

## CRÔNICA DE UM HOSPITAL GERAL VIII<sup>1</sup>

Decio Tenenbaum<sup>2</sup>

### MÉDICOS E PSICÓLOGOS NUM HOSPITAL GERAL

#### A Saída Melancólica

Exatamente há um ano apresentei nesta mesma jornada uma crônica sobre o nosso trabalho hospitalar. Dando sequência, trago hoje outra destas crônicas. Enquanto a primeira versou sobre o atendimento de um caso clínico, esta será, como o título esta dizendo, sobre os profissionais; a respeito de nós mesmos.

Neste pouco tempo como supervisor no Serviço de Psicologia Médica do HUPE tenho presenciado, com enorme frequência e surpresa, a recorrência de certos problemas sempre em torno de um mesmo tema inerente à relação médico-paciente: quando, como e se devemos falar ao paciente determinada coisa que sabemos. Devemos contar ao paciente o que ele tem? Falar não vai ser pior? Se ele (o paciente) souber disso não vai piorar? Como ele vai reagir se souber que a cirurgia não deu certo ou que não vai poder se operar?, etc, etc. São perguntas formuladas sempre com muita apreensão e receio pela maneira como o paciente vai reagir. Mas que reação é essa que é tão temida pelos profissionais a ponto de inibir, adiar, cancelar a atuação do profissional? Sem falar que esta situação é geralmente percebida pelo paciente gerando desconfiança, insegurança ou qualquer outro clima que atrapalha em muito a relação entre o profissional e o paciente.

Nas supervisões, esse tema é trazido invariavelmente como sendo uma dificuldade do médico e/ou de algum outro membro da equipe da enfermagem: “até hoje o médico ainda não falou para o sr. ... o diagnóstico dele”; “ele (o médico) chegou para ela (paciente) e sem mais nem menos falou que ela estava com câncer!”; “foi a enfermeira que falou para ele (paciente)

---

<sup>1</sup> Apresentada na III Jornada sobre Trabalho em Instituições de Saúde: Teoria e Prática da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, Regional do Rio de Janeiro. Novembro/1992. Na época trabalhava no Serviço de Psicologia Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, exercendo a função de supervisor de duas equipes de Psicologia Médica.

<sup>2</sup> Psiquiatra e Psicanalista, Membro Efetivo, com funções didáticas da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.

que ele não iria ser operado hoje”. Os exemplos são inúmeros, assim como o relato das tentativas, geralmente vividas como vãs, feitas pelos profissionais da Psicologia Médica no sentido de contornar o problema. É também muito comum a busca de normas e preceitos, sejam éticos, morais e religiosos, para ajudar na situação de ter que contar, ou para não ter que contar algo a um paciente. Diga-se de passagem que esta é uma situação inerente à própria profissão. Os profissionais que usam deste artifício (regras fixas de comportamento) são sempre citados nas supervisões: “ele (um médico oncologista) disse que, por princípio, nunca fala o diagnóstico, mas o médico da outra enfermaria diz que a filosofia dele e da equipe dele é sempre falar para o paciente o diagnóstico dele”.

Mas, afinal, por que é tão difícil tanto falar quanto não falar? Ao aprofundar o exame destas questões trazidas para supervisão com os próprios alunos da Psicologia Médica pude, quase que invariavelmente, perceber que o “Psi” tem a mesma dificuldade ao ser colocado na mesma situação dos médicos: “mas se eu falar da raiva (do medo, da tristeza, da perda, etc.) dele não vai ser pior para a operação (recuperação, etc)?” “Mas ele acabou de infartar, como eu vou tratar desse assunto com ele?” (mesmo se é o próprio paciente que traz o assunto). “Eu acho que nessas horas o paciente precisa é de apoio e não de falar sobre estas coisas!”. Mas o que é apoiar na prática clínica? É atuar colocando “panos quentes” ou ajudar alguém enfrentar uma situação difícil, seja ela qual for?

Cheguei a duas conclusões. A primeira é que não é à toa que os médicos estão sempre achando que o “Psi” é um sujeito sempre “em cima do muro”; a segunda, é verdade que pimenta nos olhos dos outros é refresco ou ver nos outros é sempre mais fácil.

Mas afinal, emoção mata? Consciência mata? O que mata é a emoção ou é a consciência abrupta e repentina de algo, muito bom ou muito ruim? Morrer do coração ao ver o time ganhar, enfartar ao ganhar na loteria, morrer pouco tempo depois de perder o conjuge ou um filho, são exemplos clássicos que a vida nos dá. Se não mata, por que estas situações descritas acima são tão comuns num hospital? De onde vêm? Como é que surgem? Para responder a estas perguntas será necessário examinar mais de perto como o ser humano lida com as experiências da vida.

