

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**OS FENÔMENOS EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NA
PRÁTICA MÉDICA: UM ESTUDO DA INTERAÇÃO MÉDICO
RESIDENTE - PARTURIENTE**

Maria Helena Cruz de Moraes

**Florianópolis
2001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**OS FENÔMENOS EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NA PRÁTICA
MÉDICA: UM ESTUDO DAS INTERAÇÕES MÉDICO
RESIDENTE - PARTURIENTE**

Maria Helena Cruz de Moraes

Dissertação apresentada ao Departamento de
Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia.

**Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Orientadora**

**Florianópolis
2001**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA


Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado


***OS FENÔMENOS EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NA PRÁTICA MÉDICA
DURANTE O PARTO: UM ESTUDO DAS INTERAÇÕES
MÉDICO RESIDENTE – PARTURIENTES***

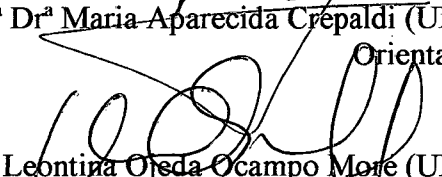
Maria Helena Cruz de Moraes

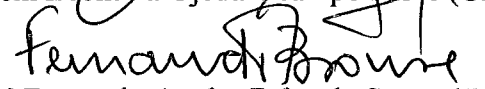
Dissertação defendida como requisito básico para obtenção de Grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Linha de Pesquisa Processos de Comunicação, Saúde e Ambiente e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:


Profª Drª Maria Juracy Toneli Siqueira
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:


Profª Drª Maria Aparecida Crepaldi (UFSC)
Orientadora


Profª Drª Carmem Leontina Ojeda Ocampo More (UFSC)


Profª Drª Fernando Aguiar Brito de Sousa (UFSC)

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM, 23/02/2001.

A MEUS PAIS

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao José Antônio pela paciência e tolerância nos meus momentos de isolamento no computador.

À Letícia e à Clarissa por terem me proporcionado a magia da vivência do parto.

À minha neta Júlia pelas muitas horas em que não pudemos estar juntas.

Aos residentes da Maternidade Carmela Dutra pela receptividade e coragem com que me permitiram compartilhar momentos de intensa emoção.

À minha orientadora Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi, mãe boa e continente, facilitadora e exigente.

Ao Dr. Jorge Abi Saab pela abertura do espaço ao psicológico, dentro de uma instituição eminentemente médica.

A todas as pacientes que me permitiram acompanhar estes momentos únicos de prazer e de medo.

Ao meu genro Renato, por me emprestar seus conhecimentos no manejo do computador e pelo auxílio na apresentação deste trabalho.

SUMÁRIO

Resumo	viii
Abstract	x
Introdução	1
Capítulo I: Revisão da Literatura	10
1.1-Aspectos psico-sociais da relação médico-paciente	12
-O Paciente	16
-O Médico	20
-A Relação Médico-paciente	28
-A interação médico-paciente como encontro terapêutico	33
1.2-O parto como fenômeno psicossomático	43
1.3-A saúde da equipe de saúde	53
Capítulo II: Procedimentos metodológicos	60
A abordagem qualitativa	62
Instrumentos de pesquisa	65
-A técnica de observação	65
-A entrevista focada	68
-O grupo de reflexão	69
O trabalho de campo	70
Apresentação dos resultados	75
O local da pesquisa: Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra	
-A Maternidade	76
-O Centro Obstétrico	78

Capítulo III: Sistematização e Análise dos Dados	86
3.1- Mapeamento das circunstâncias gerais envolvidas nas situações de pré-parto e parto	88
3.2- O contexto interacional	95
3.3- Padrões interacionais observados	104
3.4- Interações específicas observadas	116
3.5- Situações inusitadas	150
A manhã do horror	151
“Parto à francesa”	163
“Me Mata”	170
Capítulo IV: Considerações finais e sugestões técnicas	178
Referências bibliográficas	197

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivos identificar, descrever e analisar os fenômenos emocionais envolvidos na prática médica durante o parto, através do estudo das interações entre médicos residentes e parturientes durante o período de pré-parto e durante o momento do parto, utilizando-se dos referenciais da abordagem qualitativa para sua interpretação. A metodologia de coleta de dados envolveu uma combinação de técnicas: observação participante de campo, entrevistas focadas e grupo de reflexão. Ao todo, foram observados 32 partos, assistidos por 12 médicos residentes.

Os dados foram organizados em padrões interacionais, ou seja, em tipos de comportamentos que se repetem, e em interações mais específicas, que denotam peculiaridades de cada uma das díades médico residente-parturiente observadas.

A análise dos dados propiciou a identificação de circunstâncias envolvendo *stress* e desgaste emocional enfrentados pelos médicos residentes, desde situações relacionadas a normas e funcionamento institucionais e à própria formação médica, até situações mais específicas vivenciadas no cotidiano da maternidade na interação com as diversas parturientes que assistem.

Dentre os padrões de interação utilizados pelos médicos residentes, destaca-se: (1) a valorização dos aspectos orgânicos das pacientes, (2) condutas intervencionistas, (3) dificuldades na abordagem psicológica, (4) comunicação às vezes truncada por uso de linguagem infantilizada ou técnica, (5) interferência de situações de ensino.

