

O Ensino de Psicologia Médica¹

Abram Eksterman²

I- Delimitação conceitual:

Um retorno ao humanismo marca a nossa atualidade convulsionada por crises. A Medicina hoje, ao se voltar para as suas origens hipocráticas, esforça-se em reparar o longo esquecimento a que relegou o objeto básico de sua atenção: a humanidade do homem. Pretende-se agora que o objeto da tarefa médica seja o próprio homem e não apenas órgãos e sistemas, difunções ou anormalidades. Coube à Medicina Psicossomática contribuir decisivamente para a rencoceituação da prática médica e há uma dupla influência a considerar: a primeira derivada das pesquisas suscitadas pelo clássico problema da relação corpo-mente; a segunda conseqüente à infiltração da psicologia na compreensão dos fenômenos mórbidos em geral e dos problemas de relacionamento clínico, estes últimos tradicionalmente entregues aos azares da arte.

As respostas ao problema corpo-mente dentro da patologia encontraram neste século apoio teórico principalmente nos estudos da Psicanálise e da Psicofisiologia, respostas essas que, procurando estabelecer relações causais entre os fenômenos somáticos e psíquicos, deram origem a conceitos como os de somatização, enfermidade psicossomática e psicogênese. A aparente aproximação dos problemas relativos às áreas somáticas e psíquicas produzida pela introdução do psiquiatra nas lides do hospital geral foi conturbada pela multiplicação de teorias, pelo excessivo uso de termos esotéricos e estranhas técnicas terapêuticas, inconciliáveis com a indispensável e ampla comunicação que as especialidades devem manter. Além disso, acrescentou-se à habitual diferenciação entre o que é somático e psíquico uma outra: o que é psicossomático. Embora essa abordagem tenha tido o mérito de muito ampliar o nosso conhecimento, acentuou a dissociação mente-corpo e como conseqüência fragmentou ainda mais o doente na prática terapêutica. Podemos concluir que “nos parâmetros da prática médica geral, ao considerarmos o homem como um todo indissociável, o problema da ‘somatização’ afigura-se um pseudo-problema” (Eksterman, 1977). O estudo do fenômeno psicossomático não deve levar a divisões, mas à integração. Não há como deixar de reconhecer que “não há doenças psicossomáticas; todas as doenças são psicossomáticas” (D. Perestrrello, 1964). Isso não deve ser apenas um enunciado recitativo.

Por outro lado, a presença do psiquiatra no hospital geral trouxe um benefício secundário, muitas vezes fortuito e inesperado. Reporto-me aqui a um aspecto de minha experiência ao lado de clínicos em hospital universitário. Durante algum tempo (não

¹ Relatório oficial apresentado na mesa redonda sobre o mesmo tema no Primeiro Congresso de Medicina Psicossomática da Baía do Prata, Buenos Aires, 1977. Publicado em “Psicossomática”, ano I, nº I, vol. jan/março/86; OEDIP, org. Editorial Psicossomática, Recife.

² Professor titular da Disciplina de Psicologia Médica da Escola de Medicina da F.T.E.S.M., Rio de Janeiro. Diretor do Centro de Medicina Psicossomática do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

