque entendem que os mesmos, ao serem pensados para a melhoria do serviço e suas soluções, o devem ser feitos pelo coletivo, mas também porque esta traz a possibilidade de compartilhar experiências e construir percepções com aqueles que lhe são semelhantes. Observam, além disso, que “encontrar soluções em conjunto diminui o sofrimento solitário e aumenta a confiança e a capacidade de resiliência nesse campo de atuação e também diante da vida” (LUGARINHO e ROSÁRIO, 2010, p. 40).



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Cabe lembrar, nesse momento, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, de 2004, que tem como objetivo “reduzir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área da saúde”, sendo que estas incluem “A atenção integral à saúde; a articulação intra e intersetorial; a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador; o apoio a estudos e pesquisas; a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão das ações.” (BRASIL, 2004).

Sobre o efeito terapêutico dos grupos, Lugarinho e Rosário (2010) destacam que ele é possível resultado da oportunidade que este espaço apresenta de expressar a angústia produzida pelo constante contato com a dor e o sofrimento dos pacientes. Em concordância, Penello e Magalhães (2010) apontam, por exemplo, como o trabalho dos grupos se apresenta como precioso espaço de elaboração e ressignificação da morte, algo tão presente e tão difícil de ser experimentado em todas as suas dimensões, como visto anteriormente. A partir da experiência com os grupos desse projeto, encontram a sugestão pelo cultivo “da esperança na qualidade de vida, na possibilidade de compartilhar os momentos mais difíceis, na coragem testemunhada pelos pacientes, no cuidado e na delicadeza exercida perante a dor do outro e a sua própria.” (PENELLO e MAGALHÃES, 2010, p. 32).

Além disso, Lugarinho e Rosário (2010) concluem que as discussões propiciadas pelos grupos puderam estabelecer uma reflexão coletiva sobre os processos de trabalho e as relações de poder aí envolvidas. Consideram a democratização da gestão via administração compartilhada do cuidado como benéfica inclusive para a saúde das pessoas e, com isso, defendem que os trabalhos para a saúde dos profissionais devem insistir no enfoque interdisciplinar e na construção de ações coletivas.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Com isso, as autoras (2010) ressaltam como fundamental responder ao discurso de demanda para que sejam cuidados, apresentado pelos profissionais como um pedido de relativa dependência, com a implicação dos mesmos em sua própria busca de cuidados para si, de modo que possam exercitar o processo de descoberta e conhecimento de sua própria potência e autonomia.

Assim, além do necessário suporte institucional a ser oferecido, é essencial instiga-los a praticar o desvendamento de suas potencialidades, por meio do olhar para si, que pode focar, por exemplo, aquilo que os move nessa ocupação. “Trabalhar junto com eles e não por eles para que possam promover as condições necessárias para a preservação da sua saúde”, naquilo que lhes cabe (LUGARINHO e ROSÁRIO, 2010, p. 45).

Tal exercício a ser praticado por cada profissional é potencializado pelo recurso dos Grupos Balint, que inspirou os grupos realizados no referido projeto conduzido pelo INCA e que, segundo Penello e Magalhães (2010), proporcionou uma base segura à metodologia do mesmo ao fazer funcionar o grupo como uma equipe de pesquisa sobre as relações profissional de saúde-paciente.

As autoras (2010) descrevem o funcionamento desses grupos da seguinte forma (tal como os grupos conduzidos por Balint): os profissionais relatam casos de sua prática clínica atual em que encontraram dificuldades. A partir do relato, todo o grupo assume e compartilha a responsabilidade por sua condução naquele momento, por meio da análise e discussão de possibilidades e recursos alternativos de intervenção. Então, com esse trabalho coletivo e seus produtos, o caso é restituído ao seu responsável, que se obriga a informar o grupo sobre sua continuidade.



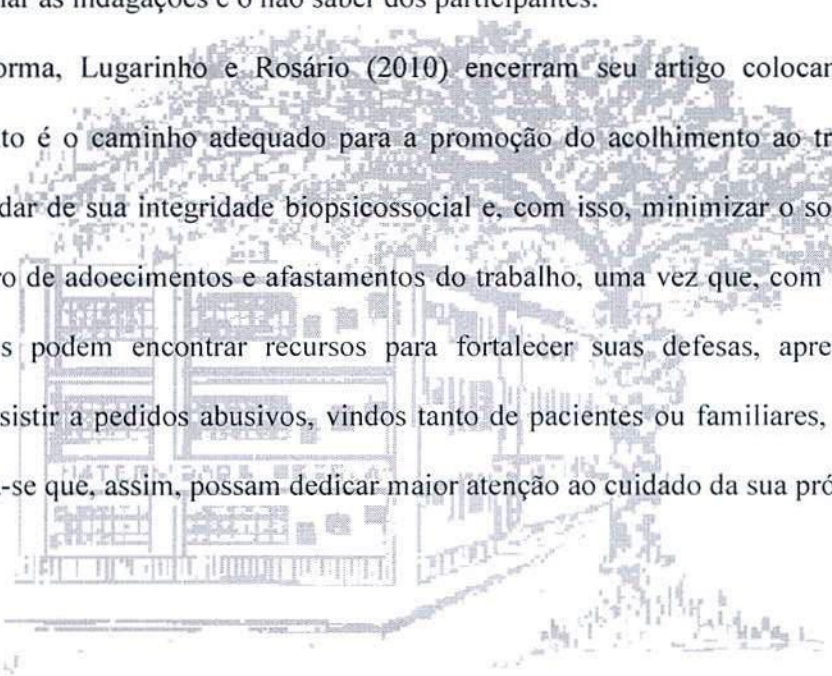
MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Sobre os lugares ocupados pelos participantes nos Grupos Balint, é crucial perceber que o psicanalista se posiciona como facilitador da equipe de pesquisa, não o de detentor de um saber prévio sobre a psicologia e sobre as relações. Isso porque o trabalho de Balint foi o de promover o não saber e o questionamento como propulsores do funcionamento do grupo, evitando tamponar as indagações e o não saber dos participantes.

Dessa forma, Lugarinho e Rosário (2010) encerram seu artigo colocando que o compartilhamento é o caminho adequado para a promoção do acolhimento ao trabalhador, com fins de cuidar de sua integridade biopsicossocial e, com isso, minimizar o sofrimento e reduzir o número de adoecimentos e afastamentos do trabalho, uma vez que, com essa troca, os trabalhadores podem encontrar recursos para fortalecer suas defesas, aprender a se preservar e a resistir a pedidos abusivos, vindos tanto de pacientes ou familiares, quanto de gestores. Espera-se que, assim, possam dedicar maior atenção ao cuidado da sua própria saúde e bem estar.





MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE ESTUDO

- Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com método descritivo. Para Minayo (2007) as metodologias qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas.

A pesquisa descritiva preocupa-se em identificar e descrever os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2007). Dessa forma, este tipo de pesquisa explica o porquê das coisas através dos resultados oferecidos e, segundo este mesmo autor, pode ser o grande início de um trabalho, posto que a identificação de fatores que determinam um fenômeno são quesitos fundamentais para a gênese de qualquer trabalho científico e se faz necessário que este esteja suficientemente descrito e detalhado.

- Participantes

Os participantes foram seis médicos atuantes, independente do tempo de formação ou de experiência profissional, no Setor de Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ, constituindo uma amostra de conveniência, que obedeceu os seguintes critérios de inclusão: atuar ou já ter atuado propriamente nesse setor ou na realização de exames ultrassonográficos de pacientes encaminhadas a esse setor.

- Local

A pesquisa foi conduzida no Setor de Medicina Fetal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), instituição hospitalar da rede pública



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** **PERINATAL**



com caráter de ensino, que desenvolve programas de residência médica e multiprofissional e é responsável pelo atendimento a gestação de risco, na cidade do Rio de Janeiro.

Pretendia-se também que fosse aplicada no Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fiocruz, que conta com o mesmo setor e também apresenta as características acima descritas para a ME/UFRJ. Entretanto, por ter encontrado obstáculos no sistema virtual brasileiro de cadastro de pesquisas desenvolvidas no país, especificamente localizados na transmissão do projeto entre os Conselhos de Ética em Pesquisa das instituições, não foi possível realizar a pesquisa no IFF, que desempenharia o papel de participante, apesar de o projeto ter sido até avaliado pelo mesmo. O impedimento encontrado no sistema foi levada à CONEP, responsável pelo mesmo, contudo, não seria possível aguardar sua resposta, uma vez que inviabilizaria o cumprimento do prazo estipulado para a pesquisa. Assim, ela foi realizada no Setor de Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ.

Esse setor foi escolhido porque atende como público alvo gestantes que apresentam fatores de risco para a presença de malformação fetal, como idade materna avançada ou alguma indicação constante em exame de pré-natal, como ultrassonografia. Após confirmado o diagnóstico de risco gestacional, o pré-natal passa a ser realizado nesse setor por um médico, que esclarece a gestante sobre a presença do(s) fator(es) de risco e as consequências para sua saúde e a do bebê, informando sobre os possíveis prognósticos. Além disso, ela é informada sobre os exames investigativos para diagnóstico fetal que deverá fazer e quais são seus riscos para a gestação.

Dessa forma, tal setor é cenário em que o médico está imbuído de grande responsabilidade tanto em relação à prestação de informações cruciais para que a mulher conduza sua gestação, quanto em relação à condução desse pré-natal de risco. Além disso, por



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



se tratar de uma gestação de risco, os médicos lidam com um público emocionalmente sensível, óbitos frequentes, constante sofrimento humano e, conseqüentemente, com todos os efeitos que esse atendimento pode acarretar em sua vida de modo geral, incluindo sua saúde, e na de suas pacientes.

- Instrumento de coleta

Para a coleta de dados junto aos participantes da pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado pela autora especialmente para a pesquisa, contendo nove perguntas abertas (ANEXO I). O roteiro teve como objetivo investigar as vivências pessoais dos médicos no contexto de acompanhamento de gestações com prognóstico reservado, particularmente através da identificação de seus pensamentos, crenças e sentimentos relacionados a esse tipo de atendimento, além das dificuldades, desafios e suportes que encontram para vivenciá-lo.

- Procedimentos

Com base no delineamento proposto, os médicos foram convidados a participar da pesquisa no ambiente da própria instituição, quando lhes eram apresentados os objetivos da pesquisa e solicitada sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO II), elaborado de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAEE n. 752.311, com data de aprovação em 15/08/2014). Em termos de aspectos éticos, a pesquisa foi considerada de risco mínimo devido ao incômodo do participante ao ser abordado para falar sobre sua vivência na atenção à gestação de risco, o que constitui experiência mobilizadora de emoções, angústias e defesas pessoais.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do participante e ocorreram em sala privada, de acordo com a escolha do mesmo. Em momento reservado e tranquilo, as entrevistas foram realizadas individualmente e conduzidas presencialmente pela própria pesquisadora. Todas as entrevistas foram gravadas, utilizando-se um aparelho celular com memória própria, acessível por meio de cabo USB, mediante autorização constante no TCLE assinado pelos participantes.

- Análise e processamento dos dados

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com o método de análise do discurso, proposto por L. Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, cujo objeto é a palavra enquanto aspecto individual e em ato da linguagem, buscando sentidos que estão por trás das palavras e são transmitidos pelas mensagens. O objetivo desse método é alcançar, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que possibilitem depreender conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1988).

No processamento dos dados coletados nas entrevistas, os relatos dos participantes foram analisados em categorias analíticas, ou seja, classificados de acordo com a frequência de ocorrência dos seus elementos de significação, formando categorias ou gavetas significativas, constitutivas da mensagem. As seguintes categorias foram identificadas e usadas para análise do discurso: a) Comunicação do diagnóstico, que engloba a percepção do médico sobre a sua ocupação do lugar de mensageiro de uma notícia ruim; b) Percepção da autoimagem na relação com a paciente, em que aparecem diferentes construções do médico



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



sobre si mesmo e seu papel no contexto do setor da Medicina Fetal; c) Características das interações construídas pelos médicos com as pacientes, que inclui falas sobre como o médico se posiciona e se sente nessa relação; e d) Suporte para exercício profissional, que trata das estratégias encontradas pelos médicos como oferecedoras de suporte para sua atuação nessa área específica da saúde.





MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



4. RESULTADOS

O discurso analisado através da coleta do relato verbal dos 07 participantes foi interpretado com base nas categorias acima descritas e serão apresentados abaixo em termos dos resultados encontrados.

As categorias descritivas

- Comunicação do diagnóstico

Quando indagados sobre qual o momento mais difícil da condução de um pré-natal de gestação com malformação fetal, todos os profissionais apontaram a transmissão do diagnóstico ou de óbito, como exemplificam os relatos abaixo.

Quadro 01: A dificuldade em transmitir uma notícia ruim.

Médicos	Falas
01	<i>"E de informar a paciente, esse é o que dói mesmo, de que um bebê grande está morto, esse é o momento doloroso pra todos, é realmente já o que mais me perturbou, já chorei algumas vezes foi por conta de um neném grande morto na barriga da mãe."</i>
02	<i>"O diagnóstico, sem dúvida, é o momento de dar diagnóstico. (...) agora o momento em que você dá a notícia ruim, tem aquele maior impacto, aquele momento em que a paciente vai mais chorar, é difícil, acho que o momento mais difícil é esse."</i>
03	<i>"Você às vezes dizer que a situação era ruim, e está ficando pior."</i>
04	<i>"Quando você confirma, é um primeiro momento que tem sempre um desconforto, por mais que a paciente tenha informação ou já venha com a informação, você é o cara do final da linha, entendeu? Você é que tá dizendo "olha, tem."."</i>
05	<i>"Sempre o diagnóstico é o mais difícil, é complicado, (...) o momento do diagnóstico é com certeza o mais complicado."</i>
06	<i>"de repente, do nada, você saca uma informação que é um balde de água fria, e aí o tipo de reação é absolutamente variável, então é uma situação bem delicada, no primeiro momento, por isso, porque é um choque, né, a pessoa tá esperando uma alegria e você vem e dá uma, de qualquer forma, você dá uma cortada, por mais delicado que você seja, é uma quebra de linha de pensamento"; "acho que a palavra é: difícil, é: "e agora? Como é que a gente conversa isso?"; "Acho que o início é o momento mais difícil, por conta desse desconhecimento, desse medo, dessa insegurança, essa quebra de sentimento"</i>



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Fonte: Própria autora.

Assim, nesses discursos se evidencia a dificuldade de ocupar o lugar de mensageiro da

má notícia, o que é esperado, uma vez que estar nesta posição significa se incluir num território hostil mais amplo: na relação com o que é inevitável e incontornável na vida, ou seja, com o que é real e de sua ordem, como a morte e o que ela inspira, em oposição ao que é ideal e fantasiado. Aparecem então as dificuldades em lidar com o que é dessa ordem, como nos exemplos abaixo.

Quadro 02: O difícil lugar de mensageiro da notícia ruim.