Todos nós já passamos pela situação de medo ou de expectativa angustiante na situação de encontrar alguém que tem uma notícia para nos dar. Nestas horas é comum termos um certo receio de não sermos capazes de suportar o que vão nos dizer. Tememos não suportar não só o significado, como as consequências e a nossa reação emocional à notícia. É

tão frequente este tipo de situação que o portador comumente prepara a pessoa para a notícia. Em termos psicológicos estamos ajudando ao que em nós tem a função de receber os estímulos (internos e externos) e os digerir (elaborar). Esta é a função da instância mental que Freud denominou de Ego. E como isso se faz isso? Através do processo de elaboração ou de transformação simbólica.

Então, juntando com o que eu disse antes, este receio geralmente decorre da idéia que temos de nós mesmos de não sermos capazes de elaborar o que nos vais ser informado, isto é, não seremos capazes de incorporar ao nosso eu (mais propriamente, em nossa estrutura simbólica, nosso ego) os novos significados advindos com a notícia e aceitar as mudanças (em nossa identidade) que daí advirão. Os Mecanismos de Defesa descritos pela Psicanálise nada mais são do que ajustes que o ego faz quando não consegue realizar adequadamente este processo. São utilizados exatamente para evitar o deblaque da estrutura simbólica do individuo, ou propriamente falando, do Ego. Quando até estes mecanismos falham o corpo inesperadamente adocece ou o Ego arrebenta e entramos na psicose.

Se conscientizar-se de algo nunca é um processo inócuo, é, por outro lado, a base do processo de mudança pessoal e social e a chave do mistério está no processo de elaboração. Isso é apoiar, mas está longe de significar “colocar panos quentes”, enganar, omitir e mentir. Acho que já deu para perceber a exigência de trabalho mental que a vida faz a nós, especialmente às pessoas cujo trabalho é exatamente ajudar às pessoas a se desempenharem bem nas exigências da vida.

Então, quando médicos e psicólogos tem dúvidas quanto a falar certas coisas a seus pacientes eles não deixam de ter razão, ainda mais se levarmos em conta a situação de fragilidade egoica inerente a uma internação hospitalar. Mas, será que isso é suficiente para explicar o receio paralisante que os profissionais de saúde têm em conversar e dar notícias a seus pacientes?

Estava falando de emoções e de repente passei a falar de boas e más notícias, de medo de prejudicar ao invés de ajudar... Será que existe aí algo de específico ao nosso trabalho hospitalar?

O trabalho com pacientes tem sim algo de peculiar neste campo. Estou falando não só de que os profissionais de saúde, por causa mesmo do próprio trabalho, passam a ter o poder de influenciar pessoas, como também por causa mesmo do trabalho, estes profissionais passam também a ter específicas informações sobre as pessoas, e tudo isso é não é inócuo.

Comunicar as informações, então, nem se fala. Se é assim, devemos examinar por que isso é assim, pois ninguém deveria tentar ser médico ou psicólogo pensando que nunca irá passar por uma situação desta.

Acho que todos concordam que estamos falando principalmente das informações que, ao serem comunicadas, geralmente desencadeiam emoções dolorosas. O mesmo não acontece, pelo menos não acontece com a mesma frequência, em relação às informações que costumam desencadear reações de alegria, alívio e esperança. Ninguém fica muito em dúvida quanto a contar uma boa notícia, principalmente a alguém que está passando por um momento difícil como é o caso de uma internação. No máximo pensa-se em como e quando falar.

Mas, ao nos aproximarmos mais do problema vamos ver que existe também um outro fator alimentando esta difícil situação. Se perguntarmos a qualquer um destes profissionais porque é assim tão difícil, a resposta imediata será do tipo: “não sei como ele (o doente) vai reagir”. Não sabe, mas parece estar certo que o paciente vai reagir mal e é por isso que não consegue falar. Parece óbvio, não? Se temos uma notícia e temos esse receio de comunicá-la é porque julgamos que ela é ruim e que nós, se estivéssemos no lugar desta outra pessoa, reagiríamos muito mal, portanto acreditamos que ela também irá reagir muito mal. Não acho nada óbvia esta situação. Enquanto o paciente não está sabendo de nada (ainda), seu médico, seu psicólogo ou a equipe está vivendo o maior drama: “sei (ou sabemos) de algo sobre uma pessoa que vai fazê-la sofrer muito”.