mais de dois anos) dediquei-me ao estudo dos fatores psicológicos que intervinham na eclosão e manutenção da enfermidade. Minha contribuição à clínica era a do especialista e o meu laudo simplesmente somava-se aos demais, pouco contribuindo para a conduta terapêutica final. Meus relatórios eram considerados mais curiosidades clínicas que objeto para uma séria reflexão semiológica. Uma observação ocasional modificou minha atitude e participação na equipe clínica: verifiquei que o médico que fala **com** o doente não é o mesmo que fala **desse** mesmo doente. Ao falar do doente introduz expressões emocionais encobertas no contato clínico prévio e que jamais eram assinaladas no prontuário. Passando a considerar os aspectos emocionais envolvidos como o **ruído** da comunicação médico-paciente, resolvi dedicar-me ao estudo desse ruído e verificar sua interferência na condução da anamnese, no raciocínio diagnóstico e na prescrição terapêutica. A rigor, procurei especializar-me em ruídos. Sua análise minuciosa permitiu uma melhor compreensão das distorções do convívio clínico em todos os aspectos, e uma gama considerável de problemas iatrogênicos puderam assim ser surpreendidos. A iatrogenia não afetava apenas o doente, mas o próprio médico e freqüentemente o estudante de medicina, sobretudo aquele no início de sua aprendizagem profissional. Nele pude reconhecer uma comum “hipocondria transitória do terceiro-anista”, condição patológica breve e reversível – hipocondríaca como o nome indica – e que atinge o principiante da prática clínica (terceiro-anista do curso médico), como resultado de identificações mórbidas defesivas em período sincrético de relacionamento com o doente sob o seu cuidado (ou mesmo com o assunto clínico recém-exposto pelo professor). O processo transferencial-contratransferencial evidenciado na prática psicanalítica era assim também observável na prática médica geral (ressalvadas as particularidades do campo específico) com repercussões importantes para o diagnóstico, terapêutica e prognóstico do caso clínico, sem mencionar o adoecer progressivo e insidioso a que o próprio médico estava sujeito. Não eram achados originais – nem era essa a pretensão – mas produziram uma notável mudança na orientação de ensino naquilo que aqui está sendo denominado “formação psicossomática”. Passamos a considerar prioritário no ensino e formação do profissional da saúde a aprendizagem da psicologia do relacionamento clínico e passamos a entender Psicologia Médica como o campo específico desse estudo. Justificamos assim nossa posição: a formação psicossomática nas ciências da saúde está identificada com o ensino de Psicologia Médica.

II- O Ensino de Psicologia Médica

Conceito:

Concordamos com Pierre B. Schneider (1971) que Psicologia Médica é o estudo da relação médico-paciente. Prefiro uma metáfora: Psicologia Médica é o tecido conjuntivo da prática médica em geral. O Objetivo final é a Medicina da Pessoa, ou seja, o atendimento ao ser humano, enfermo em função de sua biografia e do mundo ao qual se adapta (D. Perestrello, 1974). É assim uma disciplina específica na medida em que fica

claramente delimitado seu campo de estudos. Com isso não excluimos estudos associados como os de Antropologia, Sociologia, Psicologia Evolutiva, Psicologia Social, Personalidade, Comunicação, Semiótica, etc.. Podem ser pré-requisitos indispensáveis e ênfase especial deve ser dado ao conhecimento da criança e da relação materno-infantil.

Examinaremos preferencialmente a área de saúde dentro da qual temos maior experiência, ou seja, a do ensino médico e os parâmetros que podem nortear um programa de Psicologia Médica³

1

O conteúdo programático de Psicologia Médica não deve ficar restrito aos limites de uma disciplina curricular. Deve principalmente comportar-se como um campo propiciador de **formação médica**. Mais ajudar o aluno na construção de uma mentalidade médica que na simples aquisição de conhecimentos teóricos; mais incidir na área afetiva da aprendizagem que na cognitiva, mesmo tomando em consideração que ambas formam um todo indissociável

2

Como um estudo do homem a serviço da prática médica, a disciplina de Psicologia Médica deve estar presente nas atividades didáticas de todas as demais disciplinas e em todo período escolar. Comportar-se-á no currículo como um campo de aprendizagem eminentemente interdisciplinar. Por sua vez, o aluno contará com um auxílio importante para sua integração no processo de aprendizagem médica e na própria Faculdade, bem como receberá a orientação indispensável para estabelecer com os doentes uma relação produtiva, harmoniosa e terapêutica.

3

Como atividade pedagógica predominantemente interdisciplinar, não acarretará alterações consideráveis da carga horária já existente, mesmo ampliada para todos os anos do curso médico. Isto porque poderá utilizar o tempo de cada uma das disciplinas em programas associados aos objetivos da Psicologia Médica com a vantagem de expor ao aluno a óbvia unidade mente-corpo, a qual deve prevalecer em toda ação de saúde.

³ Os três parágrafos seguintes foram retirados do documento apresentado à Faculdade de Medicina da U.F.R.J. em 1976 sob o título "Fundamentos para um Programa de Psicologia Médica" e elaborado por uma comissão constituída por: Abram Eksterman (coordenador), Adolpho Hoirisch, Jacques Vieira Engel, José Angelo de Souza Papi e Júlio de Mello Filho.

Secundariamente, fornecerá aos professores das diferentes disciplinas subsídios para que eles próprios se tornem, paulatinamente, os professores básicos dessa formação. Com isso, o professor de Psicologia Médica poderá, com o tempo, melhor atuar na supervisão, elaboração e gerência de programas educacionais, além de melhor poder vincular-se aos programas assistenciais do Hospital ao qual estiver associado.