02	<i>“quando eu comecei [na Medicina Fetal] isso é realmente um baque, é um ambulatório só de patologia. só de notícia ruim praticamente, então realmente é diferente, você começa a lidar muito mais com doença num momento em que todo mundo espera que esteja tudo bem (...) tinha acompanhado o serviço indiretamente, mas quando você fica como responsável, você é que tem que dar a notícia, você é quem tem que conduzir e você tem que explicar tudo, foi mais difícil”</i>
03	<i>“você tem que falar, por pior que seja dar a notícia, alguém tem que falar, né”; “e quando realmente são coisas de prognóstico muito reservado é muito ruim falar, vc... é tirar o tapete, jogar um balde de água fria naquela gestante, naquela família, mas que faz parte da gente dar essa notícia, são ossos do nosso ofício”</i>
04	<i>“Depois de 10 anos mexendo com isso, eu não sei, eu não sei o que aconteceu com a minha cabeça também, eu precisei dar um tempo, era muito sofrimento, era muito sofrimento, (...) quando eu falava que não tinha a cabeça do neném, a pessoa ficava olhando pra mim, ela não entendia, era uma outra realidade, (...) naquela época não tinha nada, era você sentado com fotos e dizendo que ia acontecer depois pra tratar o neném, era muito dolorido, muito dolorido, aí eu fiquei fora uns dois, três anos, meio que parei mesmo de mexer com medicina fetal e foi bom”.</i>
05	<i>“a gente sempre fica mais tocado com o que é mais grave, é incompatível com a vida”; “Tem que ter um portador. Não tem jeito. É melhor ela saber a verdade, do que ela achar que tá tudo uma maravilha”; “Sim. Já [me impactou dar um diagnóstico ruim] sim, igual aqui, quando eu saí daqui eu nunca tinha visto um óbito fetal. Ver um óbito fetal pela primeira vez foi um horror e, mas acontece tanto, com tanta frequência que você vai percebendo que os bebês morrem realmente. Aqui a gente acha que os bebês não morrem, mas os bebês realmente morrem.”</i>
06	<i>“ao mesmo tempo o lado profissional, você tem que falar, tem que explicar, tem que dizer, se é bom, se vai dar tudo certo, se é péssimo, por outro lado, você sente também, é inevitável.”; “Ah, uma palavra pra definir, acho que eu não consigo definir em uma palavra, um sentimento de, uma mistura de sentimentos de ao mesmo tempo de querer ajudar com um pouco de tristeza”</i>

Fonte: Própria autora



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



É interessante ressaltar a fala do médico (4) sobre a dificuldade em transmitir e fazer a pessoa entender a mensagem do diagnóstico, em que diz que se trata de “uma outra realidade” (sic). No contexto dessa fala, parece que, com essas palavras, ele resalta a condição solitária e de poucos recursos que é encontrada ao se desempenhar esse papel, especialmente há 10 anos, quando o acesso a informações pela população era mais restrito. No entanto, pode-se interpretar que, de fato, o sujeito não entendia a mensagem não só por conta da falta de recursos, mas porque se tratava ali, naquele momento, de outra realidade mesmo, que não a do cotidiano, a comumente vivida, mas uma realidade de horror, de algo impensável.

Destacou-se, por outro lado, fala do médico (6) acerca dos momentos mais difíceis do acompanhamento desses pré-natais de risco. Apesar de colocar o momento do início desse acompanhamento, em que é transmitido o diagnóstico, como o mais difícil, ele aponta também o momento do parto como complicado:

“depois vem a hora do parto, por mais que você tenha conversado, explicado, é impossível que a mãe não chegue com, por mais confiante que ela esteja, ela vai chegar um pouco com medo, aí no serviço público a gente tem essa dificuldade, que na hora do parto, quem acompanhou tudo não está lá, numa paciente com tudo bonitinho, tudo correndo bem, não pesa tanto, agora numa mãe que tá sofrendo, que tá com medo, isso certamente pesa, a gente imagina que pese bastante.” (6)

- Percepção da autoimagem na relação com a paciente

O ato de falar sobre a dificuldade de transmitir o diagnóstico trouxe à tona outra questão, que, apesar de relacionada à essa comunicação, aborda outro aspecto da vivência médica: a imagem, construída e aceita pelo médico sobre si mesmo, de profissional que teria o



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



dever de oferecer algo positivo, um bem, àquele que busca seus serviços. Junto ao movimento de manutenção dessa imagem para si mesmo, o médico desenvolve suas cobranças internas.

Quadro 03: A presença da imagem idealizada e a cobrança internas.

01	<i>“mas toda a vez que a gente tem, que eu tenho um desfecho ruim, eu procuro olhar com auto-crítica e penso assim: será que eu fiz, o que que eu posso ter feito de errado pra não ter dado certo? E isso melhora pra frente. Daquela vez ali eu fiz aquele processo, aquele pequeno passo, será que se eu fizesse diferente, poderia ter dado errado? Auto crítica é fundamental o tempo todo. A soberba você tá fadado ao fracasso.”; “Com certeza não tem só vitória pra contar, todos nós temos derrotas, e é mentiroso quem não tenha derrotas, você tem desfechos ruins, a gente não consegue ganhar todas, e mais uma vez isso tá dentro do mecanismo de defesa saber que isso tá no pacote”</i>
05	<i>“A gente se questiona, (...) a gente sempre vai pensar se a gente poderia ter feito alguma coisa diferente. (...) A gente sempre tenta ver o que poderia ter sido feito de me... de diferente, mas se o “se” trabalhasse, “se” muita coisa, entendeu? Mas a gente sempre tenta fazer o melhor pra que a gente não tenha esses desfechos ruins, mas acontece, vez ou outra acontece, e a gente tem que lidar também com essa questão”</i>

Fonte: Própria autora

Assim, no encontro com a inexistência de estratégias curativas e com o empobrecimento de ofertas que aparentemente tenham o poder de apaziguar o sofrimento trazido pela má notícia e seu portador, vê-se claramente a frustração do médico em não poder tratar o mal que anuncia nem contribuir de alguma forma que o diminua, contrariando a imagem idealizada que construiu de si. Adentra-se na ordem do real, do inexorável, no exercício dessa profissão.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 04: A frustração médica de sua imagem idealizada.

03	<p><i>“Apesar de ser o nosso papel, é frustrante, você dizer que não tá bem, mas tem que falar, acho que pior ainda é você não falar”; “é mais frustrante, quando a gente fala e aquilo não vai mudar naquele momento, você só ter que dar aquela notícia ruim é pior do que quando você pode ter descoberto aquilo e pode gerar às vezes uma intervenção que propicia um tratamento precoce ou um desfecho melhor pra aquele caso”</i></p>
05	<p><i>“A gente pensa em ser o mais claro possível, colocando principalmente a repercussão desse diagnóstico na vida e no desenvolvimento do bebê e que não necessariamente ela vai ter uma ajuda por isso, pra o bebê se desenvolver ou pra criança se desenvolver. Acho que a gente dá a notícia sofrendo um pouquinho, porque a gente sabe que isso não vai acontecer, entendeu? Ai isso é meio complicado, na hora de falar, passar o diagnóstico, passar a verdade, (...) deu o diagnóstico e aí? O que eu vou ter depois do diagnóstico? E daqui pra frente? O problema é o daqui pra frente. (...) O sofrendo um pouquinho não é nem pelo fato em si de dar a notícia, mas é de não poder dar o suporte, dou o diagnóstico, mas não dou o tratamento, não consigo ajudar na forma que a paciente espera que a gente vá ajudar, a grande maioria das vezes a gente só vai dar o diagnóstico, e acabou ali”; “Acaba que o que fica difícil é dar a notícia e não ter o que oferecer pra essa mãe. A questão não é nem eu, a questão é que a gente enquanto Estado, país, qualquer coisa, a gente não vai dar suporte pra ninguém, essa é a questão. [Entrevistadora] Mas você sente que pode dar algum suporte pra essas pessoas? [Médico] O único suporte que eu posso dar suporte profissional, e durante as consultas suporte emocional, de resto, além daqui eu não consigo dar mais nada. [E] Mas você acha isso pouco? [M] Enquanto profissional dessa instituição não, que é o máximo que eu posso dar, mas enquanto cidadão a gente poderia dar mais, entendeu? A gente poderia dar um suporte maior, porque senão não faz, porque “senão” não, não faz sentido nenhum, por exemplo, a gente fazer esse ambulatório de translucência nuchal, de fazer, síndrome de Down, por exemplo, tem o diagnóstico? Tem, e aí? Mais nada.”</i></p>
06	<p><i>“e aí a gente, enquanto médico, a gente tem que aprender a tentar lidar com isso, a gente também é humano, né?, e às vezes é difícil, é bem complicado, mas faz parte do nosso trabalho, a gente tem que saber lidar com isso aí, aprender a lidar com isso aí.”; “[E] Na condução, disse que tem cuidado na hora de transmitir o diagnóstico. Sente que na maioria das vezes transmitiu de uma forma com que você se sente bem ou alguma vez sai e pensa “caramba, poderia ter feito de outro jeito!”? [M] Acho que é dessa forma que você falou. Às vezes a gente tem a sensação de que a gente acertou em cheio. O casal sai com uma notícia ruim, mas com o sentimento de que o doutor tá comigo, vai ter ajuda, vamos dar a volta por cima, vamos ver o que dá pra fazer, e às vezes, ou porque não era possível mesmo, não sei, eu não tenho formação nisso, né, a gente aprende na prática, e às vezes a gente tem a sensação que não, que o casal foi embora, que a gente vai continuar, mas que não estão bem, então a gente sente que não deu, por mais que você tenha tentado, não conseguiu, não. [E] Como se sente nesses momentos? [M] Ruim.”</i></p>

Fonte: Própria autora.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Nas falas do médico 06, além de aparecer a dificuldade em participar da condução de pré-natais de risco e a frustração em não poder propiciar sempre um conforto à paciente e seu entorno, percebe-se que esse profissional identifica um conflito. Este pode ser traduzido como um conflito entre a exigência interna do médico (Quadro 03) e a consciência que ele tem sobre seus próprios limites e sua falibilidade enquanto humano, apontando suas frustrações (Quadro 04).

Na construção dessa imagem, desse “sentido” (de que o médico 05 fala no quadro acima) para o profissional e sua atuação, demonstra-se certo trabalho interno de qualificação do seu papel exercido, como na fala abaixo. Nela está presente o que talvez se possa chamar de busca por uma “recuperação da boa imagem/imagem idealizada do médico”.

“você ver que tem e dar o melhor conforto possível, os maiores esclarecimentos possíveis em cima daquilo é bom, eu acho que é bom você saber fazer isso, você saber ver aquilo, no entanto é ruim você ter que dar a notícia ruim, mas eu acho que saber achar onde é que tá o erro, e o que isso pode significar é uma coisa boa, você ter sido preparado pra isso e saber identificar, no entanto é realmente, a gente fica naquele dilema de você dar uma notícia. (3)

Nesse processo exposto por essas falas, fica clara a percepção construída pelo profissional de uma possível expectativa da paciente dirigida a ele.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 05: A contribuição da relação médico-paciente para a manutenção da imagem idealizada do médico.

04	<i>“e esse primeiro impacto é ruim pra ela, muito ruim pra ela, e ruim pro médico também (...) ela espera que num primeiro momento que a gente diga pra ela que não, que tá tudo bem, na hora que a gente confirma uma coisa errada”</i>
05	<i>“Muitas delas eu acho que realmente acreditam que a gente tem como curar sempre, entendeu? Que não vai ser só o diagnóstico, e como ela vai seguir aqui com a gente [a equipe da Medicina Fetal], em algum momento a gente vai dar um jeito e vai melhorar. (...) dentro de toda a gravidade que sempre foi passado, acho que ela [paciente Y] achou que a gente ia resolver e infelizmente... (...) É porque ela põe expectativas em cima..., acaba assim que ela se apega positivamente, “ah, vai resolver minha vida”, só que ela vai colocar expectativa dentro de uma coisa que a gente tem certeza que não vai acontecer.”</i>

Fonte: Própria autora

Em outras falas, evidencia-se até a cobrança interna do profissional.

Algumas exprimem até o que parece ser um constante conflito interno entre essa cobrança e o que parece, por vezes, ser entendido como fracasso, num movimento contra uma possível culpabilização pela frustração e pelo sofrimento.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 06: Sentimento de culpabilização.

01	<i>“quando você planejou fazer uma coisa e ela deu diferente do que você planejava, esse é o desfecho ruim. [E] Como lidar? [M] É a minha derrota. Foi “eu queria que fosse assim e não deu certo.” Eu fiz (...) e o bebê morreu, eu cuidei (...) e os bebês entraram em trabalho de parto e morreram, desfecho ruim. Não dá pra ter 100% de desfechos bons, não é verdade? A gente sabe que não, a gente se prende muito na literatura pra pensar: não, não to fazendo só besteira, não é possível, não, é assim, tem tantos por cento de desfechos ruins. Então não adianta você querer 100% que você não vai conseguir, não ache que você é Deus, porque você não é.”</i>
03	<i>“então dar essa notícia o quanto antes é pra ser bom, não é pra ser uma coisa ruim, porque não muda, você ter visto não é... você foi portador da má notícia, mas não foi você que causou aquele problema, você só tem que ser às vezes um porta-voz.”</i>
04	<i>“mais que você saiba que você não foi culpado de nada, você acha que você, em algum momento, que você falhou, que você poderia ter feito alguma coisa a mais, isso no início era muito duro, ao longo do tempo você vai entendendo que não”</i>
05	<i>“e dentro do possível a gente tenta explicar o inexplicável porque acaba que ainda vira pra gente como se a gente fosse o causador do óbito, mas é ruim, foi bastante ruim, mas aí com o tempo isso acaba que na marra acostuma. (...) A gente pode não ter nada a ver com o caso, mas a acusação da culpa sempre tem.”</i>
06	<i>“Acho que o início é o momento mais difícil, por conta desse desconhecimento, desse medo, dessa insegurança, essa quebra de sentimento, que a pessoa tá numa alegria e você vai e acaba, acaba com tudo de uma certa maneira”; “[E] Alguma vez bate o sentimento de culpa, ou alguma coisa assim? [M] De culpa, alguns momentos, sim. Às vezes você pensa “poxa, eu podia ter feito mais alguma coisa””</i>

Fonte: Própria autora.

Observa-se que essa última fala traz claramente, além da culpa, o encontro, já mencionado, com o real no exercício dessa profissão.

- Características das interações construídas pelos médicos com as pacientes

Nessa relação, fica clara a presença de alguns conflitos internos com os quais o médico se depara, o que é esperado, uma vez que se trata de um cenário cuja origem é essencialmente conflitiva: a eminência da morte acoplada ao surgimento da vida. Pode-se nomear o conflito central como o que se trava entre o movimento de não fugir do horror real e



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



o de não permitir que ele se apodere do sujeito, seja este o médico, seja a paciente, ou qualquer outro personagem envolvido. Um de seus desdobramentos é o desafio do médico de expor o que sabe sem que isso seja destrutivo. É consenso entre os médicos a necessidade de não deixar de expor a realidade para a paciente, entretanto, vê-se a presença marcada de um cuidado, comumente traduzido pela tentativa de dizer o diagnóstico de forma amena e gradual.