Dentre as principais conclusões, destaca-se que as diferenças e a adequação ou inadequação das condutas, bem como o maior ou menor nível de desgaste, mostram-se diretamente relacionadas às diferenças nas características de personalidade dos médicos residentes, das parturientes e toda gama de combinações possíveis quando eles se encontram na situação de parto, a qual suscita sentimentos primitivos e regressivos em

ambos. Quando a interação é complicada, surgem problemas e situações estressantes para ambos, médico-residente e parturiente. Quando a interação acontece de forma tranqüila, ambos desfrutam da vivência do parto de forma igualmente tranqüila e gratificante.

ABSTRACT

The present paper was designed to identify, describe and analyze the emotional phenomena present in the medical practice during delivery, through the study of interaction between resident obstetricians and birth-giving women during the labor period and during delivery itself, using the standards of qualitative approach for its interpretation. The methodology for data collecting used the following combination of techniques: field participant observation, focused interviews and reflexion groups. In all, 32 deliveries were observed, assisted by 12 resident obstetricians.

Data were organized in interaction patterns, in other words, in interaction types that are repeated, and in specific interactional behavior that show particularities in each of the observed resident-patient dyads.

Data analysis permitted the identification of several circumstances, including emotional distress faced by the resident medical staff from situations either related to rules and institutional processes or to the medical graduation process, to specific situations experienced in the everyday life of the hospital, in the interaction with the many birth-giving patients they assist.

Among the interaction patterns used by the residents some stand out: (1) the overvaluing of organic aspects of the patients, (2) interventionist approaches, (3) difficulties in the psychological approach, (4) sometimes blunted communication caused by the use of infantilized or technical language or (5) training-situation interferences.

Among the main conclusions, the differences and adequation of techniques, as well as the major or minor level of distress have been shown to be directly related to different personality characteristics of the residents as well as the patients', and to a whole spectrum of possible combinations when they are involved in the situation of

delivery, which can rise to primitive and regressive feelings in both resident and patient. It is noticed that, when the interaction is complicated, this may rise distressing problems and situations for both resident and patient. When the interaction happens in a peaceful way, both enjoy the delivery in an equally calm and gratifying form.

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata de um assunto bastante debatido, mas sempre atual, que é a relação médico-paciente e tem como objetivo principal, investigar os fatores emocionais envolvidos na prática clínica, através da observação de interações entre médicos residentes e parturientes. Trata-se de um estudo no campo da Psicologia da Saúde dentro de um enfoque descritivo-compreensivo, visando produção de conhecimentos que sustentem ações preventivas.

A literatura pesquisada nas áreas de Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde traz muitos estudos sobre o tema, mas sempre em situações gerais com pacientes hospitalizados ou em consulta, tendo sido escasso o material encontrado sobre a situação do parto em si.

O interesse por este assunto partiu da experiência clínica da pesquisadora que, em sua formação e prática enquanto psicoterapeuta, deparou-se com a fundamental importância das primeiras relações como determinantes na formação da personalidade e, por conseguinte, de seus distúrbios.

A busca por soluções e técnicas preventivas conduziu a pesquisadora ao estudo dos primeiros vínculos a partir da gravidez, parto e puerpério. Neste caminho, surgiu a figura do médico, de uma forma ou de outra sempre presente, procurado pelas mulheres ou casais e, funcionando às vezes como facilitador, às vezes como dificultador na vivência da gravidez e do parto e na vinculação inicial com o bebê.

Autores como Klaus & Kennel (1993), Maldonado (1997) e Videla (1993, 1997, 1998) afirmam que a forma como a mulher vai vivenciar a gravidez, parto e puerpério e a relação com o bebê depende de muitas variáveis, tais como: sua história pessoal (seu próprio nascimento, sua relação com a própria mãe, a maneira como foi cuidada, a

vivência de sua sexualidade, seu nível de informação) e de circunstâncias externas: situação familiar, conjugal, financeira, bem como a forma como é atendida pelos médicos durante o período peri-natal.

A gravidez pode transcorrer dentro dos padrões esperados, sem intercorrências médicas ou ansiedades¹ exacerbadas, mas também pode trazer surpresas e intranquilidade causando distúrbios psicossomáticos, ou em consequência deles, que podem variar desde os mais leves como as náuseas até outros de maior gravidade como o diabetes, a hipertensão, a hiperêmese². Há também a possibilidade de malformações, partos prematuros e morte fetal. Da mesma forma, o parto pode transcorrer conforme o esperado fisiologicamente ou pode apresentar complicações e surpresas advindas das condições orgânicas e/ou emocionais da paciente.

Mas e o médico? Como ele enfrenta este mundo de possibilidades que se lhe apresenta? Apesar de no mundo ocidental a profissão médica ter adquirido tanto poder quanto nenhuma outra, sendo conferida aos médicos a prerrogativa de elaborar e executar critérios de saúde e doença, transformando-os em paradigmas médico-sociais, e apesar da medicina enquanto profissão usufruir de características como alto grau de autonomia e auto-regulação, a realidade é que médicos e residentes enfrentam problemas, submetidos ao estressante dia a dia dos hospitais. Trata-se uma pesada carga de trabalho caracterizada pela urgência, pelo contato íntimo com a dor e o sofrimento, com a perspectiva de morte e o morrer, pela demanda e expectativa dos pacientes às vezes difíceis, hostis e queixosos.