Na temática de Psicologia Médica o estudo do “Processo Clínico” constitui o núcleo central de ensino.

O PROCESSO CLÍNICO

Como processo clínico entendemos o conjunto estruturado de acontecimentos produzidos no campo dinâmico estabelecido entre médico (ou equipe de saúde) e o paciente. Percorre o tempo que vai do primeiro encontro à alta, ou separação médico-paciente. Inclui todos os procedimentos médicos, comunicações verbais e extra-verbais, experiências afetivas veiculados no espaço físico do campo de relações clínicas. À Psicologia Médica interessa particularmente a patologia do processo clínico. Nesse processo, três síndromes merecem especial atenção: a síndrome de dependência, a síndrome da alta e a síndrome da eutanásia.

A primeira é derivada dos vínculos emocionais que o doente estabelece com o médico, altamente impregada por pautas de conduta regressivas, análoga aos fenômenos transferenciais do contexto psicanalítico. À dependência do paciente responde o médico com sua contradependência, defendendo-se dos vínculos regressivos, escotomizando-os ou rechaçando-os, ou, o que é muito comum, promovendo-os para alimentar suas próprias fixações infantis. Nesse último caso, o médico precisa do doente, muitas vezes mais do que este do médico, e, inconscientemente, promove a manutenção e cronificação da enfermidade.

A síndrome de alta constitui um episódio mórbido do processo clínico bem caracterizado, e que ocorre a partir do momento em que é anunciada a separação médico-paciente. Os vínculos emocionais regressivos que não podem ser abruptamente desfeitos fazem falhar as adaptações súbitas exigidas no momento da alta. Como consequência, o doente piora ou nova enfermidade se instala, seja na área somática, mental ou social. Exemplo são os pacientes peregrinos, visitantes crônicos de ambulatórios, vítimas da busca incessante de seus protetores arcaicos.

O nome “síndrome de eutanásia” foi-me sugerido pelo apelo que um doente mental grave, esquizofrênico, fizera-me há muitos anos, como primeira frase de um tumultuado contato clínico inicial: “Dr., eu quero que o sr. me faça eutanásia”, violência a que eu não atendi com risco a minha integridade física. Pesquisada essa formulação dentro do contexto clínico foi possível observar que o doente chamado somático nem sempre pretende, ao buscar ajuda médica, aliviar ou curar seus males. Ao contrário, levado por impulsos mórbidos suicidas inconscientes, procura no médico auxílio para uma eutanásia parcial ou total. Muitas vezes o consegue. São as induções iatrogênicas, comuns na prática clínica e cirúrgica. Os conhecidos doentes poli-cirúrgicos são exemplos dessa situação.

Essas “síndromes do processo clínico” são apenas alguns flagrantes ilustrativos da vasta área de estudo representado pelo campo do processo clínico. Detivemo-nos apenas numa descrição esquemática.

A seguir desenvolveremos os objetivos didáticos básicos do estudo nas áreas do ensino na qual atuamos⁴. O ensino do processo clínico deverá focalizar:

a) *A compreensão antropológica da doença, ou seja, das manifestações mórbidas em função das particularidades existenciais do doente.* A doença é o produto de uma construção biográfica específica. A pessoa constrói sua enfermidade e não apenas é afetada por ela com algo estranho à sua personalidade. Constrói-se saúde, como se constroem doenças – são em si processos diferentes. Eliminar a enfermidade não é o mesmo que obter saúde. Um dos graves defeitos da formação médica tem sido justamente esse: presumir que a recuperação do doente equivale à eliminação das formas manifestas da patologia. É a razão por que, via de regra, o profissional de saúde entende pouco de saúde. Dedicado à doença, conhece patologia. Não higiene. O problema médico não deve se restringir ao combate às doenças, mas à promoção de condições para que o ser humano possa construir saúde. E saúde depende da trajetória existencial de cada um.

b) *Os fenômenos de psicologia de grupo na prática médica observáveis em familiares de doentes, nos grupos de doentes atendidos em ambulatórios, nas equipes médicas e auxiliares, nas relações do corpo clínico com a enfermagem.* Aqui a enfermidade é examinada como expressão da morbidez do grupo. Como exemplo, o **doente** do grupo familiar, que ao se recuperar, faz com que outro membro do grupo adoça. O campo dinâmico formado pelas equipes de saúde influencia o prognóstico do doente e a condução da terapêutica.

c) *A relação médico-paciente em seus múltiplos aspectos.* É o centro de interesse desse estudo. Médico e paciente formam um todo indissociável. O destino da terapêutica está condicionado pelo conhecimento da dinâmica desse todo.