Quadro 07: O cuidado com a paciente ao transmitir a notícia ruim – como dizer o impactante sem impactar?

01	<i>“Geralmente não falo a palavra “morte”, “morreu”, porque agride. Ninguém nunca me ensinou isso, mas a gente vive isso. Fala que o coração não tá batendo, que o neném faleceu, alguma coisa assim.”</i>
02	<i>“Explicar a situação, explico quais são as possibilidades, o que a gente pode fazer a partir daí, quais são os riscos de cada situação, de cada escolha, o que vai trazer isso, tento também mostrar, porque às vezes a gente fala uma coisa e o paciente fica com uma esperança grande, “ah não se eu tomar uma decisão, vai acontecer isso”, então tem que ser também... não pode deixar passar muito, começar a imaginar coisa... tem que tentar fechar, explicar o máximo possível cada decisão.”</i>
03	<i>“você já tem que preparar aquela gestante de que não tem... mas é difícil (...) às vezes eu acho até que você nem pode dizer isso de cara, você tem que ir aos pouquinhos falando isso para a paciente para acabar dizendo isso e é uma notícia muito triste que a gente tem que dar (...) tem coisas que ficam piores ainda, e a gente também às vezes não pode anunciar isso no primeiro momento”; “se você começa já a antecipar todos os problemas possíveis, a cabeça dela também pira, você também tem que tentar fazer um passo de cada vez, tentar ir controlando as coisas, equilibrando e deixando os problemas pra quando eles forem aparecendo, também antecipar tudo se você não tem intervenção naquele momento pra fazer é ruim, tentar dar uma compensada, pra ela também não ficar tão estressada e achar que recebeu uma sentença de morte, quer dizer, você tem que mostrar que aquele diagnóstico é reservado, mas tem tratamento, que depois vai ser um neném normal, que tem tudo pra se desenvolver da maneira adequada, conforme as outras crianças, quando é o caso, é importante tentar passar que aquilo não é uma sentença de morte.”</i>
04	<i>“Eu acho que o grande segredo é você não deixar de ser humano, mas também você não pode deixar de ser técnico, então saber falar a dureza sem perder a ternura é que é o segredo, mas isso vem com o tempo, não tem jeito, né”</i>
05	<i>“A função da gente enquanto (...) aí a gente vai tentando na consulta colocar ela</i>



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



ora protagoniza, de modo a tentar impedir que seja tão crua, mas também sua própria frustração, nela presente.

Quadro 08: O movimento médico de reparação do paciente.

03	<i>“a paciente às vezes tem aquela coisa de querer achar um culpado (...) eu tento assim acalantar, dizendo: olha, esses abortos iniciais não são causados por nada que você fez, que você não fez, que brigou, que chateou, no trabalho se aborreceu, levou um tombo, não causa esses abortos iniciais, aí tento falar que esses abortos não são causados por isso, que normalmente vem lá desde quando teve a concepção (...) por isso que o neném não evoluiu da maneira adequada, não foi nada que você fez ou não fez que causou isso, né, daqui a pouco tenta de novo, dá essa orientação, que dentre os desfechos ruins que eu vejo acaba que é o mais comum mesmo e não são o fim da linha.”</i>
05	<i>[E] A presença do médico, o apoio também é uma forma de conforto, além do tratamento. Se não a gente acha que só ajuda quando oferece tratamento... [M] Sim. (concorda) Na grande maioria das vezes até quando elas ganham o diagnóstico e a gente não consegue fazer mais nada, elas continuam no pré-natal com a gente até nascer, a gente vai acompanhando mesmo... a gente não faz nada, de especial na fetal, mas segue o acompanhamento porque a gente tava lá desde o começo, a gente deu o diagnóstico, a gente faz a ultrassom dela toda semana, aí a gente vai seguindo, aí acaba que as pacientes se apegam à gente e sempre chegam e procuram “ah, o dr. não sei quem tá aí?” e... aí a gente tem que ajudar, não tem jeito, ela se apega, você sabe do caso, a gente tenta ajudar da melhor forma possível.”</i>
01	<i>“Sempre falo dos meus sentimentos, eu sinto muito, sinto muito, como se você estivesse num enterro, em homenagem póstuma, é uma coisa formal, isso é um rito. (...) Com tato, sensibilidade, toda calma, tato, sensibilidade, de forma educada, olhando no olho da paciente, para transmitir confiança e pra que ela possa prosseguir. Você não pode mostrar indiferença, você tem que mostrar, tem que compadecer com o sofrimento da pessoa”</i>

Fonte: Própria autora.

Tais tentativas de oferta de algo de si deixam transparecer os processos de identificação do sujeito que é médico com aquele que está paciente, evidentes em algumas falas. Às vezes, isso ocorre por meio de colocações do que se espera ser melhor para aquela paciente, a partir do ponto de vista do médico, como se estivesse naquele lugar.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 09: Processos identificatórios.

01	<i>“Você me perguntou se eu deixava transparecer alguma questão da minha crença. (...) eu dou a minha opinião em relação ao que eu considero o melhor desfecho pra saúde dela [nos casos em que é possível interrupção voluntária], de forma objetiva, no que diz respeito à parte física, (...) e as questões psicológicas de uma paciente com uma barriga muito grande, de as pessoas te perguntando, isso por mais tempo fazendo mal, parte psicológica.”</i>
02	<i>“É ruim sem dúvida, no começo acho que me impactava muito mais, sou pai, tenho filho pequeno também, então ficava me imaginando naquela situação também, é ruim, sem dúvida”</i>
03	<i>“[Caso de morte do bebê ou de incompatibilidade com a vida é] Igual ao caso do anencéfalo, que o quanto antes você puder diagnosticar, melhor é, porque se ela optar pela interrupção, que hoje é permitido, né, se ela fizer, vai ser menos traumático pra ela, né, menos tempo grávida, achando que aquela gravidez seria viável, acaba com o sonho logo, até pra poder ficar pronto pra recomeçar”</i>
06	<i>“Então, é uma mistura de profissional com pessoal aí, quem já tem filho também, depois que tem (...) Qualquer coisinha te machuca, (...) pelo menos é a minha opinião pessoal, você não deve abaixar a cabeça, porque tem uma pessoinha ali precisando de você, então, e no lugar do homem, do pai, a mulher tá muito mais fragilizada, né?, nesse momento, que ela que tá carregando o nenémzinho que tem um problema, então a minha visão pessoal da coisa é, como pai, levanta a cabeça, guenta o tranco, porque tem gente precisando de você e depois eu me arrumo de alguma outra forma, quando tiver tudo mais ou menos resolvido, né?[E] Então, é isso que passa na sua cabeça quando você...? [M] É um momento muito rápido, né, o exame não é, por mais demorado que seja, você vai demorar 10, 20, 30 minutos... [E] Mas parece que é um tempão, né? [M] Pra falar é uma eternidade, mas ao mesmo tempo, pra o casal receber a notícia, é muito pouco, né?”</i>

Fonte: Própria autora.

Identifica-se, então, nas falas um terceiro conflito encontrado por esses médicos: experimentar a medida de distanciamento do sofrimento experimentado pela paciente, sem, no entanto, deixar de ser empático e oferecer apoio. Fala-se ora de esforços conscientes para encontrar o que poderia ser um equilíbrio nessa posição, ora de uma dificuldade mais latente.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 10: O conflito entre o envolvimento emocional e o distanciamento defensivo.

01	<p><i>“tem que compadecer com o sofrimento da pessoa, porém de uma forma que você não pode se debulhar em lágrimas, não pode porque isso vai atrapalhar você, se você se deixar levar pela situação, você para de raciocinar adequadamente, e a situação exige um raciocínio reto, estrito.”</i></p>
02	<p><i>“Eu tento me manter o mais... eu sei que isso é impossível, mas eu tento me manter o mais neutro possível. Tento jogar os dados, expor os dados, (...) e a paciente tentar através desses dados chegar a uma decisão, só que é difícil, eu tento me manter neutro, óbvio que eu tenho também as minhas, meus pensamentos, minhas crenças e tudo o mais, mas tento ser o mais neutro, não sei se eu consigo, o quanto eu consigo, com certeza mais do que no começo, mas eu não sei, na verdade eu não sei o quanto eu influencio nisso. (...) no começo, quando eu comecei a assumir esse ambulatório, o índice de amniocentese caiu muito, especialmente nas pacientes mais idosas, aí eu vi que na verdade eu tava me induzindo, eu falava: olha, mas é um risco grande, a possibilidade mesmo de ter um risco maior, a possibilidade maior é de não ter nada, então será que vale a pena. Agora eu falo: “não, existe um risco, existe essa possibilidade, mostro até a matemática, fez o cálculo de risco, é tanto, a decisão final é sua”, tento me neutralizar. (...) às vezes é mais difícil, no dia em que você pega vários casos muito graves, já aconteceu de ter dois casos no mesmo dia de dois bebês que morreram, isso é péssimo, a gente se sente mal, óbvio que a gente tenta não passar isso para a paciente, também tenta se manter neutro, mas é impossível. [E] O que você acha isso de às vezes passar... [M] Eu não sei, na verdade eu não sei.”</i></p>
04	<p><i>“eu acho que a diferença é que ao longo do tempo você começa a criar uma casca e essa casca é muito ruim, porque num primeiro momento você sofre muito com o paciente, num segundo momento você simplesmente ignora o sofrimento do paciente (rindo sem graça), porque você “ah, mas é assim”. Não, não é assim, até hoje eu fico muito feliz quando eu vejo um bebezinho de seis semanas batendo no ultrassom”</i></p>
05	<p><i>“[E] E como fica seu emocional quando recebe essas expectativas de que você fala, das pacientes acharem que vocês podem resolver? [M] “Nunca pensei, parei pra pensar nisso na verdade, (...) eu procuro não me envolver tanto emocionalmente pra não criar um viés em cima da paciente, entendeu? Até eu acabar fazendo com que ela crie expectativas porque eu quero que o caso dela dê certo ou não dê certo, porque a grande parte delas é bastante carente, essa questão de ah, se apegar ou não, e aí a gente tem que saber qual é o limite do meu apego com ela ou não porque isso pode dar algum problema durante a relação entre o médico e o paciente”; “aí eu acho que nos casos mais complicados, que a gente tem certeza que não vai evoluir, uma forma até de defesa é a gente ficar um pouco, não embarcar muito no emocional da paciente pra não ter esse viés de “ah, eu gosto dela, eu queria que tivesse tudo dando certo e não vai dar certo”, pra não ter essa, pra não acabar dando mais expectativa do que deveria no caso, ou até não deveria dar expectativa no caso,</i></p>



...é meio complicado... Bastante complicado. Difícil.”; “[E] Você acha que de MATERNIDADE ESCOLA/UFRRJ
 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL
 coloca abertamente? [M] Mas a minha opinião, como assistente? Pessoal? [E] que eu gostaria que acontecesse assim? [E] Isso. [M] As vezes sim. As vezes a gente, até sentir que a paciente é mais orientada e tem noção do que está sendo dito, a gente fala, fala sim, em caos selecionados (...) a gente fala com ela [paciente X] abertamente, do que a gente acha que vai ser a gestação, (...) acaba que o caso dela é um que a gente deixa transparecer às vezes até a vontade, entendeu?, porque, não sei, criou-se uma relação mais, mais aberta, ela sempre foi, sempre se mostrou confiante no que a gente dizia, e com a evolução do caso a gente foi criando uma relação um pouco mais estreita, acaba que na grande parte delas a relação vai se estreitando, só que quando o diagnóstico é positivo, se estreita um pouco mais e a gente solta algumas coisas de, mais pessoais, mas as que não vão, que têm uma grande chance de não dar certo, são as pacientes mais complicadas, a gente fica meio sem, segurando um pouquinho pra não soltar o que não deve, então acho que a gente pensa mais pra dizer nos casos mais complicados, nos outros, segue, acho que flui sem... quando vc pensou, já foi, falou. (...) A cautela é maior, bem maior, pra, às vezes até, quando a gente tem empatia pela paciente, uma empatia maior do que seria o ideal no caso, não sei nem se existe uma empatia ideal, (...) quando a gente acha que pode, sempre sai uma opinião mais pessoal, menos profissional do caso. (...) A gente se sente mais confortável em falar assim “ó, vai dar tudo certo” ou “não vai dar tudo certo”.”

06 “e a sensação é uma mistura de profissão, nossa obrigação, o que fazer?, como é que eu vou conduzir isso?, com... aí varia com o casal, né?, tem casais que você se apega mais, né?, inevitavelmente, e aí é mais difícil ainda, quando a coisa, a relação médico-paciente não é tão íntima assim às vezes acaba até sendo mais fácil, não é que você não dê, considere aquele casal, mas você criou uma relação maior com o outro, né?, fica mais difícil ainda. Então, é uma mistura de profissional com pessoal aí, quem já tem filho também, depois que tem, nossos avós e pais falam pra gente, e eles estão certos, só quem tem filho que sabe, o que é verdade. [E] Como é? [M] Qualquer coisinha te machuca”

Fonte: Própria autora.

- Suporte para exercício profissional

Nessa categoria encontram-se as diferentes estratégias faladas pelos profissionais para lidar tanto internamente com as situações de trabalho que vivem quanto para suportá-las em suas práticas no *setting* clínico. É importante ressaltar que as falas aqui selecionadas não necessariamente foram apontadas pelo participante como uma estratégia, mas foram entendidas como um recurso para administração dessa vivência.

Uma das estratégias apresentadas consistiu num trabalho interno de auto-observação e reflexão, em diferentes dimensões. Nesse contexto, especificamente aparecem as buscas por manutenção do autocontrole para atingir o fim idealizado e a aceitação da falibilidade.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 11: Auto-observação; autocontrole; defesa.