De onde o profissional tira a conclusão de que o paciente irá reagir mal? Tem três áreas da experiência pessoal: a partir da experiência que ele tem de situações anteriores semelhantes, a partir do que ele conhece do paciente e, geralmente de modo inconsciente, a partir do que ele sentiria se estivesse na mesma situação. Esta última é a que eu quero ressaltar no momento. Se ousarmos perguntar a um profissional da área como ele sabe qual será a reação do paciente, receberemos uma resposta “óbvia” do tipo: “É fácil dizer para alguém que ele está com câncer? seguida por: “Como você reagiria a isso?” É, qualquer um reagiria mal a uma notícia dessas, a gente sabe. Então é a partir de nós mesmos que sabemos como o paciente vai reagir? Complicado isso, não?

Vamos tentar começar a esclarecer. Acho que a primeira coisa que deve ser esclarecida é o que seria reagir mal a uma notícia. Se você seguiu meu raciocínio até aqui, reagir mal a uma notícia é sofrer com o conhecimento de um fato até então desconhecido ou no máximo suspeitado, mas não conhecido realmente. É por isso que o profissional não consegue

comunicar o que sabe ao seu doente. Ninguém gosta de fazer o outro sofrer, ainda mais se este alguém está numa situação difícil.

Eu sei que você poderia dizer que o sofrimento faz parte da vida e que não é o mensageiro que faz o destinatário sofrer. Você poderia completar dizendo que o portador da notícia pode apenas (e deve) amenizar os possíveis efeitos dela e é só.

Eu concordo. Como estes efeitos dizem respeito às consequências corporais e psicológicas da incapacidade do ego elaborar a nova situação trazida através da notícia, é bom que eu lembre que estes efeitos podem variar desde uma tristeza, desesperança, um eritema cutâneo, um infarto, até uma psicose. Tudo irá depender da conjugação entre a forma de dar a notícia, a ajuda psicológica dada ao paciente e a capacidade simbólica do paciente.

Você poderia dizer que eu falei, falei, falei e voltei à pergunta inicial (emoção mata?, pode atrapalhar o tratamento?, etc.) Só que agora você já sabe que não é propriamente a emoção ou a consciência, e sim as consequências emocionais (psicológicas e corporais) decorrentes da não elaboração de uma informação.

Se você fosse um estudante ou um profissional desta área, com razão, poderia contrargumentar que tudo isso não responde à frequente e comum dificuldade que médicos e psicólogos tem em dar as devidas informações aos seus doentes. Você me lembraria que as notícias mais comuns que precisam ser dadas num hospital a alguém internado dizem respeito a resultados de exames, diagnósticos, prognósticos, perda da saúde, de um órgão, etc. São sempre notícias sobre algum tipo de perda.

Mas se é da dor da perda que estamos falando, qual é o sentimento ligado a este tipo de situação? Será, então, que tristeza mata? Só na poesia. Na clínica, o que pode matar alguém é a depressão ou a melancolia. Será que médicos e psicólogos estão sempre, ou quase sempre, com medo de que seus pacientes fiquem deprimidos, isto é, reajam melancolicamente às notícias (e não que fiquem tristes, que é uma reação normal e adequada a essas situações, e plenamente passível de ser elaborada)

Uma coisa é ficarmos tristes diante de uma notícia ou fato ruim e pouco a pouco (o tempo para isso é individual) retomarmos a vida; outra coisa é a vida perder (e não readquirir) o sentido diante de uma ocorrência ruim.

Eu sei que os não psicólogos não precisam (mas deveriam) saber a diferença entre luto e melancolia ou, o que é a mesma coisa, entre tristeza e depressão. Não foi para isso que comecei a escrever esta crônica. O que me motivou a escrever essa crônica foi a surpresa

diante da frequência com que os ditos profissionais de saúde tem a expectativa que os pacientes irão reagir melancolicamente aos fatos da vida e aos de suas doenças.

Diante da recorrência deste tipo de expectativa chego a pensar que o ditado que diz que não é à toa que alguém vai ser médico ou psicólogo traz alguma verdade. Talvez seja mesmo comum a existência de traços ou aspectos psicológicos específicos necessários para alguém se dedicar a estas profissões. E este tipo de saída ou solução (melancólica) diante das dificuldades da vida talvez seja típica das pessoas que procuram estas profissões.

Mas, se estou certo em atribuir alguma especificidade à frequência com que ocorre este tipo de expectativa entre os profissionais de saúde, cabe aqui uma reflexão para os responsáveis pela formação destes profissionais. A educação profissional ao levar em conta este tipo de característica pessoal poderia tornar a profissão um pouco mais leve e menos iatrogênica para paciente e equipe.