¹ Ansiedade - No decorrer do presente estudo este termo será sempre empregado como um sinal de alerta do ego a ameaças iminentes inconscientes, provenientes da repressão, significando, portanto, sentimentos inconscientes ainda não identificados e conscientizados. "Caso o indivíduo tenha uma maior consciência do que está ocorrendo, ele não ficará mais ansioso, mas sim excitado, com medo, com raiva, etc." (Winnicott, 1982, p.322)

² Hiperêmese: quadro caracterizado por vômitos incoercíveis, que em casos extremos podem levar à grave desidratação e desnutrição da gestante, exigindo, algumas vezes internação hospitalar (Rezende,1995).

Em sua pesquisa sobre a situação dos médicos no Brasil, e em especial sobre as condições do trabalho médico, Machado (1997) partiu do conceito de *desgaste* como: “perda da capacidade, efetiva ou potencial, biológica e psíquica do indivíduo” no processo de trabalho (Machado, 1997, p.163). Esta autora perguntou aos médicos objetivamente sobre desgaste ou não no desempenho de suas funções, solicitando-lhes que explicassem as razões que os levaram a declarar que o exercício profissional acarreta ou não desgaste. Os médicos não se limitaram a informar apenas uma razão, mas, segundo a autora “traçaram verdadeiros depoimentos das condições em que exerciam a medicina” (Machado, 1997, p.168).

Os dados desta pesquisa garantem que sensações de “mal-estar” fazem parte da vida diária dos médicos, já que 80,4 % declararam que a atividade médica é desgastante. Dentre as razões alegadas para este desgaste estão o excesso de trabalho, o *multiemprego*, a baixa remuneração, as más condições de trabalho, a área de atuação, a cobrança da população, além da responsabilidade pela “vida” e a relação médico-paciente.

No exercício de sua profissão, o médico pode apresentar distúrbios que variam desde os físicos, como úlceras e complicações cardiovasculares, aos emocionais, como ansiedade e depressão graves. Apesar da exigência e expectativa em contrário, também cometem erros. E sofrem as consequências, que em casos mais extremos podem chegar à dependência de álcool, de drogas, às vezes pela inadequada auto-medicação e ao suicídio (Zimerman, 1992).

Dentro da própria medicina, alguns profissionais, como o psiquiatra Louzã da Faculdade de Medicina da USP, vêem o desgaste nesta profissão como algo que pode atuar como fator que afeta o desenvolvimento da atividade profissional do médico³ e na

³ www.usp.br/medicina/sobre/interação/intev4p.i.htm de 19 de junho de 1999

construção de seu papel. De diferentes formas, todos os envolvidos na área estariam sujeitos a este desgaste, desde a acirrada disputa por uma vaga nos vestibulares, até o choque do contato com a morte e a doença durante o curso de Medicina.

O estudante da faculdade de medicina, geralmente oriundo das classes média e alta, vê seus valores questionados ao lidar com pessoas provindas de uma camada sócio-econômica muito diferente, cuja realidade nem sempre compreende. Além disso, segundo Rocco, o estudante de Medicina passa a ter que:

“examinar excrementos que sempre foram vistos com repugnância; dissecar cadáveres, ele que foi bem educado no respeito aos mortos; inspecionar todos os orifícios do corpo humano e examinar o mais íntimo de homens e mulheres, dominando sua reação pessoal; assistir à morte de um paciente e continuar seu trabalho sem que sua emoção o perturbe. O trabalho do médico constitui uma transgressão às proibições comuns, e isto é exigido do estudante de medicina, implicitamente, sem preparo” (Rocco, 1992, p. 49).

Em seguida, apresentam-lhe as fórmulas do funcionamento enzimático e os remédios, cujas doses deve decorar, reforçando a visão da medicina apenas organicista, um preparo para ver doenças e não doentes. Segue-se a difícil escolha da especialidade, a concorrência pela residência e finalmente, ao entrar no mercado de trabalho, a convivência com a principal fonte de problema: a relação médico-paciente, cujas características inerentes envolvem aspectos emocionais importantes (Rocco, 1992).

No Brasil, o recém-formado em Medicina, a princípio encontra-se apto (teórica e praticamente) e legalmente habilitado para o exercício profissional. No entanto, pela necessidade de aprimoramento, de experiência e de uma titulação de especialista que facilite e o capacite para sua inserção no mercado de trabalho, boa parte dos jovens médicos busca a residência médica.

Segundo Machado (1997), a residência médica é uma modalidade de pós-graduação originada nos Estados Unidos, no final do século XIX, fundamentada no princípio pedagógico do treinamento em serviço e que pressupõe dedicação exclusiva e

envolvimento no cotidiano do hospital, onde se desenvolve a formação. A residência médica, em particular, segundo Nogueira- Martins (1991) constitui-se no momento da formação médica responsável pelo ápice do *stress*. Segundo este autor, a residência como um período de transição aluno-médico caracteriza-se pela responsabilidade diante de si e dos outros, pelo isolamento social, pela fadiga, pela privação do sono, pela competição entre os colegas, pelo pavor de cometer erros e outros fatores inerentes ao treinamento, bem como pela sobrecarga do trabalho em longas e exaustivas jornadas de trabalho. Realidade esta, confirmada pela pesquisa de Machado (1997) que demonstra que 89,49% dos residentes trabalham em regime de plantão.