01	<p><i>“Técnica pra lidar com isso atualmente é conseguir pensar que tem que manter a calma, que tem que estar na frente da situação, fazendo as coisas acontecerem para que a paciente possa receber a assistência adequada. (...) A gente tem que dirigir o carro, se largar o volante, ele bate. Tem que estar sempre no controle. Tem que, senão não dá pra ter, pra fazer isso.”; “Já posso ter sofrido com isso no passado, mas atualmente consigo viver um personagem profissional, de conseguir bloquear essa influência emocional na minha pessoa, consigo me isolar, não sei de que forma”; “mas a gente se preocupa mais com o suporte para o paciente do que pra gente mesmo.”; “Com o tempo você vai ficando até... eu contava muito essas histórias antigamente em casa, pra familiares (...) contava, atualmente eu conto pouco, porque quando você conta você sensibiliza a outra pessoa também, aí em vez de você ter suporte, você tem que dar suporte, entendeu? Então, conto algumas coisas assim, mas sempre com um filtro, até pros filhos também conto, mas com filtro. Normalmente a gente conta as coisas boas, as coisas ruins a gente não conta, não. [E] Mas as coisas ruins também fazem parte, né? [M] Fazem, mas elas vão com filtro, no total.”</i></p>
06	<p><i>“e dentro da família a maneira com que eu fui criado né, assim, de acostumado, de ter sido habituado a segurar a onda, aí é com uma coisa que é muito pessoal, né, eu sou, minha personalidade, eu sou mais fechado e mais “vamos lá, vamos segurar” e depois eu vejo como é que eu vou ficar, não tenho o hábito de botar as minhas questões pessoais na frente, mas isso é muito pessoal, né?, você tá perguntando, é a maneira como eu levo essas situações, eu faço como se fosse, não é isso, é como se fosse uma blindagem, não com a paciente, mas de com algumas reações que eu não devo ter naquele momento, que vai ser ruim pra família deles, e depois desabafo de outra forma, quando eu puder.[E] Mas existe esse momento?</i></p> <p><i>[M] Normalmente sim, senão o ser humano aqui explode, já aconteceu, já aconteceu, mas eu procuro já observar e de alguma forma tentar extravasar isso.”; “mas ao mesmo tempo o sistema é tão... você vê, você tem tanta paciente pra você atender que você é atropelado, não dá parar e “ai, meu Deus”, bate, mas você, essa blindagem que eu falei, você cria isso, né, porque o sistema te exige e não dá pra “ah, agora eu vou parar, não vou atender mais ninguém, porque não tenho condições”. Isso não existe na prática, não nos é permitido isso. Se você demorar, o que tá lá fora tá fazendo confusão que tá demorando muito. Então é uma proteção que a gente cria pra “vamos em frente”, o que é ruim muitas vezes, mas qual é a opção? Com certeza em algumas vezes a gente gostaria de parar, eu com certeza e tenho certeza de que os colegas também, parar e “ah, não, agora não dá, preciso parar”, mas não dá pra fazer isso.”</i></p>

Fonte: Própria autora.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Esta última fala do médico 06 é muito rica por trazer não só o uso de uma estratégia pessoal defensiva para lidar com a situação desafiadora, mas por apontar também o aspecto difícil que exige uma resposta adaptativa do profissional nesse contexto adverso. Aspecto que foi ressaltado apenas por esse médico: a sobrecarga de trabalho, que não se limita ao aspecto quantitativo e mensurável, mas diz respeito também ao nível de exigência psicológica e emocional do profissional.

Quadro 12: Reflexão.

02	<i>“Acho que tem muito eu, eu mesmo pensando (...) acho que basicamente são as reflexões pessoais”</i>
06	<i>“eu tenho desde o início eu sempre foquei muito nisso de ter preocupação e mesmo quando eu não sei lidar, saber pelo menos como não fazer da pior maneira, tentar sempre fazer o melhor”</i>

Fonte: Própria autora.

Outra estratégia é a relação com outros profissionais, seja da mesma categoria, seja de distintas, a troca e o apoio percebido entre eles, inclusive como um compartilhamento, num movimento do sujeito até de reconhecimento de suas próprias limitações.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 13: O apoio vindo de terceiros: a troca de experiências entre profissionais.

01	<i>“Observar outros profissionais e com a vivência... Você vai com a vivência e pegando daqui e dali e vai criando seu próprio perfil, que não é muito diferente do perfil dos outros, mas também nunca igual ao perfil de ninguém. E acaba passando já a experiência para os mais novos.”</i>
02	<i>“Troca informal entre os profissionais isso é excelente, sempre é feito, discutir caso, trocar experiências, tanto técnicas quanto sobre como lidar com a situação e tudo o mais acho formidável.”</i>
03	<i>“Discutir com os colegas, a gente sempre acaba, ainda mais aqui que é muito pequeno, acaba discutindo, se eu vejo no ultrassom geral, acabo encaminhando (...), olha o que que vc achou?, depois fico tentando ver o seguimento (...) isso aí vai dividindo as experiências, sempre acaba que divido, (...) a gente sempre compartilha. [E] Conversa entre médicos então dá suporte? [M] Sim.”; “olha, vale a pena conversar com o cirurgião pediátrico antes de o neném nascer, pedir pra ele te explicar melhor (...) porque a gente também cai nas nossas limitações que a gente também não sabe tudo, então a gente faz o que sabe e o resto a gente orienta”</i>
05	<i>“Acaba que eu, pelo menos no meu caso, o nosso suporte é que são sempre as mesmas pessoas que estão juntas, que a gente sempre fez, sempre trabalhou juntos no mesmo lugar pra tudo, então a gente se olha e sabe o que que vai falar, entendeu? (...) aí a gente se entende e acaba que um protege o outro”; “[E] Chega a conversar sobre uma experiência difícil com um colega? [M] Ah sempre, é como se a gente se confessasse um, uns pros outros, e aí acaba que um vai se ajudando, ou na pessoa mais experiente do plantão, sempre tem alguém que é mais experiente, a gente pede pra, pelo menos, estar perto.”; “Eu acho que a gente sempre acha que a gente precisa de vocês [psicólogas]”; “no calor ali do diagnóstico, da notícia em si, elas na grande maioria das vezes (...) parecem que não absorveram direito, aí a gente “ah, vem na próxima consulta com o familiar”, (...) acho que é muito complicado naquele primeiro dia, no primeiro contato, elas absorverem de verdade, elas vão processar, aí na próxima consulta a gente vê se foi mesmo ou não, mas aí já vem com um familiar e fica um pouco mais fácil de a gente confirmar o que já havia sido dito, mas quando não dá certo aí a gente corre pra vcs, já corre normalmente, mas aí “a gente vai precisar muito da ajuda delas”.”</i>
06	<i>“há sim, você sabe a quem procurar, quando procurar, há sempre ajuda, aqui a gente tem um ambiente de trabalho que eu considero bom, as pessoas são muito acessíveis, estão sempre disponíveis, dispostas a ajudar e pra gente é mais de meio caminho andado”; “então a gente tá sempre aprendendo também com as pessoas que têm mais experiência”</i>

Fonte: Própria autora.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Nessa última fala, surge outro ator, além do profissional da equipe, percebido nesse contexto como oferecedor de suporte ao médico: o familiar da paciente. Assim, parece que o apoio doado por este à paciente se desdobra em apoio ao profissional portador da notícia ruim, talvez por este entender que a gestante estaria mais amparada para recebê-la.

Quadro 14: O apoio vindo de terceiros: a presença do familiar da paciente.

03	<i>“já tiveram casos de óbito fetal, em que às vezes a paciente tá sozinha, então: quer chamar alguém? A gente conversa de novo.”</i>
05	<i>“porque aí geralmente na primeira consulta elas, boa parte delas vem sozinha, e aí a gente até pede pra voltar depois com o familiar, explicar, pra ver como que vai ser”</i>

Fonte: Própria autora.

Além disso, duas falas distintas ganham destaque, uma vez que apontam como estratégia provedora de suporte a parceria construída não apenas com os colegas da equipe de trabalho, mas também com a própria paciente, estabelecendo o que parece ser uma “aliança com a paciente”.

Quadro 15: O apoio vindo de terceiros: a parceria com a paciente.

02	<i>“A estratégia é a mesma, tanto pra lidar com a paciente, quanto pra mim, a gente vai abrir o jogo, a gente vai fazer tudo que a gente puder fazer de melhor, independente do prognóstico, independente do que está acontecendo, mas vamos ver o que que tem e ver o que que a gente pode fazer e vamos fazer (...) tem que tomar uma decisão, tanto a equipe de saúde quanto o casal ou o paciente, então a partir do momento em que a gente toma a decisão em conjunto, a gente vai ser parceiro, digamos assim, até o final, tentar conduzir de forma a estar ali dando todo o apoio necessário, toda a ajuda necessária.”</i>
06	<i>“uma frase: vamos tentar ajudar, vamos juntos, vamos ver o que dá pra fazer por vocês.”</i>

Fonte: Própria autora.

Além de mencionar essa postura próxima à paciente, o médico 06 aponta outra estratégia para lidar com a condução desses pré-natais de risco: o aprendizado, que ele



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



generaliza como algo que pode ocorrer a partir da interação com diferentes atores desse cenário hospitalar.

“aí a gente aprende com todo mundo.” (6)

Como já reproduzido aqui, ele destaca o aprendizado com colegas profissionais, indicando aqueles com mais experiência. No entanto, ele também chama a atenção para um diferente aprendizado, o que se dá com a própria paciente.

“A gente tá sempre aprendendo, isso é a primeira visão de todos nós que trabalhamos com isso, às vezes a gente aprende com a pessoa mais humilde que entrou ali pra fazer um exame, que não tem um nível educacional, mas que ela vai e te mostra o quanto aquilo é, te mostra uma visão que você não tinha se atentado ainda” (6)

Também há as falas que apontam para a importância das vivências ao longo do tempo, do que pode ser comumente entendido como a “experiência”.

Quadro 16: Experiência.

03	<i>“vai o dia-a-dia mesmo da vida que vai meio que polindo a gente pra ver, graças a Deus, senão... (...) Um dia mesmo, acaba que... é o passar do tempo, vai melhorando a gente, a gente fica ali naquele dia chateada, aí depois você volta a falar com a paciente, vê que o resto tá evoluindo bem, isso mesmo que vai te... um dia após o outro que vai te resolvendo (...) aos poucos também você se conforma, depois continuei acompanhando a gestante (...) Deixar o tempo passar...”</i>
06	<i>“que a gente começa a trabalhar com isso e primeiro aprende a fazer, vai aprendendo, aprendendo e não tem escolha, vai deitar uma paciente aqui que vai ter problema e a gente não sabe, vai cair na mão de um médico que tem pouco tempo de experiência nisso, vai cair na sua mão, porque é aleatório, e aí você tateando, acho que você tem que ter sensibilidade, muito cuidado, é como uma pessoa com pouca experiência pegar um caso assim e aí às vezes, por falta de experiência profissional e às vezes experiência de vida mesmo você não reage da maneira ideal”</i>

Fonte: Própria autora.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Importante atentar que nessa última fala aparece também o recurso de continuar acompanhando a paciente, o que pode mostrar uma estratégia de troca que se baseia no movimento de reparação da paciente (identificado anteriormente em outra subcategoria): enquanto o profissional oferece cuidado, a paciente lhe oferece a possibilidade de sua recuperação.

Há também a vivência de experiências positivas, seu potencial motivador, e como elas são valoradas pelo profissional, contribuindo para o processo de construção da imagem do mesmo, como apontado em categoria anterior.

Quadro 17: As vivências de sucesso.

03	<i>“eu não trabalho só com a parte de patológico, então eu vejo muito mais neném normal, neném bem do que...”, então dou mais notícia boa do que ruim, então acho que isso acaba que compensa nosso dia-a-dia.”</i>
04	<i>“Ah, cara, é fantástico! Numa situação péssima, horrorosa, de tudo ruim, você se sente gente que faz, entendeu? (...) E isso é muito assim: faz valer a pena, vamos colocar assim?”</i>

Fonte: Própria autora.

A família é apontada por alguns médicos como suporte importante. Observa-se que, nessa dinâmica de apoio que a família do médico lhe oferece, processos de identificação também podem se dar, como aparece em uma das falas abaixo.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 18: A família do médico.

02	<i>“e a família com certeza. (...) e converso também com minha esposa, que não tem nada a ver com a área de saúde, então tem uma visão um pouco mais externa, então isso ajuda bastante. É um suporte pessoal positivo. (...) Família. Me percebo buscando isso tanto conscientemente quanto inconscientemente. Às vezes chega um caso mais difícil, chega a morte de um feto ou de um bebê que a gente tava acompanhando já na uti e tudo o mais, há pouco teve, um recente, chego em casa transtornado, minha mulher já percebeu logo, e isso é fundamental, acho que o apoio familiar é excelente. [E] Quando você se sente mal com a morte, o que busca fazer, qual sua primeira reação? [M] Abraçar meu filho, é a primeira coisa, quando você vê tanta coisa que pode dar errado, eu vejo meu filho, meu milagrinho, calma aí, então tá tudo certo, é isso.”</i>
03	<i>“Tenho os filhos, família estruturada, isso também acalenta né a gente, mas também os casos, os poucos que eu tive que mexeram comigo, eu tive... aí você chega em casa e comenta: foi um desfecho ruim, tive que dar uma notícia que não queria ter dado”</i>
06	<i>“Tudo mundo tem seu suporte, cada um tem a maneira de lidar com esses momentos difíceis. Pessoalmente pra mim é família, tenho muita força pra mim”</i>

Fonte: Própria autora.

Um resultado curioso foi o da identificação de um suporte (ou a ausência dele) num recurso localizado na própria paciente: o conhecimento prévio que ela pode trazer de informações acerca de seu diagnóstico.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 19: O acesso da paciente à informação.

04	<p>“mudou de 2000 pra 2014, 2010, em 10 anos, que foi uma mudança grande, foi essa questão do acesso à informação, então entre o paciente receber a primeira notícia no hospital de baixo risco e chegar no hospital de alta complexidade ele já ganhou mais alguma informação, então ele já vem mais objetivo, perguntando mais e falando mais em risco e de certa forma isso atenua também um pouco o sofrimento, entendeu?, deles e consequentemente o nosso.”; “embora ainda tenha uma população ainda que chega muito achando que você vai dizer que não é nada daquilo, eu acho que a maior parte dessas pessoas hoje, elas já chegam sabendo o seguinte: temos um problema (...) então eu acho que isso hoje faz com que a gente tenha uma, uma qualidade de relacionamento melhor, ela é muito menos pesadosa, talvez, não vou te dizer com certeza, porque a paciente vem já com alguma informação a mais, que não é do sistema médico, entendeu?, ela foi buscar isso, ela teve curiosidade de procurar isso, então eu acho que isso foi um ganho. [E] Você acha que tem a ver com esse ganho de autonomia do sujeito que é a paciente? [M] Acho. [E] Talvez contrabalance com o peso do médico em ter que falar aquilo tudo que dói, que é pesado? [M] Acho, acho mesmo. (...) Você imagina eu explicar em 2006, não vai muito longe, eu explicar pra uma paciente uma amniocentese, entendeu? Complicado isso! Então eu passava filminho [de uma amniocentese], aí a paciente chegava, ah é assim? (...) então o que eu vejo é que o paciente, o quanto mais bem informado ele é, não é que ele sofra menos, mas eu acho... você falou da independência do indivíduo, não, qual foi o termo? [E] Autonomia do indivíduo. [M] Eu acho assim, isso é muito positivo pra essa geração aí, (...) eu acho que para o paciente é uma maneira que ela tem, que o casal tem de participar daquele momento que é um momento ruim, um momento ruim, ele continua sendo tão ruim como ele era há 20 e tantos anos atrás, a única diferença é que ela participa mais, se informa mais, então isso faz com que a gente tenha uma paciente, não mais feliz, longe disso, mas mais colaborativa também, na hora que você propõe atitudes, ações e tal, ela é bem mais receptiva do que era, porque ela não tinha informação nenhuma, ou ela era completamente dependente da sua informação. (...) então isso trouxe pra gente uma facilitação maior, na minha visão, paciente já chega falando pra você “doutor, eu sei que tem que fazer aquele negócio de colher o líquido, o sangue”, ela já chega falando, então você economiza tempo, você economiza muito do discurso e você pode atender melhor a paciente, (...) eu acho que o mais importante do trabalho da gente é você criar essa ponte facilitadora pro paciente tentar entender o que que tá acontecendo e o que que ainda vai acontecer, porque nós (ênfase dele) temos a informação [quanto ao prognóstico]”</p>
05	<p>“Sempre o diagnóstico é o mais difícil, é complicado, porque a grande maioria delas vem sem saber, sem ter noção nenhuma do que tá acontecendo, ou teve, algumas têm alguma informação diferente do que realmente é, aí quando o caso é mais grave do que ela já tava esperando que fosse, aí é bem mais problemático”</p>

Fonte: Própria autora.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quanto ao uso de estratégias mais comumente relatadas, como o apoio na religião e a realização de algum tipo de psicoterapia, todos os participantes disseram não empregá-los como suporte para seu exercício profissional e seus efeitos. No entanto, houve a declaração de um médico de que gostaria que houvesse a oferta do serviço de psicologia de forma institucionalizada para os profissionais atuantes na casa.