O estudante comprometido nesse processo educacional deverá obter a preparação mínima para:

a) *Reconhecer que o doente é um ser vivo, semelhante a ele, estudante, na sua complexidade bio-psico-social, com o propósito básico de poder respeitar o doente.* A coisificação do doente a nível de peça anatômica ou de animal de experimentação é algo facilmente observável e pouco ou nada se obtém com preleções deontológicas ou mesmo com juramento hipocrático. Esse é um assunto da formação da pessoa do médico e da construção de sua identidade profissional (A. Hoirisch, 1976).

⁴ Faculdade de Medicina da U.F.R.J.; Escola de Medicina da F.T.E.S.M.; Cursos de Pós-Graduação da U.F.R.J.

b) *Dialogar com o doente de forma que possa captar não somente informações específicas quanto à eclosão e desenvolvimento de uma patologia, mas a maneira de ser íntima do doente, seu mundo inconsciente, estabelecendo, quando possível, correlações entre a biografia e as manifestações somáticas passadas e principalmente atuais.* A anamnese da doença fica assim substituída por uma anamnese integral, antropológica. Em lugar do diálogo estereotipado, dirigido, vazio de emoções e freqüentemente falsificado pelo doente (senão pelas expectativas prévias do médico), o diálogo aberto, não dirigido, voltado para as preocupações do doente, sua maneira de viver e de adoecer.

c) *Ter a capacidade de identificar-se com o doente para compreendê-lo e assim poder reconhecer suas dificuldades reais com o propósito de diagnosticar o doente (e não apenas a doença).*

d) *Ter condições emocionais para fazer clínica, isto é, ficar ao lado do doente, acompanhá-lo, podendo assim atender suas necessidades reais com o propósito de estabelecer uma terapêutica específica para **aquele** doente.* E a singularização do caso clínico só é possível quando não somente a doença é valorizada, mas, e sobretudo, o doente.

e) *Ter formação básica e a compreensão para não ser dirigido, sem disso se aperceber, por propósitos mórbidos inconscientes do doente.* Evita-se com isso o papel de agente morbígeno adotado pelo médico, induzido pelas necessidades inconscientes do doente, dentro do campo dinâmico de relações que ambos estabelecem no pacto terapêutico.

A temática estende-se por todos os problemas do processo clínico julgados relevantes, desde o encontro até a alta, e, no final, o estudante deverá estar capacitado para colher os dados necessários para compor “a história da pessoa” do doente.

A HISTÓRIA DA PESSOA:

Do diálogo que médico e paciente estabelecem entre si, além das várias histórias importantes para o registro clínico, transparece uma “história da pessoa”⁵ que vai permitir o **diagnóstico do doente**. Esse diagnóstico está apoiado num triplo conjunto de informações significativas prestadas pelo doente, quando lhe é permitido expressar-se de forma espontânea para um médico interessado e atento: a) sua biografia, mais como a vivenciou do que como os fatos se passaram na realidade objetiva e cronológica; b) as circunstâncias de vida nas quais sobreveio sua enfermidade atual, bem como as circunstâncias nas quais adoeceu anteriormente; c) a maneira como se relaciona com o médico e se relacionou com os anteriores.

Os dados biográficos tornam o doente uma **pessoa** para o médico e não apenas uma **patologia**. A vantagem é a singularização do caso clínico com a conseqüente adaptação das medidas terapêuticas para **aquele** doente. O conhecimento das circunstâncias de vida nas quais sobreveio a enfermidade possibilita evitar a

⁵ Proposta pelo autor em 1973 para inclusão no registro clínico de rotina do Serviço do prof. Clementino Fraga Filho.

revivescência das mesmas circunstâncias morbígenas no relacionamento clínico. A relação médico-paciente pode ser fonte de graves iatrogenias, algumas das quais, como já foi exposto, induzidas pelo paciente, sem que o médico disso se aperceba. A compreensão da relação médico-paciente permite uma aliança criteriosa com o doente. O estudo da patologia “somática” leva a **o quê** da terapêutica; o estudo da pessoa do doente e da relação médico-paciente leva ao **em quem** para poder se chegar ao **como** da mesma terapêutica. O chamado bom senso, tato, bondade, espírito humanitário não está aqui em pauta, sem menosprezar estas qualidades. Importa, no caso, é o estudo do doente através do qual seja possível desenvolver métodos seguros na condução dos objetivos da terapêutica.