Por todos estes fatores que têm sido associados a diversas expressões psicológicas e psicopatológicas, como constante irritação, o desenvolvimento de um ceticismo crônico, com relação a tudo que não pode ser comprovado pela ciência médica e um irônico humor negro, a Associação Americana de Medicina classificou os médicos residentes como um grupo especial de risco (Nogueira-Martins, 1991).

Outro fator que pode ser estressante é a relação dos residentes com os médicos da equipe, com quem podem se identificar positiva ou negativamente, e com quem a relação assume um caráter de constante avaliação. Ainda sobre este período de aprendizagem, Gauderer (1991) compara a residência a um “ritual de iniciação”, similar ao de outros povos ou grupos étnicos, onde se espera que ele seja capaz de tolerar formas específicas de sofrimento. Nogueira-Martins (1991) também comenta que o médico - residente é estimulado pelos seus superiores mediante modelos cuja mensagem básica parece ser: *“Eu passei por isso; logo você também deve passar”* (Nogueira-Martins, p. 356).

A disciplina de Psicologia Médica⁴ tem sido ministrada em algumas Universidades tem evoluído e deslocado seu foco de interesse da importância dos aspectos psicológicos envolvidos nas doenças, para o desenvolvimento de habilidades em lidar com a figura do paciente como um todo, um ser bio-psico-social, incrementando o conhecimento da psicologia do doente para, finalmente, concentrar sua atenção na figura do médico.

Segundo Balint (1975), o remédio mais usado em Medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade. As características de personalidade de cada médico, as motivações conscientes e inconscientes para a escolha da profissão, os modelos de identificação antes e durante a formação acadêmica e a própria formação são fatores relevantes que determinam a qualidade da relação médico-paciente a ser estabelecida.

Para Videla (1990), o modelo médico hegemônico, em geral, é o da imparcialidade, do apego a verdades científicas e principalmente o da utilização do silêncio como forma de enfrentar questões inusitadas e/ou difíceis. Esta autora cita o quadro com a foto de uma enfermeira pedindo silêncio, distribuída em vários locais das instituições de saúde, como um lembrete desta “lei”.

Além disso, culturalmente, os médicos carregam consigo a imagem de curandeiros e sacerdotes que o sobrecarregam com expectativas e responsabilidades quase semelhantes às dos heróis e deuses, lutadores contra as doenças e a morte, medo maior da humanidade; o que faz pesar sobre os médicos uma expectativa social de um comportamento idealizado, pleno de êxitos e feitos milagrosos e de uma sabedoria infinda.

⁴ Psicologia médica: disciplina ministrada nas faculdades de Medicina, geralmente por psiquiatras, que estuda a relação médico - paciente e suas vicissitudes

Para Nogueira-Martins (1991), as instituições médicas tendem a exercer de forma radical este mandato social, através de um regime de trabalho que privilegia a ação, inibindo a reflexão. Além disso, a sensação de poder decorrente do status social da profissão e da possibilidade de manipulação ilimitada do corpo, antes proibida, agora permitida e requerida, se não for sublimada⁵, poderá desvirtuar a objetividade e o respeito requeridos ao exercício da Medicina.

Num ambiente de trabalho onde predominam a urgência, a multiplicidade e diversidade de casos, a insuficiência de recursos, a massificação da prática médica, condições adversas de trabalho, o que se observa, então, é que não há tempo para o questionamento, muito menos para o reconhecimento das próprias emoções. O importante e necessário é agir e controlar as situações que surgem, resolver problemas emergentes. Igualmente relevantes são algumas características da tarefa médica que, aliadas a determinados traços da personalidade do médico, podem resultar numa situação insatisfatória tanto para quem é assistido, ou seja, o paciente, quanto para quem assiste, o próprio médico (Videla, 1993).

A partir destas constatações teóricas a respeito da prática médica, surgiu o desejo de compreender melhor o que se passa com os médicos residentes na intimidade da interação com as parturientes e de “fotografar”, através da observação, estas situações.

A escolha por médicos residentes veio em função de este ser um período de formação, onde nenhuma conduta está “cristalizada”, havendo possibilidade de assimilação de outros modelos que venham a humanizar a prática médica como a psicologia, a antropologia, a sociologia e a filosofia.

⁵ Sublimação : Processo postulado por Freud para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual. A pulsão é sublimada na medida em que deriva para um novo alvo sexual ou que visa objetos socialmente aceitos. (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 638).

As situações de pré-parto e parto no Centro Obstétrico foram selecionadas como alvo de investigação por parecerem de maior desgaste e impacto emocional para os residentes. Durante a residência, este é o período em que os residentes permanecem por mais tempo e estabelecem um contato mais íntimo com as pacientes. A exigência de competência técnica e de tomada de decisões importantes é bastante grande, além de o residente ter que lidar com variáveis como, as reações orgânicas e emocionais das parturientes, as peculiaridades das equipes de enfermagem e de médicos que o acompanham e que mudam a cada dia, mudando, portanto, a dinâmica do funcionamento do local; a pressão de familiares que batem insistentemente à porta do Centro Obstétrico, querendo informações, às vezes fazendo ameaças ao médico, caso algo aconteça com a parturiente ou com o bebê; o cansaço após 24 horas de plantão, entre outras.