“Acho que não há um processo formal aqui de como lidar, de qual caminho, como se fosse um organograma, um fluxograma, não conheço, (...) um caminho formal não conheço. [M] Gostaria que tivesse? [E] Gostaria. Gostaria. E assim, a gente fica muito preso ao médico, como a saúde é vista aqui no Brasil, a gente só fala em médico, médico, médico, e as outras áreas são um pouco, na minha opinião, negligenciadas, principalmente a área de saúde mental (...) Eu gostaria que tivesse, sim, às vezes a gente precisa conversar, de uma maneira não com amigo, mas com um profissional, e a gente tem, mas não tem. (...) se eu tiver a disposição de procurar e falar, até a gente consegue, mas ter um caminho oficial, a gente não tem. (...) Ai a gente aprende a se virar, o que tá longe de ser o ideal.” (6)

Por outro lado, todos os médicos participantes apontaram que achariam interessante haver a oferta de algum espaço institucionalizado em que se formalizasse a troca entre profissionais acerca das experiências vividas e dos casos acompanhados.

Por fim, cabe falar da formação médica. É apontada como único recurso oferecido para lidar com a relação médico-paciente a disciplina de Psicologia Médica na graduação. No entanto, muitas ausências são identificadas, especialmente após a graduação, momento entendido como mais oportuno para se trabalhar essa relação e as questões que suscita.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Quadro 20: A formação médica.

03	<p><i>“A gente tem na psicologia médica, no quinto período, que é bem no incincho, que é quando a gente tá começando a lidar com o paciente, que é uma fase em que a gente é bem imaturo ainda pra isso, é o primeiro contato, (...) você nem tem tanta maturidade pra isso daí, sabe que vai ser difícil, mas não imagina o quão difícil vai ser, quando a gente realmente cai na vida, aí não tem, a residência não oferece, aí acaba que é uma coisa assim que entre a gente a gente faz e as pessoas que talvez estejam, se sintam mais desamparadas acabam procurando por conta própria, não faz parte realmente oferecer como medicina do trabalho, dentro da saúde do trabalhador, oferecer esse suporte.”; “[E] Na sua formação, teve suporte pra lidar com esses casos? [M] Não, na graduação com certeza não, pelo menos não especificamente pra esse caso. Na residência, um pouco, na época em que eu tava fazendo, nem tem tanto tempo, a medicina fetal já existia, existiam os procedimentos e tudo o mais, mas era apenas uma coisa que eu via, focado assim pra isso não. foi mais depois que já tava atuando mesmo. Não me foi oferecido [suporte institucional], foi mais pela experiência de colegas, algo institucional não.”</i></p>
05	<p><i>“Na faculdade, a gente tinha, eu não sei nem se faz parte da grade geral, mas a gente tinha psicologia médica, entendeu? e o curso, era no primeiro, primeiro ou segundo semestre, um negócio assim, e muita gente não dava muita bola pro curso, não, era aquela aula que ia ser sempre a aula em que ninguém ia, mas aí na época a professora que fazia o curso, ela fez de uma forma diferente, pra gente ir implementando discussões, pra gente, entrevistas com paciente idoso, paciente psiquiátrico, pra ver se a gente se engajava, e foi lá que a gente começou a ter noção do que é a relação médico-paciente e um pouquinho de psicologia médica mesmo. E hoje eu acho que o pessoal lembra que as aulas da professora chata faziam algum sentido. [E] Você acha que essas aulas te ajudaram de alguma forma? [M] Com certeza. [E] Gostaria que tivesse algo mais? [M] Acho que se tivesse de novo eu assistiria, mas não sei o que que poderia ser o mais, (...) em bioética a gente tem mais ou menos alguma coisa parecida também. Acho que na graduação foi bem mostrada essa parte da relação.”</i></p>
06	<p><i>“O que me ajudou muito foi a minha formação na minha residência médica (...) Então eu escolhi, felizmente eu consegui e sempre achei que fiz a escolha correta, tanto de perfil de paciente, pacientes graves, que o envolvimento, o nível de dificuldade é maior, e os profissionais que estão acostumados a lidar com esse tipo de paciente e vão te trazer um conhecimento tanto teórico quanto prático quanto de como lidar, acho que enriquecedor”; “Na graduação não, você vai solto, aqui, ali, a parte acadêmica não funciona como a gente gostaria, você vê, os internos são soltos aí com o médico, não é o ideal, eu to dando atenção pra paciente, to dando atenção pro médico residente, que tá em treinamento, que sou eu que tenho que ver na parte prática, e tem o interno também, como é que eu dou atenção pra ele? (...) Aí a gente que vai escolhendo, vai tateando. Aí fica muito solto, não acho legal, não, (...) acho que o sistema tá meio falido”</i></p>

Fonte: Própria autora.



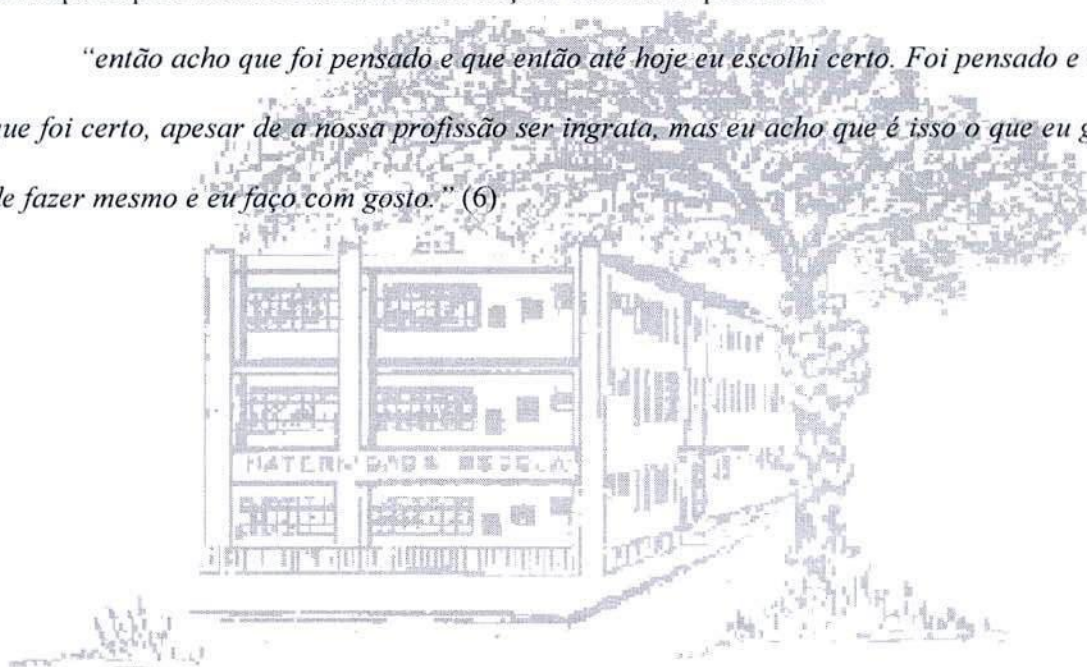
MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Como último apontamento, cabe ressaltar algo curioso presente na fala do médico 06 sobre o suporte que a sua formação poderia ter-lhe oferecido para que pudesse lidar com essas dificuldades apontadas do exercício da medicina. Ele resalta o quanto gosta de seu trabalho e se sente bem com a escolha profissional fez. Tal satisfação também pode ser entendida como um suporte para o enfrentamento das situações difíceis da profissão.

“então acho que foi pensado e que então até hoje eu escolhi certo. Foi pensado e acho que foi certo, apesar de a nossa profissão ser ingrata, mas eu acho que é isso o que eu gosto de fazer mesmo e eu faço com gosto.” (6)





MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na primeira categoria dos resultados apresentados, encontra-se a exposição clara pelos médicos entrevistados daquilo que é tido como mais difícil por todos eles no exercício das suas atividades nesse setor específico: a comunicação de uma notícia difícil à paciente. Lugarinho e Rosário (2010) atentam como esses profissionais não só vivem o desafio de transmiti-las aos pacientes ou familiares, mas também de serem os primeiros destinatários das más notícias, sendo aqueles a primeiro recebê-las (por exemplo, de laboratórios) ou percebê-las (como no caso do exame de ultrassonografia) e a processar essas notícias difíceis para então repassá-las, com todo seu peso e informações devidos, em tempo hábil.

A dificuldade e o mal-estar encontrados pelos médicos ao dar a notícia ruim (Quadros 01 e 02), que sempre envolve a morte ou a eminência dela ou alguma destruição que a simbolize (como uma malformação), podem ser compreendidos ao se relembrar a forte metáfora da condenação à morte dos mensageiros que traziam más notícias dos campos de batalha (baixas e derrotas), à época das narrativas de reis e generais à interdição. Hoje, tal condenação ainda existe, naturalmente (como observado nos discursos encontrados no Quadro 06, sobre o sentimento de culpabilização do médico), porém, de forma silenciosamente estabelecida, daqueles que comunicam o que for relacionado à morte. “A expressão “matar o mensageiro” ainda pode traduzir a primeira reação a uma notícia que causa sentimentos de impotência e desespero a quem a recebe.” (PENELLO e MAGALHÃES, 2010, p. 32).

Lugarinho e Rosário (2010) destacam como diferentes indícios, a exemplo da dificuldade em falar sobre seus desafios e conflitos (observada nos resultados e que será posteriormente), demonstram como o próprio profissional por vezes sente que não está preparado para exercer a atividade que é dele esperada, defrontando-se com incertezas o



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



tempo todo, relacionadas intimamente com diferentes aspectos, como as expectativas depositadas pelos pacientes e a própria busca dele pela cura, possível ou não.

Vê-se, assim, muitas vezes, que o médico não está organizado psicologicamente para a iminência da morte. Tais receio e despreparo podem estar presentes no próprio contexto da transmissão do diagnóstico de malformação fetal, como sugerem as falas do Quadro 02, confirmando as observações da pesquisa de Gomes (2003), previamente comentadas na revisão teórica. Esse resultado mostra desafio natural da dificuldade contemporânea em se falar da morte e lidar com ela.

Visto isso, cabe iniciar a análise dos resultados acerca da construção que o médico realiza da imagem de si mesmo em relação a sua paciente e como essa mesma relação contribui para essa construção.

Como primeira observação, tem-se que os resultados encontrados na segunda categoria acerca da imagem construída pelo médico sobre si mesmo dialogam com a constatação de Lugarinho e Rosário (2010) de que há um compartilhamento implícito por esses profissionais de uma atribuição de grande importância ao seu trabalho, que requereria uma doação ou altruísmo, exigindo uma “nobreza de sentimentos”. Em geral, falam estar imbuídos de uma grande responsabilidade, como algo de que têm ciência e que é entendida como cuidar para curar e, quando isso não é possível, para promover melhores condições de conforto e de alívio da dor/sofrimento. Com as fantasias construídas acerca dessa ocupação, há a contribuição para a disposição, observada pelas autoras, de uma dedicação que extrapola certo limite de reserva no envolvimento com o paciente ou sua família, o que já aparece na terceira categoria, mais especificamente no Quadro 09.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Essas observações podem ser resumidas pela de Balint (1988), aqui já apresentada, acerca do funcionamento do médico e de sua função apostólica no que diz respeito à sua ansiedade, muitas vezes inconsciente, por provar a todos ao seu redor e especialmente a si mesmo que é bom médico (dotado de bondade, digno de confiança e capaz de ajudar). Assim, à luz dessas observações, fica clara a compreensão do movimento, em três tempos, encontrado nos resultados: de cobrança sobre si mesmo (Quadro 03), de culpabilização (Quadro 05) quando há a frustração sobre essas expectativas internas (Quadro 04) e de tentativa de reparação (Quadro 07) perante a mesma.

Acerca dessa culpabilização, pode-se retomar a observação de Lugarinho e Rosário (2010) de que muitos médicos tomam para si a responsabilidade pelo sucesso ou pelo fracasso de determinado procedimento, num movimento de responsabilização de si mesmo, que foi ilustrado em sua pesquisa por questionamentos dos próprios médicos se realmente fizeram tudo o que poderiam ter feito, da mesma forma que esse resultado foi encontrado neste trabalho (Quadro 03). Num movimento que parece semelhante ao aqui observado, essas autoras encontraram falas que transparecem o surgimento de sentimentos de culpa pelo insucesso do tratamento.

Por fim, é muito importante destacar que essa imagem que o médico constrói sobre si mesmo não se encerra em si, mas produz efeitos sobre o paciente e deste recebe estímulos para sua constante recriação. Portanto, é uma troca, com afetações mútuas e, conseqüentemente, produção de relações de poder. Como visto, Chazan (2007) analisa bem parte dessa dinâmica, indicando como o médico obstetra ou ultrassonografista tem o poder de produzir verdades sobre o feto e a gestação, especialmente a partir das imagens fetais, uma



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



vez que elementos discursivos e tecnológicos repercutem entre si, produzindo reconfigurações das vivências da gravidez.

Por outro lado, Lugarinho e Rosário (2010) identificam o receio presente nos médicos de se perceberem despreparados para exercer a atividade deles esperada, uma vez que defrontam-se com incertezas o tempo todo, intimamente relacionadas com as expectativas que lhe são depositadas pelos pacientes e por si mesmos, na busca pela cura, possível ou não.

Com isso, é possível interpretar as sob essa ótica de mútua afetação as duas falas constantes no Quadro 03 que revelam a visão desses médicos sobre as expectativas das pacientes, entendendo que essa expectativa nutre a construção de cobranças relacionadas à imagem idealizada de médico, contribuindo para sua manutenção, ao passo que a presença interna dessa imagem no médico é o que permite a ele identificar essa expectativa na paciente, formando então um ciclo de retroalimentação de fantasias e expectativas.

Diante dessas exigências, que os médicos dirigem a si mesmos, como observam Lugarinho e Rosário (2010), apresenta-se a eles a possibilidade de se desenvolver uma relação de profunda e intensa aproximação com o paciente ou a família. Nesse ponto, encontramos os resultados apresentados na terceira categoria, que falam dos conflitos internos dos médicos e de que interações entre estes e as pacientes esses conflitos podem produzir.