O diagnóstico do doente, através da história da pessoa, permite ao médico a descência de sua identidade fundida no campo de atuação clínica à identidade do paciente por vínculos emocionais profundos. Ao identificar o paciente, restabelece a própria identidade e assim pode o médico com mais facilidade manter uso do seu raciocínio objetivo e científico e a sua integridade hígida. Observações realizadas permitiram-me concluir que a “história da pessoa” previne o adoecer do médico como resultado dos estados confusionais pelos quais é obrigado a passar em sua prática cotidiana.

OUTROS ASPECTOS DA FORMAÇÃO PSICOLÓGICA DO MÉDICO

Assinalamos anteriormente pré-requisitos indispensáveis para introduzir o aluno no estudo da Psicologia Médica (como aqui foi conceituada). Algumas observações adicionais merecem ser destacadas.

Basicamente, o aluno deve ser introduzido no estudo do homem como pessoa. Ao familiarizá-lo com o método científico das ciências culturais, ou das ciências do homem, distinguindo-o das ciências naturais, pode fundamentar a compreensão do homem como unidade bio-psico-social em permanente relação com o seu mundo. Ao confrontá-lo com um setor do pensamento médico através do exame do desenvolvimento da relação médico-paciente mostrando quando possível aspectos do passado atuantes no presente, poderá compreender os mitos e crenças que ainda estão arraigados nas atuais ações de saúde. Na área de Psicologia Evolutiva o ensino deverá possibilitar ao aluno uma percepção a mais nítida possível do que é o homem em sua totalidade, ou seja, como se adapta de forma adequada ou inadequada, como se comunica com seus semelhantes, como leva a cabo as demandas imperiosas dos seus impulsos e que destino dá a seus sentimentos. Habituar-se-á o aluno a valorizar a dinâmica dos processos mentais e não apenas visualizar e compreender o homem através daquilo que explicitamente manifesta. Com isso pretende-se abrir caminho para que o aluno possa estar preparado para ver o doente como pessoa, e não apenas como um organismo encarado biologicamente.

Também a complexidade da aprendizagem médica não pode ser apenas reduzida a problemas de ordem intelectual. Deve ser levada em consideração a inevitável mobilização de emoções e defesas diante de um semelhante enfermo e

ameaçado de morte, exposto na sua intimidade, ou inerte e fragmentado. O que com isso se pretende é ajudar o aluno nessa experiência de aprendizagem, freqüentemente traumática, acompanhando-o em seu crescimento dentro do processo educacional, facilitando-lhe recursos, ainda que limitados, para transformá-lo num médico, capaz de integrar-se a outras pessoas e delas cuidar com interesse humano. Deve o educador estar atento para as crises de formação do educando e acompanhá-lo em suas experiências com o cadáver e com o animal de experimentação; em sua integração aos sistemas educacionais, ao professor e à Instituição; em seus problemas vocacionais e em sua integração nas equipes de saúde. O futuro agente de saúde é o primeiro a necessitar toda a atenção profilática, pois nele recairá uma parte do destino das pessoas sob sua responsabilidade.

MÉTODOS DE ENSINO: O GRUPO ORIENTADO POR TAREFAS

Psicologia Médica é menos assunto de informação que de vivência. A mera informação conduz inapelavelmente à pseudo-aprendizagem. O repetidor de conceitos nada sabe e, infelizmente, pensa que sabe. Educação é transformar. Em nenhuma outra disciplina médica essa verdade é tão correta. Quando não há transformação na conduta dos alunos, não se processou aprendizagem. Durante anos estivemos diante desse desafio constituído pela necessidade de fazer com que turmas numerosas (cerca de duzentos alunos) aprendessem os fundamentos básicos de Psicologia Médica.