Tendo como objetivo geral: observar, descrever e analisar os diferentes tipos de interação dos médicos residentes com as diferentes parturientes, durante a atenção nos momentos que se antecedem ao parto e durante o parto, enfocando, eminentemente, as reações emocionais dos médicos residentes, o trabalho de pesquisa seguiu os seguintes passos:

1. Identificação das reações - comportamentos e sentimentos - dos médicos residentes que são recorrentes durante a interação com as parturientes.
2. Detecção das situações desencadeadoras destas reações.
3. Descrição das situações conseqüentes a estas reações.
4. Determinação das formas de comunicação, verbal e não-verbal, envolvidas na interação.
5. Análise interpretativa da interação estabelecida e das situações observadas.

Com isto pretendeu-se propiciar aos médicos residentes e demais profissionais da saúde, um maior entendimento dos processos emocionais envolvidos na situação do nascimento, bem como fazer algumas sugestões técnicas, para a remoção de entraves e dificuldades, que possam por ventura se encontrar no caminho destes profissionais no cumprimento do ofício por eles escolhido e, por conseguinte, melhorar a qualidade do atendimento prestado às parturientes e, de forma ampliada, para a comunidade.

I - REVISÃO DA LITERATURA

1.1- Aspectos psico-sociais envolvidos na relação médico-paciente

A - O Paciente

B- O Médico

C- A relação médico-paciente

D- A interação médico-paciente como encontro terapêutico

1.2- O parto como fenômeno psicossomático

1.3- A saúde da equipe de saúde

1.1-ASPECTOS PSICO-SOCIAIS ENVOLVIDOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Os momentos que antecedem ao parto, após a internação, até o parto em si, constituem, talvez, o período de convivência mais prolongada e mais intensa entre o médico e a paciente. Partindo da definição de relação médico-paciente como “uma co-construção mediada pelos contextos nos quais ocorre e pelas reações emocionais dos agentes envolvidos” (Soar Filho, 1998 , p.35), este item visa descrever os aspectos psico-sociais passíveis de serem identificados nessa relação.

A relação médico-paciente é o elemento mais antigo da prática médica. Desde Imhotep, médico e ministro do rei Zozeb no Egito, em 2975 a.C., muitos códigos de conduta que regulam esta relação têm sido escritos. Segundo Resende (1993) o mais conhecido e aplicado até nossos dias é o do grego Hipócrates do século IV a.C.

No passado, a comunicação verbal entre paciente e médico foi excepcionalmente importante, mesmo para o diagnóstico somático, já que os diversos métodos de exame não existiam. Além disso, preconceitos religiosos tornavam difíceis o estudo da anatomia e o exame de pacientes vivos.

Segundo Tähkã (1988) sempre houve médicos que eram considerados como melhores do que outros, embora não existisse diferença essencial em seus conhecimentos e habilidades médicas, quando comparados com os colegas. Mesmo antes dos quadros científicos de referência terem se cristalizado, eles eram capazes de aprender e fazer bom uso do potencial terapêutico do relacionamento médico-paciente.

Na modernidade esta capacidade de comunicação, tema central da assim chamada *Arte da Medicina*, foi gradativamente sendo substituída pela solicitação e leitura de resultados de exames cada vez mais sofisticados, mas que requerem cada vez

menos a participação do paciente nos atos médicos, distanciando médico e paciente, fixando-os em papéis cada vez mais estanques.

Atualmente, talvez motivado pela grande competitividade de mercado, há novamente um crescente empenho de profissionais e instituições da área da saúde em aperfeiçoar a qualidade dos serviços médicos prestados aos usuários, tendo incorporado gradativamente, no campo da assistência à saúde, as noções de direitos humanos, cidadania, direitos do consumidor e ética profissional. Tem sido bastante difundida a assertiva de que a qualidade de um serviço assistencial está diretamente associada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os pacientes e os profissionais encarregados da assistência.

Perceber e compreender o relacionamento médico-paciente característico de cada paciente individual é pré-condição necessária para fazer esse relacionamento funcionar de maneira mais benéfica para o paciente; é a única maneira de formar um quadro da doença individual do paciente e não apenas da enfermidade possivelmente demonstrada, ou seja, é a única forma de abordar a pessoa que está doente e não a doença. A eficácia da terapia depende da maneira pela qual o médico em seu relacionamento com o paciente pode mobilizar e manter a disposição deste em cooperar, e da sua motivação para atingir os objetivos da terapia (Tähkä, 1988)

De acordo com Maldonado (1976), tal relacionamento constitui uma interação entre duas pessoas e contém os mesmos elementos de qualquer outro relacionamento humano, assim como alguns aspectos específicos. Um destes aspectos específicos da relação médico-paciente, entre outros, é o contexto onde acontece.