Ramalho e Nogueira-Martins (2007) observam como os profissionais que exercem a prática de cuidar encontram importante desafio, o qual, nessa pesquisa, pode resumir-se como a fundamentação geral dos conflitos encontrados nas diferentes subcategorias (Quadros 07 a 10): resolver o impasse entre estabelecer vínculos afetivos com os seus pacientes e distanciar-se de modo que possa tanto cumprir a sua função quanto se proteger. É possível interpretar todas essas falas acerca das interações entre os médicos e as pacientes à luz dessa observação,



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



uma vez que apontam para a constante questão entre o quanto se movimentar para se aproximar e acolher a paciente (o que pode ocorrer quando se busca transmitir a notícia difícil de forma menos impactante, quando se oferece algo de si à paciente, como num movimento de reparação, e quando se está identificado com ela ou outro personagem da situação) e o quanto agir para se distanciar, se manter neutro ou se proteger.

Assim, a fala do médico 04 no Quadro 07 (sobre como transmitir a notícia ruim de forma menos impactante) parece emblemática desse desafio, uma vez que o próprio esforço pessoal do médico em tentar transformar a realidade negativa em uma fala menos difícil de ser recebida é em si tomado por esse conflito entre o envolvimento e o distanciamento. Está aí claro o desafio de como transmitir a destruição sem que ela se apodere totalmente do sujeito, desafio este que passou a se configurar como uma norma, pelo mencionado protocolo SPIKES.

Nesse sentido, os médicos participantes da pesquisa de Lugarinho e Rosário (2010) lançaram questionamentos acerca de qual a melhor forma de agir: a impessoalidade ou a aproximação (que pode vir a funcionar até como uma cola) do sofrimento, apontando como resposta a opção pela busca da construção de um caminho alternativo, que possibilite o acolhimento sem criar uma simbiose no sofrimento, o que coincide com a indicação da referida fala do médico 04.

Sobre as falas apresentadas no Quadro 08, acerca do movimento de reparação da paciente pelo médico, vale retomar o que Balint (1988) afirmou acerca da necessidade desses profissionais de aliviar toda a forma de sofrimento humano e destaca o quanto esse princípio de aliviar a todo custo o sofrimento pode ser desastroso, por dissimular sintomas e distanciar médico e paciente da causa do sofrimento.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Por mais que intelectualmente o médico entenda que não deve tranquilizar o paciente antes que saiba de que mal se trata, suas emoções podem dificultar que siga esta colocação, visto que presenciar estados de ansiedade ou de dor (de qualquer origem) sem fazer nada pode ser interpretado por ele mesmo, de acordo com sua função apostólica, como algo cruel, egoísta ou desumano. Com isso, sente a necessidade de oferecer algo de si ao paciente, nem que seja um simples apoio, conselho ou conforto como tratamento (BALINT, 1988).

Assim, tal posicionamento, segundo Balint (1988), está imbuído da função de provar a si mesmo que é bom médico, encontrando respaldo para retirar de si a eventual culpa perante o fracasso do tratamento, deixando-a por conta da enfermidade ou do próprio paciente. As falas apresentadas nos Quadros 07, 08 e 10, expositoras dessa doação às pacientes de diferentes formas – seja num movimento de reparação seja de amenização da dor ou de aproximação com a paciente –, podem ser interpretadas de acordo com essa sequência de observações do autor, como um chamado interno do médico a ser bom com aquele sujeito que, de alguma forma, depende dele, sendo emblemática a última fala do médico 05 presente no Quadro 09.

Nesse contexto, vale ressaltar a fala do médico 03 no Quadro 08, que ilustra bem como a ansiedade que é dirigida pelo paciente, diante de seu quadro, ao médico tem o potencial de capturá-lo e conduzi-lo a se colocar no lugar de confidente, que Balint (1988) nomeou de posição de “padre confessor”. Nela, o médico sustenta receber os sentimentos de culpa e apreensão do sujeito adoecido e, ao assumir essa postura, chega a ser capaz até de lhes oferecer a desejada absolvição, como fica claro nessa fala. Dessa forma, está presente a função apostólica, que educa o paciente quanto ao que pode ou não esperar desse profissional quando o procura, dando o tom de como pode ser essa relação (BALINT, 1988).



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



A presença da função apostólica também fica muito clara na maioria das falas do Quadro 09, que expõem os processos identificatórios. Todas, à exceção da proferida pelo médico 02, deixam transparecer a vontade do profissional quanto ao que gostaria que acontecesse ou ao que pensa ser melhor para a paciente ou seu entorno, de forma direta (fala do médico 01) ou indireta (falas dos médicos 03 e 06).

Antes de se passar à análise, mais extensa, da maioria dos resultados encontrados nesse quadro, vale voltar o olhar para a fala do médico 02, que ilustra claramente o que Lugarinho e Rosário (2010) afirmam quanto aos medos que a presença constante da dor e do sofrimento dos pacientes produz nos médicos. São medos de vir a viver, um dia, tal situação com alguém querido, de seu próprio círculo de convivência. O acompanhamento e o testemunho leal do sofrimento abre espaço para a sensibilização e a identificação.

Voltando ao conteúdo da maioria das falas desse quadro, percebe-se como, na ausência de norma que determine como um sujeito deve enfrentar uma gestação de risco ou uma perda associada a ela (o que, pela singularidade de cada um, seria inviável), o médico, por seu senso comum, constrói imaginariamente o que pensa ser melhor para essa gestante. Então, baseado em seus próprios valores, suas opiniões pessoais e sua própria história de vida, ele transmite sua própria norma à paciente, de tal forma que ela pode ser impelida a adotá-la.

Nesse processo então, reconhece-se o exercício da função apostólica, ou seja, a doutrinação, muitas vezes inconsciente, da paciente conforme o que o médico pensa ser melhor. Assim, o que é próprio e pessoal do médico, inclusive aquilo que pensa ser a proporção entre prazer e sofrimento de modo a permitir que a vida seja digna de ser vivida, sem que deixe de ser real, influencia sua conduta.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



A presença da função apostólica fica clara ao fazermos uma observação mais geral sobre todas as falas nelas apresentadas nessa categoria. Sua maioria alude a diferentes formas de lidar com a paciente: há semelhanças, consensos (como o movimento de buscar formas mais amenas de transmitir o diagnóstico ruim), mas também variações (cada médico explica o modo particular como faz isso) de acordo com o médico. Isso mostra como não há um protocolo, um “jeito certo” para o desenvolvimento dessa relação médico-paciente, como também constatou Chazan (2007) em sua pesquisa com médicos ultrassonografistas: suas atitudes tomadas “dependem exclusivamente de decisões pessoais dos profissionais, calcadas em seus valores, sensibilidades e crenças” (CHAZAN, 2007, p. 136).

Assim, vê-se que aquilo que pode mover a adoção das posturas discursadas é a crença do sujeito que as escolhe de que as suas soluções (que, em verdade, falam particularmente de si e de sua história singular) são as melhores e devem, portanto, ser ensinadas e transmitidas.

O método mais frequentemente empregado para anular a pressão externa ou a necessidade interior deste exame [de seus próprios problemas pessoais e de suas soluções individuais] consiste em proclamar nossas próprias soluções individuais as melhores ou mais inteligentes, e então, acesos pelo fogo apostólico, “praticar” a medicina de modo a que possamos converter a todos infiéis a nossa “fé”. (BALINT, 1988, P. 193).

Em contrapartida, a postura indicada pelo médico 05 em sua fala no Quadro 08 embasa o reconhecimento que Balint (1988) não deixa de fazer acerca da natureza da função apostólica, que não se encerra em algo totalmente negativo. Aponta como o médico pode se constituir uma figura de apoio quando o paciente se encontra na fase inicial de um quadro clínico, ainda sob o efeito do choque desse encontro com a doença. Esse suporte, nesse momento de não-organização do paciente, pode ser fundamental, como mostra a fala em questão.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



A ilustração dessa fala nos remete também ao questionamento do mesmo autor de que grau de regressão do paciente é tolerável, sendo comuns esses casos em que o médico permite ao paciente uma atitude de dependência em relação a ele. Porém, Balint (1988) indaga até que ponto essa dependência é benéfica para o paciente e sua terapia ou quando se torna um obstáculo.

Essa questão se torna mais complexa ao levar em consideração que, como identificado por Balint (1988), algumas pessoas têm maior dificuldade para suportar o aumento de suas responsabilidades ou apreensões, adotando como estratégia esquivar-se da situação geradora de tensão para submeter-se à dependência de uma autoridade. Se, do outro lado, há um médico que busque exercê-la (o que é comum, segundo o autor), se dará a educação de seus pacientes conforme o que ele próprio pensa ser uma atitude mais madura e responsável frente ao quadro clínico, o que é exemplificado pela fala do médico 01 no Quadro 08.

Como uma reflexão acerca dessa preocupação de Balint (1988) com o exercício da autoridade do médico, de sua função apostólica e do conforto pessoal que o alívio do sofrimento dos pacientes lhe causa, como observado nos resultados, Figueiredo (2012) fala da importância da renúncia do cuidador à sua onipotência e da aceitação de sua própria dependência em relação àquele que está sob seus cuidados: “apenas a moderação das fantasias onipotentes do cuidador – estabelecendo os limites do que faz e do que pode fazer – lança as bases para que seus fazeres não se confundam com poder e domínio” (FIGUEIREDO, 2012, p. 144).

Tais fantasias, que movem o uso patológico das práticas de cuidar, envolvem, por vezes de forma inconsciente, a negação de algum dano irreparável e intolerável de que o sujeito se sente culpado, vivido em suas relações mais íntimas e significativas. Isso significa



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



que, dessa forma, o cuidado é exercido de modo a satisfazer um desejo de reparação, sendo sustentado por uma potente fantasia de onipotência, que, se por um lado construirá a imagem socialmente aceita de ação de resgate e salvamento para aliviar o sujeito, por outro será capaz de levar à crueldade, por exercer com tirania seu poder sobre o outro, seu objeto de cuidados, segundo seu ideal de perfeição. “Ele irá “cuidar” custe o que custar, doa a quem doer, sem nenhuma empatia com a realidade da pessoa a ser cuidada, seus desejos, vontades e sofrimentos.” (FIGUEIREDO, 2012, p. 146).

Assim, somente com a renúncia à onipotência e o trabalho de aceitação de suas limitações e dependências, é possível renunciar às fantasias de reparação e aprender a cuidar do outro sem deixar de cuidar de si, permitindo inclusive que este último seja feito pelo outro. Isso porque, como afirma Figueiredo (2012), o agente cuidador também é humano, sendo passível de falhas e dotado de finitude e limites. Tal reconhecimento sobre si mesmo é observado nas falas do médico 01 no Quadro 05 e do médico 06 nos Quadros 03 (primeira fala desse participante) e Quadro 12.

O reconhecimento dessa condição é o que permite um “cuidar” mais sensível para com o outro, evitando seu exercício tirânico. Assim, é fundamental que o cuidador experimente alguma modéstia e aceitação do acaso nos processos humanos, uma vez que, ao dispor “de confiança e fé nos outros e nas potências da vida” (FIGUEIREDO, 2012, p. 142), liberta-se dos eixos de cuidados que, marcados pelo excesso de implicação, despotencializam, desqualificam e aprisionam seus objetos.

É acreditando na potência da pessoa que ali está como objeto de cuidados que Figueiredo (2012) discorre sobre os objetivos do exercício de cuidar. É a motivação de orientar o sujeito para que possa ser ativo no seu processo de inserção de si mesmo na vida e



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** **PERINATAL**



no mundo, de construção de sua própria história, que deve guiar o cuidador. Assim, seu objetivo principal apresenta-se como conduzir seu objeto a desenvolver suas próprias capacidades cuidadoras: “O doente não se converte em médico, mas espera-se que ele conheça algo da sua doença e da “sua” medicina para que não adoça de novo ou possa tratar-se melhor.” (FIGUEIREDO, 2012, p. 144).

Trata-se aqui, portanto, da transmissão da função cuidadora a partir da prática do próprio cuidar. Como Figueiredo (2012) bem aponta, a atividade do cuidar não é ensinada plenamente em nenhum manual, posto que não se limita às normas técnicas de eficácia. Descobrir o equilíbrio dinâmico entre as estudadas funções da presença implicada e suas relações com a presença reservada requer algo mais que reproduzir ou imitar.

Requer a introjeção criativa das funções cuidadoras, o que significa ter, dentro de si mesmo, a segurança de ter sido cuidado e, com isso, ter desenvolvido singularmente sua própria forma de cuidar. Por outro lado, o que permite essa introjeção criativa é o enraizamento das práticas de cuidado nas capacidades do sujeito, o que só consegue ser feito por um agente cuidador capaz de ativá-las. Aí está o papel crucial de cada um dos diferentes cuidadores (pais, médicos, enfermeiros, professores, psicólogos) na vida de cada sujeito (FIGUEIREDO, 2012).

Diante dos desafios encontrados e analisados, cabe então passar à análise das estratégias encontradas na quarta categoria para lidar com os mesmos. Observa-se que a metade das subcategorias encontradas, representadas pelas falas constantes nos quadros 13, 14, 15 e 18, trata do emprego de variações da mesma estratégia: o compartilhamento tanto das dificuldades vividas quanto das emoções e angústias que elas movimentam com outras



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



... pessoas (colegas de diversas categorias profissionais, a rede humana de apoio da paciente, a própria paciente e seu entorno e os familiares do médico).

Sobre isso, Figueiredo (2012) destaca quão importante é que o cuidador possa compartilhar seus fazeres e decisões com outros agentes cuidadores (Quadro 13) e se permita descobrir que o objeto de cuidados também pode exercer funções cuidadoras para com aquele que aparenta concentrá-las exclusivamente. Com isso, abre-se espaço para evitar que o cuidado seja um exercício de domínio e que os exageros da presença implicada se façam.

Cada uma das formas de compartilhamento dessas três subcategorias parece falar de um endereçamento distinto, tanto em relação ao objeto que é endereçado, quanto a quem ele é endereçado. No Quadro 13, infere-se uma troca de experiências ocupacionais entre profissionais. No 14, parece um compartilhamento da responsabilidade pelo acolhimento e suporte da paciente no momento da transmissão da notícia e de sua compreensão do mesmo com os familiares dela. Já no Quadro 18, as falas remetem ao endereçamento de algo mais íntimo e de caráter mais pessoal, como emoções, medos, angústias e conflitos, a alguém do círculo de confiança e intimidade do médico, seu próprio familiar.

Por outro lado, pode-se traçar um diálogo entre a estratégia indicada no Quadro 19 e a forma de compartilhamento apresentada nos discursos do Quadro 14. Percebe-se, pelas falas presentes naquele quadro, que a presença da informação sobre a malformação no discurso da paciente e de seus familiares é sentida pelo médico como um compartilhamento da sua responsabilidade sobre o entendimento dela acerca de seu quadro clínico, ou seja, como relativo alívio do peso que carregava solitariamente da apresentação e da transmissão do mal encarnado na imagem da ultrassom.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



O trecho da extensa fala do médico 04 *“ela já chega falando, então você economiza tempo, você economiza muito do discurso e você pode atender melhor a paciente”* é emblemático desse suporte sentido pelo médico por podermos nos lançar a seguinte pergunta: de que economia esse sujeito está falando? Não seria uma pequena economia de seu imenso esforço? Esforço ao estudar como comunicar a notícia, de forma não só compreensível, mas também delicada, e fazê-la.