Não é aqui o lugar para expor em minúcias os resultados das várias experiências com métodos de ensino. De todos, a aula expositiva é o mais inócuo. Os métodos ativos de aprendizagem mostraram-se mais eficazes, principalmente grupos orientados por tarefas, seguindo um modelo especialmente elaborado para o nosso programa educacional. Nos métodos ativos a aula é montada sobre a experiência prévia dos alunos, sendo a experiência prévia do professor apenas utilizada como guia para se atingir aos objetivos mínimos da temática. Em nosso caso, subdividimos a classe em grupos de cinco a oito alunos, grupos organizados e orientados por tarefas previamente selecionados de acordo com a pauta de estudos. Essas tarefas, dependendo do tema, são executadas dentro da sala de aula ou em campo próprio de observação e/ou atuação. Os grupos são organizados em executores, observadores e relatores. Os resultados dos trabalhos realizados pelos grupos são reunidos em seminários coordenados por um professor que procura, juntamente com a turma, desenvolver a discussão até esgotar a temática proposta.

A discussão de casos clínicos e o exame crítico da prática médica constituem o método mais eficaz de aprendizagem. É o que examinaremos a seguir.

III- CONCLUSÕES

Não se pode deixar de fazer questionamentos básicos diante da nova dimensão que a prática médica adquire quando a ela se acrescenta o conhecimento da subjetividade. Esse conhecimento, a rigor, não é uma descoberta, mas uma reavaliação

que abre novas perspectivas e, com maior segurança, pode propor novas soluções. O que aqui foi exposto é apenas o esboço de uma experiência. A muitas afirmações falta o lastro do exemplo e da prova. Isso não as invalida porque sempre poderão ser contrastadas com a experiência dos outros. Concluindo:

1

Formação psicossomática e Psicologia Médica estão identificadas, na medida em que considerarmos esta última como o tecido conjuntivo da prática médica. Essa trama conjuntiva, de modo análogo ao símile orgânico, é o sistema que sustenta, defende e nutre, no caso, a ação de saúde.

2

Medicina Psicossomática vista como especialidade, e não como atitude clínica, conduz a maiores dissociações do campo mental e somático da patologia, e nos afasta do atendimento integral à pessoa do doente.

3

A terapêutica orientada para as partes não recuperam a saúde. Disfarçam ou substituem os modos de adoecer. É o ser humano total o objeto primário de toda a ação médica. O médico precisa de um novo conceito do homem sob seus cuidados. O conceito biológico de organismo é insuficiente por não traduzir adequadamente a natureza humana. Essa natureza só é compreensível quando se toma em consideração o mundo simbólico dentro do qual o homem vive e em função do qual sua vida adquire sentido.

4

Não somente precisamos um novo conceito do Homem, mas um novo entendimento sobre patologia. A doença não é apenas um acidente ou infortúnio. É a expressão de dificuldades do existir e revela uma falência dos processos de adaptação.

5

O hospital, basicamente dedicado à doença, deveria transformar-se em centro promotor de saúde.

Tudo isso aponta para o futuro. Mas é em razão de novas perspectivas que o presente faz sentido.

A FORMAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA: O EXAME CRÍTICO DA PRÁTICA MÉDICA

O ensino de Psicologia Médica tornou-se um imperativo na formação profissional quando vieram a público os resultados dos trabalhos realizados nos grupos de discussão de casos clínicos, organizados com o objetivo de avaliar criticamente a tarefa médica. Coordenados por psicanalistas, esses grupos dedicaram-se ao exame dos problemas psicológicos envolvidos na atividade clínica. Mais uma vez, e com sucesso, a objetividade científica foi questionada. Entendia-se que para se ser objetivo é necessário conhecer-se o subjetivo. O propósito dos primeiros grupos, no entanto, não foi esse. Pretendeu-se, então, verificar que recursos psicoterápicos o médico prático, sem formação especializada poderia desenvolver para o atendimento aos problemas de personalidade de seus doentes orgânicos. Tal foi a finalidade dos grupos organizados por M. Balint na Tavistock Clinic de Londres, a partir de 1949. Afirmando de maneira algo jocosa, acentuou a necessidade de se estudar a ação farmacológica do próprio médico (M. Balint, 1957).

No Brasil, os primeiros grupos de discussão coordenados por um psicanalista (que tenho notícia) foram os organizados por Danilo Perestrello, a partir de 1958⁶. Pessoalmente, coordenei grupos de médicos, estudantes, grupos estáveis, grupos abertos e um grupo – talvez o mais interessante – constituído por uma equipe clínica de uma enfermaria de hospital universitário. Não cabe aqui mais que breves comentários sobre suas possibilidades e limitações.