Sabe-se que as instituições hospitalares e de saúde têm normas e funcionamentos característicos que vão além de sua simples finalidade técnica, uma vez que são compostas por pessoas em interação dentro de um contexto maior, social e cultural. Por

esta razão, alguns questionamentos se fazem necessários: 1- como é a instituição onde se estabelece a relação médico-paciente? 2- qual a filosofia desta instituição? 3- que tipo de assistência é oferecida: particular, SUS, ambas? 4- que recursos são oferecidos aos médicos e pacientes? 5- o que é esperado dos médicos? 6- como são recebidos os pacientes? 7- qual o nível de informação, educação e cultura dos pacientes e familiares? 8- há necessidade de internação? 9- se houver internação, esta ocorre por situações esperadas, como no caso de uma gravidez a termo, ou por circunstâncias anormais e inusitadas como, por exemplo, no caso de pré-eclâmpsia, ou seja, a pressão arterial elevada?

Estas e muitas outras variáveis que se referem à dimensão contextual podem interferir ou mesmo determinam as relações a ser estabelecidas e devem ser amplamente analisadas e interpretadas.

A relação médico-paciente, apesar de ser geralmente mencionada no singular é, portanto, plural, pois envolve uma multiplicidade de fatores, e inclui uma diversidade de sentimentos despertados nos inter-relacionamentos em qualquer ato médico. A relação é complexa e, ao mesmo tempo, específica e única em cada situação.

Da mesma forma que um medicamento, a atuação do médico pode fazer bem ou provocar efeitos colaterais indesejáveis. A confluência destas possibilidades traz à tona uma questão básica: o médico como agente de saúde ou como complicador desta. “Há situações em que no nível técnico, o médico funciona como agente de ajuda mas, no nível emocional, atua como fonte de dificuldades” (Canella & Maldonado, 1988).

Alguns conceitos psicanálise, em especial, tem contribuído significativamente para a compreensão da relação médico-paciente, a qual, quando bem conduzida pode propiciar ao paciente efeitos terapêuticos, tais como: resolução de crises situacionais agudas, esbatimento de sintomas causados por ansiedade e melhor utilização das

capacidades egóicas; mesmo que a interação não tenha objetivos psicoterápicos. Ao contrário, quando não é bem conduzida, a relação pode resultar em iatropatogenia⁶.

⁶ Iatropatogenia - problemas desenvolvidos pelo próprio tratamento.

O Paciente

Geralmente, quando uma pessoa procura um médico, está enfrentando um momento de crise e desequilíbrio, que despertam ansiedade e até confusão mental, ou seja, algum tipo de desorientação, algum nível de regressão emocional, como será especificado adiante, muitas fantasias⁷ a respeito de seu estado de saúde, bem como vulnerabilidade e dependência exacerbadas. Segundo Rocco (1992), as vivências anteriores de enfermidades na família, ou no grupo de relações, o significado emocional da doença e a relação que cada paciente estabelece com seu estado de saúde pode determinar a forma como cada pessoa sente e sofre quando adoece. Assim,

“bronquite para o médico pode simplesmente ser uma afecção pneumônica de fácil resolução, mas para o paciente ansioso, a bronquite é uma afecção desconhecida e terrível que, por exemplo, acometeu um parente seu e o levou a sofrer intensamente, pois ele (paciente) não conhece os diversos tipos de bronquite” (Casseb, 1993, p. 75).

Quanto a este tema, Eksterman (1968) afirma:

“A história patológica do homem está vinculada aos fatores que contribuíram para a formação de sua personalidade. A doença não pode ser compreendida, nem tratada, como um fenômeno isolado, mas sim, em íntima comunhão com a existência do indivíduo” (Eksterman, 1968, p. 414).

As diferenças individuais fundamentais, portanto, fazem com que cada paciente reaja de formas diferentes, variando desde uma atitude de resistência e extrema rebeldia até a submissão e dependência exageradas. É importante analisar a forma como cada paciente lida, por exemplo, com o medo e com a dor, pois, para certas pessoas a doença pode significar um processo “negativo” em seu interior, atacando-o desde dentro e gerando graves estados de ansiedade.

⁷ Fantasia- Encenação imaginária em que o indivíduo está presente e que figura, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente. Pode apresentar-se sob diversas modalidades: fantasias conscientes ou sonhos diurnos e fantasias inconscientes. (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 228).

Diante da dor, as atitudes dos pacientes são pessoal e socialmente diferentes. Segundo Balint (1975), até bem pouco tempo atrás, a medicina considerava a dor apenas do ponto de vista fisiológico e disso resultou o que talvez seja o capítulo melhor estudado da farmacologia, o dos analgésicos e anestésicos. Muitas vezes, porém, é difícil distinguir se a descrição subjetiva que o paciente faz de suas próprias dores e outras sensações, originadas no seu corpo é determinada por processos fisiológicos ou pelas fantasias do paciente a respeito dos processos que supostamente estariam se desenvolvendo no interior do seu corpo. Daí, a relevância da preparação e desenvolvimento de uma atitude psicológica de compreensão por parte do médico, para que possa fazer a devida diferenciação entre fantasia e realidade, entre o que é sentido subjetivamente e o objetivo.

Neste sentido, Balint (1975) afirma que a doença insere-se na vida do doente com uma função psíquica determinada: auxiliar a pessoa a lidar com os conflitos emocionais. Isto resulta em dificuldades para a medicina. O manejo desta função leva ou não à cura, ou a um outro caminho para o sofrimento, ou seja, a cronificação, a escolha pela doença e o pedido para que o médico a aceite.