No Quadro 12, aparecem falas que expressam claramente um trabalho de reflexão dos profissionais e, se associarmos a fala do médico 02 a outra fala sua, apresentada no Quadro 09, os conteúdos nesse quadro permitem a interpretação da possibilidade de esses sujeitos realizarem importante exercício para o qual Balint (1988) chama tanta atenção: o de praticar o “autoexame”. Este seria o exame de sua própria pessoa, seus próprios problemas, ideias e desejos, escolhido como via privilegiada para o combate à função apostólica desmedida.

Já as falas do Quadro 15, por outro lado, ao apontarem a construção e o estabelecimento de uma parceria contínua com a paciente e seu companheiro, durante todo o seu acompanhamento, como estratégia não só para lidar com a condução do caso como também para suporte pessoal, remete ao pensamento de Figueiredo (2012) nessa sessão já destacado de que o cuidador precisa renunciar à sua onipotência para que possa exercer sua função de forma saudável e não dominadora.

Ao elegê-la também como estratégia que lhe traz algum conforto íntimo, percebe-se que, em algum grau, esses médicos permitem-se serem cuidados também pela paciente, percorrendo o privilegiado e admirado caminho de se deixar cuidar por quem é cuidado, permitindo a troca que sinaliza a humanidade e a falibilidade do cuidador.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Já as falas encontradas no Quadro 11 mostram uma estratégia muito diversa das anteriormente apontadas: a de defesa. A esse respeito, Lugarinho e Rosário (2010) observam como, por vezes, os médicos constroem uma implicação afetiva que, por outro lado, pode gerar um efeito oposto, de distanciamento e impessoalidade no atendimento, como forma de defesa contra as angústias decorrentes do excesso de implicação.

Balint (1988), em seus profundos estudos sobre a relação médico-paciente, traz à tona como de fato existem conflitos de sentimentos em todo médico, como em qualquer sujeito. Porém, raramente se demanda a esse profissional que fale explicitamente o que fundamenta e preenche sua rotina de atendimento, o que favorece o encobrimento de seus conflitos, não apenas para quem está ao seu redor, mas também, por vezes, para si mesmo.

Ao realizar essas indagações, em seus seminários, o psicanalista (1988) suscitou embaraço, desconcerto, racionalização, desculpas, esquiva, até mesmo agressividade, mas, sobretudo, a importante tomada de consciência, seu objetivo. Além das falas, aqui encontradas, que trazem mais claramente os conflitos que os médicos vivem, já analisadas na outra categoria, as constantes no quadro em questão mostram também a presença de algo que incomoda e traz algum tipo sofrimento para esses sujeitos, que, para conseguirem conviver com isso, abafam-no (*"as coisas ruins a gente não conta, não"*, fala do médico 02) ou maqueiam-no (*"mas elas vão com filtro"*, fala do médico 02), até certo limite suportável, como sinalizado pelo próprio médico 06.

Assim, vê-se claramente como é difícil sustentar o peso desse lugar do médico e também deixá-lo aparecer, como apontam Kushnir, Rabin e Azulai (1997), que observaram em sua pesquisa como os profissionais participantes, todos atuantes na também difícil área de



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** **PERINATAL**



oncologia pediátrica, consideram a necessidade humana de compartilhar a sua dor no trabalho como algo não aceitável ou impróprio.

Assim, esses autores (1997) sinalizam como não é encontrado lugar para o desabafo no tempo e no espaço do cotidiano hospitalar, e como reflexo disso podem ser consideradas tanto a ausência de busca por um espaço institucional em que se possa dirigir suas angústias a um profissional, relatada pela maioria dos profissionais aqui entrevistados, quanto a ausência desse próprio espaço.

A última fala do médico 06 no quadro em questão (Quadro 11), que parece rogar por compadecimento e ajuda, dialoga com uma das demandas apresentadas pelos profissionais nos grupos conduzidos por Lugarinho e Rosário (2010): a de dispor de um tempo maior de descanso que pudesse contribuir para um maior grau de descolamento das situações de alta carga de exigência emocional, sendo constatada a necessidade de um tempo adequado para a elaboração dessas experiências. Identifica-se, então, a sobrecarga de trabalho, potencial ocasionadora de adoecimentos.

Essas autoras (2010, p. 37) percebem como a ocupação cotidiana do lugar de “testemunhas e cuidadores do sofrimento alheio” por esses médicos traz uma sobrecarga física e emocional, percebida por eles, que tem o potencial de provocar efeitos desgastantes sobre seu bem estar, como o estresse. Essa sobrecarga ainda pode ser intensificada pela dificuldade encontrada por esses profissionais em falar sobre os desafios vividos no trabalho, como demonstra a última fala do médico 06 no Quadro 11. Por outro lado, cabe destacar que essa dificuldade pode ser da natureza como a da apontada pelo médico 06 acerca da falta de oferta de atendimento psicológico institucionalizado, ou da natureza de uma dificuldade



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



pessoal, decorrente de uma defesa, como a relatada pelo médico 01 no Quadro 11. De qualquer forma, aumenta-se a sensação de isolamento e frustração.

Por fim, cabe destacar algumas reivindicações que Lugarinho e Rosário (2010) observaram como comuns entre esses profissionais: a) Em 100% dos casos foi feita a menção de que é preciso cuidar de quem cuida; b) para 86% desse grupo, é necessário continuar promovendo encontros regulares nos moldes do grupo Balint e isso significa que o projeto deve ser mantido de maneira regular; c) 72% das respostas mencionam que é preciso criar espaços para compartilhamento de experiências interpessoais, interdisciplinares e, principalmente, interinstitucionais; d) 42% das reivindicações incluíram estimular o trabalho em equipe e estabelecer a clínica ampliada, promover discussões periódicas sobre o assunto, pactuadas com as chefias e incluir o tema do cuidado como parte integrante da formação profissional.

Tais reivindicações, apesar de muito mais elaboradas nos resultados apresentados por essas autoras, dialogam com o resultado de que todos os médicos entrevistados acharam interessante poder ser oferecido um espaço institucionalizado de troca entre profissionais. Alguns até assinalaram a importância da participação dos residentes e como esses espaços de alguma forma já existem, porém sendo informal a organização da sua maioria, sendo representativa a seguinte fala, que aponta tanto os benefícios dessa institucionalização quanto seus desafios de implementação: *“Eu acho bom, que vale a pena, pra aprender, tudo mundo aprende, esses encontros multiprofissionais normalmente são muito ricos, tudo mundo, a gente aprende um pouco, vcs também aprendem o outro lado, e todo mundo contribui pra*



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



atender melhor os pacientes, sempre é válido, o negócio é conseguir casar isso tudo na nossa agenda, mas acho muito proveitoso, sim.” (02)

Quanto ao último quadro dessa categoria, que aborda como a formação médica pode ou não ter contribuído para o desenvolvimento de habilidades e estratégias e para o amadurecimento voltados para a construção da relação médico-paciente e para aprender a como lidar com situações em que há conflitos que dificultam a atuação, há uma observação de Balint (1988) que resume bem o resultado majoritário encontrado: a formação médica na graduação oferece pouco suporte nesse sentido para os poucos, enquanto a residência proporciona certo aprendizado.

[a formação] não oferece ao futuro médico a experiência necessária nessa técnica [do exame psicológico do paciente] – ou mesmo de si próprio –, apesar de que seja indispensável para tratar pelo menos uma quarta parte dos pacientes, se não mais. Sua prática cotidiana o obriga a assimilar essa técnica, por sua própria conta e risco – e por conta e risco de seus pacientes (BALINT, 1988, P.191).



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Balint (1988) reconhece que a atitude do paciente frente à sua doença é atravessada por muitos fatores, não só pelas características de sua individualidade, mas também pelos efeitos das interações entre suas colocações e as respostas oferecidas a elas pelo médico. Portanto, o credo apostólico deste exerce influente papel nessa construção, que passa por conseguir assumir uma postura mais madura ou de maior dependência em relação ao médico, no contexto de enfrentamento de seu quadro clínico. Dessa forma, Balint (1988) entende que o credo apostólico não pode ser parâmetro confiável para avaliar qual tipo de relação a ser construída entre médico e paciente é mais interessante para a saúde deste.

Envolvido por essa questão, o médico (1988) se indaga como saber qual a melhor postura a ser adotada por seus colegas, identificando algumas entre eles: a de autoridade sábia e guardião da saúde do paciente, exigente da estrita obediência às suas prescrições, ou de mentor, que ensina com propriedade como tomar melhores atitudes frente ao quadro clínico, ou de cientista distanciado, que, a um só tempo, confere não só a plena liberdade de escolha, mas também a grande responsabilidade pela decisão que invariavelmente a acompanha, ou até de pai bondoso e protetor que poupa o filho das aflições (BALINT, 1988).

Que grau de dependência ou independência deve ser construído, ao longo da relação, do paciente para com seu médico? Como se dá o reconhecimento do trabalho do médico (em suas diferentes formas: pagamento monetário, com presentes, demonstrações de afeto, etc)? E como é a percepção deste sobre isso? Como é simbolizado o pagamento? Essas são algumas das questões formuladas por Balint (1988). Porém, aqui, podemos formular outras: como o paciente da rede pública demonstra o efeito do cuidado do médico sobre si mesmo, sua gratidão, seu acolhimento, seu suporte, ou a falta dele, sua indução a escolhas, ou seu apoio



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



para qualquer que seja sua decisão? Como o médico percebe isso tudo? Ele se permite perceber?

Tal lista poderia estender-se continuamente. Balint (1988) diz que a comum resposta a que esses questionamentos conduzem é a de que o médico deve julgar o que melhor convém a cada paciente. No entanto, ele mesmo nos chama a atenção: “determina a forma em que o médico se administra a si mesmo, não tanto as necessidades do paciente, quanto as particularidades do profissional” (BALINT, 1988, P. 197).

Sendo certo, portanto, que essas particularidades servem de arbítrio para a construção da relação com o paciente e a condução de sua terapêutica (o que Balint (1988) entende como o médico ocupar o lugar de juiz), porém incertos os conhecimentos sobre os efeitos de uma forma ideal de função apostólica, ou seja, de o profissional administrar-se a si mesmo, como poderiam ser determinados os critérios pertinentes à formação deste arbítrio?

Antes que possa ser apresentada possível resposta para essa importante questão, faz-se necessário ressaltar como o processo de formação desse arbítrio está presente nos resultados encontrados. Esse atravessamento é percebido nas falas dos médicos, uma vez que os conflitos nelas apresentados (na terceira categoria) dizem respeito a uma auto avaliação sobre como agir com sua paciente, que, por outro lado, figura como base para a construção da imagem de si mesmos. Além disso, como observado na segunda categoria, essa autoimagem também funciona como parâmetro para a construção da relação com a paciente, o que forma um movimento de afetação de duplo sentido entre autoimagem e relação médico-paciente, sendo ambas atravessadas pelo arbítrio pessoal do médico.

Após intenso estudo, com o minucioso trabalho de discussão, reflexão e análise nos seminários com seus colegas, Balint (1988) consegue chegar a uma resposta para sua



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** **PERINATAL**



fundamental questão sobre como desenvolver a capacidade psicoterápica do médico para com seu paciente. Conclui que o caminho que pode levar esse profissional a descobrir quais os efeitos de sua relação com o paciente sobre a saúde do mesmo e como controlá-los para melhores resultados é o processo de tomada de conhecimento sobre a compulsão do exercício da função apostólica, uma vez que abre a oportunidade de não mais praticá-la automaticamente em todos os casos. É fundamental, com isso, que o próprio médico se dê conta de como a função apostólica se comunica com seu senso comum, o qual acaba convocado todas as vezes em que a ciência não é capaz de responder a demanda (BALINT, 1988).

Dessa forma, nesse exercício de conscientização, o próprio médico deve se questionar se o que é dado por ele ao paciente está realmente a serviço da saúde deste ou atendendo à conveniência do médico, podendo estar aí confusas as ansiedades que pertencem a cada um. Como orientação para essa reflexão, Balint (1988) afirma: “Para que exista uma relação mutuamente satisfatória [entre médico e paciente] é preciso que ambos sintam que se deu um passo “positivo”, pois do contrário é inevitável a conclusão de que o médico é, até certo ponto, a causa do sofrimento, dado que não consegue curá-lo nem aliviá-lo.” (BALINT, 1988, P. 214).

Tal consideração de Balint, remete-me a uma situação muito comum no Setor da Medicina Fetal, que já acompanhei por conta de minha atuação como psicóloga residente, é a da oferta, pelo médico que conduz o pré-natal, de realização de dois tipos de exames invasivos, com risco de perda da gestação, para investigação da presença ou não de dois diagnósticos específicos de síndromes congênitas. Por vezes, essa oferta do médico cria um impasse cheio de tensão e angústia no casal que acaba por ser infrutífero e sem propósito, uma



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



vez que muitos deles entendem que o resultado desses exames não mudará nada efetivamente no futuro da gestação, como apontado por um dos médicos na entrevista, mas sua ansiedade por saber mais sobre o fantasma da possibilidade de malformação é então provocada. Assim, lanço a questão de se, nesse caso, a oferta desse recurso pelo médico não atende mais a uma demanda interna desse sujeito, em sua exigência por oferecer algo de concreto ao socorro dessa paciente, e cria, com isso, mais uma situação de dúvida e cobrança de decisão quando já se está atordoado com novas e difíceis notícias, ou realmente o ajuda a lidar com essa diferente gestação.

Como um possível desenvolvimento da conclusão que Balint (1988) conseguiu alcançar para as importantes reflexões a que pôde se dedicar, apresenta-se a análise que Luís Claudio Figueiredo (2012), psicanalista brasileiro de destaque, elaborou sobre o que é “cuidar” e sobre aqueles que se propõem a essa exercer essa atividade. Em seu texto “Metapsicologia do cuidado” (FIGUEIREDO, 2012), entende cuidar como aquilo que faz parte das obrigações e tarefas específicas não só de pais e mães, mas também de todos os profissionais das áreas da saúde e da educação. Nessa obra, busca construir o que diz poder se denominar como “teoria geral do cuidar”. Nela, coloca que o sentido mais profundo da prática do cuidar “é o de propiciar para o indivíduo uma possibilidade de “fazer sentido” de sua vida e das vicissitudes de sua existência ao longo do tempo, do nascimento à morte” (FIGUEIREDO, 2012, p.134).

“Fazer sentido”, em interpretação psicanalítica, é aqui entendido como o trabalho que o sujeito consegue realizar de constituição de uma experiência integrada a partir dos inúmeros acontecimentos que lhe acometem ao longo de sua vida. Tais experiências de integração, exigidas do sujeito para que consiga construir uma existência humana, e não uma história de



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



turbulências, só podem ser constituídas se antes tiverem sido “exercidas, ensinadas e facilitadas pelos *cuidados* de quem somos alvo.” (FIGUEIREDO, 2012, p. 134).