O foco do trabalho grupal recai no exame da relação médico-paciente através do relato de um caso clínico. Ao narrar o caso e as vicissitudes do tratamento, o relator não apresenta exatamente o caso do doente (**fato objetivo**), **mas como ele, relator, o representa em seu mundo mental (fato subjetivo)**. Na discussão grupal ressaltam os aspectos irracionais e o caso pode ser reavaliado e freqüentemente são superados os impasses clínicos. Esses grupos têm a dupla vantagem de proporcionar formação profissional e assistência às patologias do processo clínico. Fornece formação médica contínua e base para a prática de uma medicina antropológica. Michel Sapir (1972) desenvolve todo o estudo sobre a formação psicológica do médico em torno dos chamados grupos Balint, como passaram a ser reconhecidos esses grupos de discussão.

⁶ No Serviço do prof. Clementino Fraga F^o na Santa Casa (1^a Disciplina de Clínica Médica da Fac. Medicina da U.F.R.J.). Fundou então a Divisão de Medicina Psicossomática de cuja chefia afastou-se há pouco mais de um ano.

Isaac Luchina, na Argentina, tem desenvolvido, através do notável trabalho do GEPEM (Grupo de Estudos de Perspectivas Médicas) o estudo da tarefa médica centrada no grupo Balint, além de proporcionar importantes subsídios para a assistência em geral (Luchina, 1973). Assinala Júlio de Mello Filho (1976), que “o dilema central da Medicina nesse momento está em optar entre uma relação com a parte ou com o todo do paciente”. O dilema, como é óbvio, não é da Medicina, mas do médico que a pratica. Os grupos de discussão permitem o médico compreender e dar relevância a esse todo.

Há limitações na aplicação do grupo. Em primeiro lugar, poucos psicanalistas estão disponíveis para coordenação. Além disso, freqüentemente o médico abandona o grupo por excessiva mobilização de ansiedades pessoais. É a razão porque muitas vezes se impõe a seleção prévia dos participantes. Grupos há que tendem a se eternizar devido a vínculos terapêuticos imperceptivelmente consolidados e de difícil resolução.

Não se pode pretender que o médico, diante de seus impasses profissionais, procure sempre ajuda psicoterápica pessoal. Nem é esse o caso. Os sistemas de interconsulta, diretamente derivados dos grupos de discussão, representam soluções parciais. Mas estamos longe de oferecer ajuda ampla e eficaz. A simples leitura de textos é praticamente inócua, mesmo porque costuma ser vertida aos modelos conceituais do leitor. O grupo de discussão, entre outras funções, justamente rompe esses modelos conceituais.

Contudo, o grupo de discussão continua sendo amtriz de todos os conhecimentos necessários ao ensino de Psicologia Médica.

BIBLIOGRAFIA

- Balint, M (1957) – *El Médico, el Paciente y la Enfermedad (The Doctor, His Paciente and the Illness)*; Libros Básicos, BS Aires, 1961.
- Eksterman, A. (1977) – Comentário Crítico sobre o Conceito de ‘Somatização’; I Jornada Campineira de Medicina Psicossomática, Campinas (S. Paulo), 6 pgs. Dat., 1977.
- Eksterman, A.; Hooirisch, A; Engel, J.; Papi, J.A.S.; Mello Filho, J. (1976) – *Fundamentos para um Programa de Psicologia Médica*; Fac. de Medicina da U.F.R.J.
- Luchina, I.L.; Mérea, E.C. (1973) – *Grupos de Terapia de la Tarea Médica*; Acta psiquiát. Amér. Lat., 1973, 19, 462.
- Hoirisch, A. – *O Problema da Identidade Médica*; Tese para provimento do cargo de titular de Psicologia Médica da Fac. Med. da U.F.R.J.; Ed. do autor
- Mello Filho, J. (1976) – *Concepção Psicossomática – Da Teoria à Prática*; Tese para o concurso de livre-docente de Psicologia Médica da U.F.R.J.; Ed. do autor.
- Perestrello, D. (1974) – *A Medicina da Pessoa*; Liv. Ed. Atheneu, Rio de Janeiro.
- Perestrello, D. (1964) – *Stellungnahme und Tatigkeitsbericht aus Brasilien (em Training in Psychosomatic Medicine)*; Edit por Felix Deutsch, Hafner Publ. Co. New York, 1964.
- Sapir, M. (1972) – *La Formation Psychologique du Médecin*; Payot, Paris, 1972..
- Schneider, P.B. (1971) – *Psychologie Médicale* ; Payot, Paris, 1971.