Existe ainda outro fator envolvido na situação doença: os ganhos secundários. Balint (1975) afirma que a doença como qualquer outra condição humana pode ser usada para obter algo que o indivíduo considera útil ou valioso, como por exemplo, ser o centro de certa atenção, ser tratado como uma pessoa importante. Para um observador de fora, os ganhos secundários podem parecer de pouco valor. Mas, como são importantes para o paciente, devem ser reconhecidos e analisados pelo médico.

Além disso, parafraseando Soar Filho (1998), as experiências individuais do adoecer põem em jogo mecanismos inconscientes de adaptação e defesa como os de racionalização, negação, regressão, entre outros. A racionalização, por exemplo, é o

processo pelo qual o indivíduo procura explicações coerentes e lógicas, retirando os afetos da situação. Embora não permita que o paciente perceba de forma adequada o que se passa com ele, ainda assim permite que cumpra as prescrições feitas pelo médico, sendo por isso menos grave que a negação.

A negação é um dos mecanismos mais primitivos, através do qual há a substituição de algum aspecto insuportável da realidade por uma ilusão desejada. O paciente perde a capacidade de reconhecer e valorizar criticamente uma situação dolorosa. Uma reação bastante comum relacionada a esse mecanismo é a oposição sistemática a todas as medidas terapêuticas que possam confirmar a existência do problema. Se não for bem compreendido pelo médico, este fato pode causar reações de hostilidade e rejeição.

Zimerman (1992) salienta que a instalação da doença costuma também levar o paciente e, muitas vezes, a família inteira a um estado conhecido por regressão, e que consiste num retorno a um nível mais primitivo, com a reedição de ansiedades, fantasias e expectativas próprias de sua infância. Segundo Tähkä (1988), a profundidade e a amplitude da regressão variam entre os pacientes e muitas vezes, dependendo do potencial de regressão e de conflitos internos, o comportamento de uma pessoa doente pode diferir em muito de quando está sadia. A mudança pode ser bastante surpreendente e imprevisível.

O fenômeno da regressão pode se intensificar no caso de hospitalizações, em função do doente sentir-se coagido e ameaçado na preservação de sua identidade, por enfrentar um ambiente físico estranho; sucessão de rostos não familiares; mudança dos hábitos, na roupa, na alimentação, bem como rotinas hospitalares regressivantes. Quando doente, além do sofrimento físico, o paciente pode estar invadido por sentimentos de desamparo, medo, confusão, culpa e vergonha. Durante o trabalho de

parto, por exemplo, pode-se observar que certas pacientes acabam adotando a posição fetal, algumas, inclusive sugando o dedo polegar. Tal estado regressivo dos pacientes facilita o desenvolvimento do fenômeno conhecido como transferência.

A transferência refere-se a um fenômeno básico existente em todo relacionamento interpessoal, e, por conseguinte, também no relacionamento profissional entre médico e paciente. É uma característica humana geral interpretar as experiências à luz do passado. Quanto mais fortes as vivências do passado, quanto mais sentimentos foram reprimidos, mais tolhida a valoração correta da diferença entre o presente e o passado, havendo por conseguinte a tendência das pessoas a repetir com outros, comportamentos, sentimentos e expectativas anteriormente vividas com pessoas muito significativas como os pais, por exemplo (Fenichel, 1981).

Maldonado (1976) adverte, no entanto, que esta tendência subjetiva a fazer transferências deve ser distinguida daquela reação a alguma situação objetiva de má atuação, negligência ou desrespeito por parte do profissional. Vale ressaltar também que, originando-se de fantasias e expectativas mágicas e onipotentes ou sendo reações a situações objetivas, as atitudes do paciente podem ser reforçadas ou minimizadas pela atitude desenvolvida pelo profissional.

O Médico

“A pessoa do médico, diz Balint, pode ser um medicamento poderoso e eficaz, que causa impacto significativo na construção do vínculo e até mesmo na própria ação do remédio prescrito” (Halbe, 1987, p. 4).

O médico, tal qual outros profissionais de saúde, não oferece assistência apenas através de seus conhecimentos teóricos, técnicos ou práticos. Como parte inerente e instrumento do seu trabalho, participa do relacionamento com o paciente com suas características pessoais, suas necessidades, seus valores, suas dificuldades, bloqueios e sensibilidade, sentimentos, anseios e ideologias.

Recorrendo à literatura sobre o tema, o que se observa é que além de características individuais, devidas à personalidade de cada médico, a própria formação e o exercício da profissão vão contribuindo para o desenvolvimento paulatino de uma identidade muito própria, às vezes exaltada e muito freqüentemente criticada, principalmente no que tange ao uso do poder e à forma impessoal como se relacionam com os pacientes. (Balint, 1975; Clavreul, 1983; Nogueira-Martins, 1991; Zimerman, 1992; Canella & Maldonado, 1988)

Para Zimerman (1992), a formação de um “bom médico” se assenta no clássico tripé: conhecimentos - habilidades - atitudes, que são aspectos indissociáveis. O conhecimento se organiza a partir de informações provindas dos instrutores e, principalmente de muito estudo. A habilidade depende do treinamento continuado, quando o médico sabe tirar proveito do aprendizado conferido pelas experiências vividas na prática dos atos médicos, tanto as de acertos, que são gratificantes, bem como daquelas baseadas na frustração dos inevitáveis erros e limitações. A atitude, porém, está relacionada à personalidade, caráter, ética e identidade do médico, que estruturam a conduta médica.