Dessa forma, Figueiredo (2012) conclui como uma das principais funções a que se propõe a tarefa de cuidar a transmissão das próprias funções cuidadoras, reiterando que cuidar bem é, entre outras coisas, transmitir bem tais funções, não sendo isso algo adicional e opcional, posto que essencial no processo de constituição de sujeitos “responsáveis” (FIGUEIREDO, 2012, p. 145). Reassegura, por fim, que apenas aqueles que introjetaram criativamente tais funções e as exercem do mesmo modo criativo são capazes de realizar tal tarefa e de realiza-la de forma criativa e eficaz, distanciando-se da inaptidão para cuidar ou de seu mau exercício, como o é o cuidado mecânico, denunciados pela impossibilidade dessa transmissão da capacidade cuidadora.

Assim, para Figueiredo (2012), “o bem exercitar a capacidade de cuidar” não é movido pelo “espírito de sacrifício” (FIGUEIREDO, 2012, p. 145), ainda que imponha algum. Isso porque cuidar bem é fruto da mistura da introjeção do que é bom (modelos e ideias) com a capacidade criativa de sonhar e construir novos objetos para se investir, o que faz dessa atividade, intimamente relacionada ao princípio do prazer, algo prazeroso.

Dessa forma, segundo Figueiredo (2012), pelo prazer de criar, pelo prazer do brincar, as fantasias eróticas e agressivas mais primitivas (capazes de levar à patologização vista anteriormente) de cada sujeito se transformam e podem ser sublimadas. Com a sublimação, as ansiedades comuns a qualquer sujeito que é agente de cuidados não mais produz tal angústia que conduza à onipotência cruel. O sujeito aprende a suportá-las, a suportar as dificuldades e perdas da existência, aquilo que escapa ao controle e contesta o ideal, as chamadas imperfeições da vida. Assim, a reparação não se dará mais pela negação mágica e destrutiva:



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



“A reparação ganha um colorido criativo e as obras de criação adquirem um potencial reparatório; cuidar será tanto reparar quanto criar, será fazer novas ligações e produzir novas formas.” (FIGUEIREDO, 2012, p. 148).

Assim, aqui se chegou à conclusão de que o caminho da tomada de consciência acerca de si mesmo e suas fantasias é o que permite que o médico possa exercer seu cuidado de forma mais atenta ao modo como está se envolvendo com seu paciente, a que tipo de relação está construindo ele e sua história, que influências e efeitos essa relação está produzindo sobre a paciente e a condução de seu quadro clínico e que repercussões gera também no universo interno, pessoal, desse profissional. Como a própria revisão bibliográfica demonstrou, a realização de grupos com esses cuidadores que abram um espaço para que possam falar do exercício de seu ofício é muito profícuo para a saúde mental tanto deles mesmos quanto das suas relações no trabalho.

Como apresentado, os Grupos Balint configuram-se em uma proposta interessante de trabalho, uma vez que nele não há lugar de mestre para ser ocupado, devendo tanto psicanalistas quanto médicos encontrar novas posições para si. Então, trabalham num projeto sobre certo caso clínico relatado, que se configura como objeto de investimento para todos, sendo, no decorrer dessa atividade comum, reconhecida a especificidade de cada um. Com essa independência da equipe de pesquisa, almeja-se, como Balint (1994) propôs, preservar a dignidade, a independência e a responsabilidade adulta dos médicos participantes dos grupos, entendendo estas como condições indispensáveis para que seus membros se tornem e atuem como autossuficientes.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** **PERINATAL**



Acerca dessa autossuficiência, Balint (1994) esclarece como seu objetivo principal tornar o médico capaz de fazer suas próprias descobertas, enfrentando as dificuldades encontradas, como a do médico em conseguir não só expor seu trabalho profissional, que vai se tornando conhecido pelos demais membros do seminário, mas também revelar nos grupos as motivações latentes de seu comportamento terapêutico.

Essa revelação faz parte do processo de realização de cada médico de suas descobertas independentes. Quando a maior parte dos membros do seminário está tocada por um relato e isso é algo manifesto, configura-se um exemplo de momento propício para uma descoberta. Faz-se presente uma ótima oportunidade para os membros tomarem consciência de suas formas individuais de comprometimento, uma vez que a diversidade das respostas faz se destacar, por contraste, a resposta individual de cada sujeito.

Assim, trata-se de oferecer recursos para que esses profissionais possam desvendar suas potencialidades (de autoconhecimento, resiliência, habilidades relacionais, entre outras) a partir do olhar para si próprio, o que é facilitado pelo olhar ao semelhante nos grupos. Dessa forma, espera-se que mais facilmente consigam cada um, encontrar o ajuste que lhe é único e singular entre si mesmo e o sujeito que se lhe apresenta como paciente, entre a sua história e a história do outro, especialmente quando a realidade em sua máxima dureza inspira tão facilmente, pela compaixão e identificação, a negação e o controle, revirando angustiantes fantasias.

Com isso, essa pesquisa observou a real presença de desafios no trabalho dos médicos atuantes no acompanhamento de gestações com malformação fetal. No entanto, para além da sensação de se estar abrindo a Caixa de Pandora e deixando ecoar, livres, os males que “deveriam” ser mantidos em segredo, dentre eles o conhecimento antecipado da própria



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** **PERINATAL**



morte, ao se tocar nesse assunto, também aparecem a coragem e a força de vontade, como nos mostram os discursos dos participantes. Cabe, então, voltar o olhar para esse esforço e esse compromisso médicos para com a gestante e seu cuidado, reconhecê-lo e propor caminhos para que não só sejam potencializados, mas cuidados. Afinal, quem os move também é humano.

Assim, com essa pesquisa, não se teve a intenção de fazer uma crítica crua à atuação médica e seus efeitos, mas estudar como uma atuação que por vezes é movida por sentimentos, emoções e conflitos inconscientes pode produzir efeitos indesejados. Por ter percebido, durante minha atuação nesse programa de residência, a presença desses elementos e o quanto eles poderiam trazer algum tipo de angústia aos seus portadores, que entendi como necessário desenvolver esse estudo com o foco sobre quem cuida, que muitas vezes é esquecido pelas políticas institucionais hospitalares e públicas.

A importância desse estudo me pareceu corroborada pelos resultados encontrados, que mostraram não só as dificuldades ora diretamente declaradas ora implícitas dos médicos nessa assistência, como também claros pedidos de atenção à saúde do profissional, que, evidentemente, precisam ser ouvidos por aqueles que podem oferecer cuidados a quem também cuida.

Da mesma forma, como uma crítica construtiva, espera-se que as observações dos médicos participantes, tanto sobre a importância da discussão multiprofissional e interdisciplinar para a construção de uma visão humanizada e integral do usuário, como preconizados pela OMS e Ministério da Saúde, quanto acerca da formação médica, para que mudanças curriculares nos diversos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde possam ser pensadas, sejam levadas adiante.

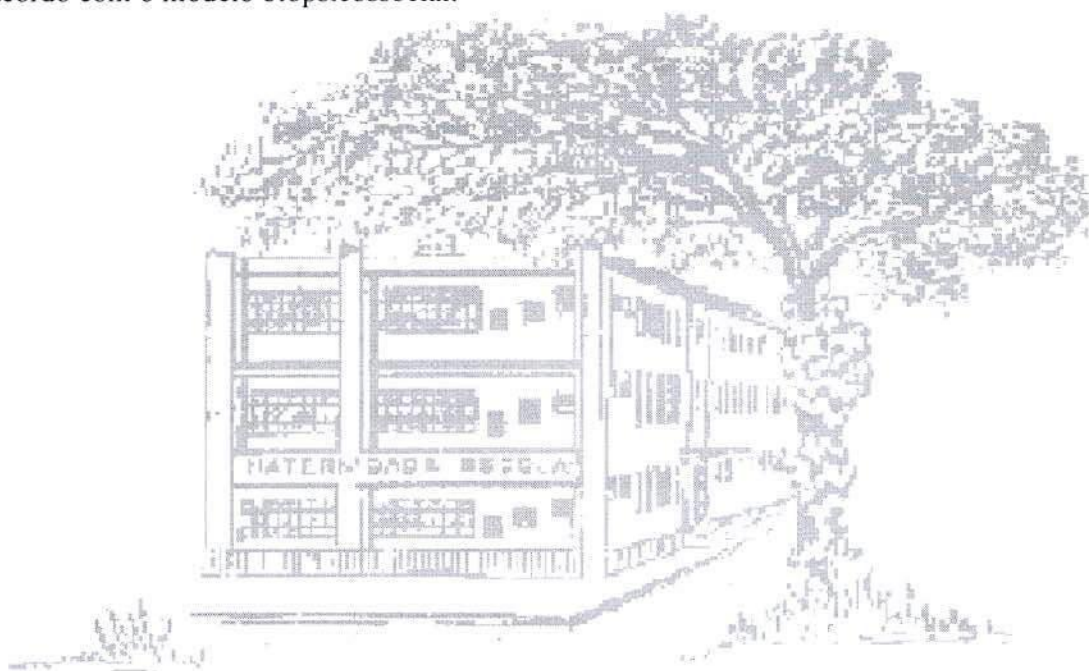


MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



Por fim, espera-se também que essa análise da atuação médica possa abrir caminhos para novos estudos que associem-na aos efeitos psicológicos sobre os usuários e sua família em situações de vulnerabilidade, como numa gestação de risco, contribuindo para a fundamentação de políticas, práticas de educação permanente em saúde e assistências de acordo com o modelo biopsicossocial.





MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, M. S. C.; PATROCÍNIO, C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v.8, n.2, p.239-251, 2007.

BAILE, W. K. et al. SPIKES - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, v.5, n.4, p.302-311, 2000.

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

BALINT, M. Psicanálise e prática médica. In: MISSENARD, A. (Org). *A experiência Balint: história e atualidade/estudos solicitados e coordenados por André Missenard a respeito de uma proposta de René Gelly*. Tradução Nelson da Silva Junior. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p.25-38.

BALLANTYNE, A. et al. Prenatal diagnosis and abortion for congenital abnormalities: is it ethical to provide one without the other? *Am. J. Bioeth.*, v.9, n.8, p.48-56, 2009.

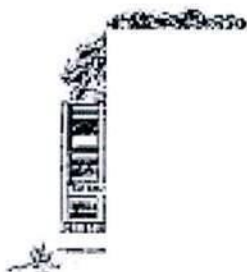
BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1988.

BENJAMIN, W. Experiência e pobreza. In: BENJAMIN, W.. *Magia e técnica, arte e política*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. p.114-119. (Obras escolhidas, v.1)

BENJAMIN, W. Sobre alguns temas em Baudelaire. In: BENJAMIN, W.. *Charles Baudelaire: um lírico no auge do capitalismo*. Trad. José Martins Barbosa e Hermerson Alves Batista. São Paulo: Brasiliense, 1989. (Obras escolhidas, v.3).

BENUTE, G. R. G. *Do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção da gravidez: psicodiagnóstico e intervenção*, 2005. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de segurança e saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf>. Acesso em: 29 out. 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica).

CHAZAN, L. K. *"Meio quilo de gente"*: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

COSTA, M. S.; GAMA, S. N.; LEAL, M. C. Congenital malformations in Rio de Janeiro, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad.Saúde Pública*, v.22, n.11, p.2423-2431, 2006.

DARZÉ, O. I. S. P.; AZEVÊDO, B. K. G. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.36, n.1, p.5-9, 2014.

FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. 2.ed. São Paulo: Escuta, 2012.

FREUD, S. Luto e melancolia. In: FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v.3

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, A. G. *A ultrasonografia obstétrica e suas implicações na relação mãe-feto: impressões e sentimentos de gestantes com e sem diagnóstico de anormalidade fetal*. Dissertação (Mestrado), 2003. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

GOMES, A. G.; PICCININI, C. A. Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. *Psicol. clin.*, v.22, n.1, p.15-38, 2010.



HOROVITZ, D. D. G.; LLERENA JUNIOR, J. C.; MATTOS R. A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.4, p.1055-1064, 2005.

MENACHEM, S.; GRIMWADE, J. Pregnancy termination following prenatal diagnosis of serious heart disease in the fetus. *Early Hum. Dev.*, v.73, n.1-2, p.71-78, 2003.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRLESSE, V.; VILLE, I. Usage de l'échographie prénatale pour le diagnostic des malformations fœtales à Rio de Janeiro au Brésil. *Social Science Med.*, v.87, p.168-175, 2013.

LUGARINHO, L. P.; ROSARIO, S. E. do. Atenção ao vínculo e saúde do trabalhador: um bom encontro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

NOVAES, H. M. D. Social impacts of technological diffusion: prenatal diagnosis and induced abortion in Brazil. *Soc. Sci. Med.*, v.50, p. 41-51, 2000.

PENELLO, L.; MAGALHÃES, P. Comunicação de más notícias: uma questão se apresenta. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

RAMALHO, M. A. N.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Rev. Psicol. Est.*, v.12, n.1, p.123-132, 2007.

RAPHAEL-LEFF, J. *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. The teaching of communication skills in medical schools: an approach. *Interface – Com., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.93-102, 2006,

SILVA, C. M. G. C. H. *et al.* Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciênc. Saúde Coletiva*. v.16, n.supl.1, p.1457-1465, 2011.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal. *Cad.Saúde Pública*. v.19, 2003.

SOUSA, L.; PEREIRA, M. G. O impacto da interrupção da gravidez por mal formação congênita: a perspectiva do pai. *Psic. Saúde & Doenças*, v.10, n.1, 2009.

SOUSA, L.; PEREIRA, M. G. Interrupção da gravidez por malformação congênita: a perspectiva da mulher. *Psic. Saúde & Doenças*, v.11, n.2, p.229-242, 2010.

VASCONCELOS, L.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psic. Saúde & Doenças*, v.10, n.1, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution World Health Organization*. New York: WHO. 1946. Disponível em: < http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.



MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



ANEXO

QUESTIONÁRIO

- 1) Sob seu ponto de vista pessoal, o que pensa sobre os casos em que o prognóstico da gestação é reservado? Como se sente diante deles? Em algum momento, já parou para refletir ou pensar sobre isso?
- 2) Como você se sente no momento da transmissão de um diagnóstico no seu contexto de trabalho?
- 3) Quais são os momentos durante a condução do pré-natal que considera mais difícil na sua vivência nesse contexto de trabalho?
- 4) Conta com algum suporte pessoal que te ajuda a lidar com essa situação? Qual? Se não, gostaria de receber? De que tipo?
- 5) Quais estratégias usa para lidar com esses casos no seu contexto de trabalho?
- 6) Na maioria das vezes, considera suas estratégias profissionais para lidar com esses casos bem-sucedidas?
- 7) E quanto às suas estratégias pessoais para lidar com esse tipo de vivência? Qual sua opinião?
- 8) Sua formação profissional em nível de graduação ou pós-graduação incluiu suporte técnico ou acadêmico para lidar com esses casos? Qual? Como avalia tal suporte na sua prática atual?
- 9) Considera que exista algum tipo de suporte institucional para lidar com esses casos? Qual sua opinião?