Essas questões remetem à própria escolha da profissão médica. Junto de fatores conscientes, tais como uma percepção de talento e vocação, a identificação com um dos progenitores que é médico, ou gostaria de ter sido, a busca de status ou um promissor mercado de trabalho, podem ser detectados motivos inconscientes influenciando na decisão de se tornar médico. Os fatores inconscientes, originados no decorrer do desenvolvimento da personalidade representam soluções para impulsos determinantes do comportamento que foram originalmente infantis, mas gradativamente se integraram à personalidade adulta (Clavreul, 1983).

Zimmerman (1992) complementa esta idéia citando um estudo pioneiro realizado por Simmel em 1926 sobre a estrutura psíquica do médico, onde descreveu algumas fantasias inconscientes dominantes na escolha da profissão. Destacou que o exercício da Medicina...

“proporciona uma adaptação do princípio do prazer ao da realidade, ou seja, o médico pode satisfazer os seus impulsos primários: ver e apalpar gente desnuda; ter acesso ao interior do corpo e aos mistérios do nascimento, sexualidade e morte; penetrar nos segredos mais íntimos das pessoas; manipular urinas e fezes, etc.; tudo isso sendo conseguido de forma sutil e com o aval de admiração da sociedade. Noutras palavras, o ego do médico honra o juramento de Hipócrates, enquanto seu id se gratifica. Outras motivações inconscientes podem ser citadas como, por exemplo, o fato de ser médico permite-lhe reforçar a negação da doença e, portanto, da sua inexorável morte, já que, por dissociação, o paciente é a sua antítese. Uma importante necessidade inconsciente, cujo cumprimento é propiciado pelo exercício da medicina, é o de poder fazer reparações⁸ as quais podem ser verdadeiras ou falsas e a predominância de uma ou da outra é que vai determinar se a atitude médica é igualmente autêntica ou falsa” (Zimmerman, 1992, p. 65).

⁸Reparação: Mecanismo descrito por M. Klein pelo qual o indivíduo procurar reparar os efeitos produzidos no seu objeto de amor pelos seus fantasmas destruidores. Mecanismo ligado à angústia e à culpabilidade depressivas. (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 581).

Neste sentido, a interação médico-paciente quando bem praticada pode beneficiar a ambos. Ao paciente por se sentir acolhido e compreendido em seus sentimentos e dificuldades como uma pessoa total, não só como portador de um sintoma ou uma doença e, ao médico que, além de se gratificar mais pelos resultados obtidos e pela satisfação do paciente, de alguma forma também tem oportunidade de curar dificuldades internas, através de seus pacientes que inconscientemente podem representar partes suas que necessitam cuidados (Eksterman, 1968).

Do ponto de vista da prática eficaz da Medicina, é importante e desejável que muitos destes impulsos (agressivos, eróticos, reparatórios) possam ser satisfatoriamente usados. Se forem inibidos, alguns aspectos da função apropriada do médico também podem ser inibidos. Se, por outro lado, mantiveram em excesso seu caráter infantil original ou foram insatisfatoriamente sublimados também podem ser mal utilizados. *“(...) podem representar fatores de risco de diversos graus, tanto para o médico, quanto para o paciente, especialmente os impulsos agressivos do médico e, certos fatores da personalidade relacionados à regulação e à manutenção da auto-estima”* (Tähkä, 1988).

Quanto à escolha da especialidade, esta parece dar-se também em função do *“tipo e grau de primitivas fantasias com que ele revestiu a imagem corporal e as funções vegetativas orgânicas”* (Zimerman, 1992, p.66). Clavreul também afirma que:

“a escolha da especialidade pelo médico se faz em relação com preocupações, conflitos, tendências, fantasias inconscientes que marcaram sua infância. O desejo de cada médico é, sem dúvida alguma, formado por significantes que constituíram sua história pessoal, e podemos acrescentar, sem ir muito longe, que certamente não é toda a estrutura de personalidade que permite a alguém tornar-se médico” (Clavreul, 1983, p. 112).

Ao lado de todas essas questões individuais, conscientes e inconscientes, percebe-se recair sobre o médico em formação todos os modelos de identificação profissional, toda uma filosofia e uma postura dos médicos preceptores, que contribuem

para o desenvolvimento de comportamentos defensivos, quais sejam, o distanciamento afetivo, a negação da percepção dos próprios sentimentos, o não envolvimento com o paciente e outros. Zimermam (1992) também alerta para a possibilidade de comportamentos sedutores e paternais, igualmente inadequados para uma relação profissional.

Sobre a crise atual da Medicina ou da identidade médica, o autor acima citado aponta para vários fatores que podem com ela estar contribuindo, tais como: intensas, extensas e rápidas transformações sócio-econômicas da política de assistência médica; a ploriferação de faculdades de Medicina formando (ou de-formando) um número excessivo de profissionais; a transição de valores sociais com uma busca desenfreada pelo lucro, tanto da indústria farmacêutica, quanto das clínicas; o avanço acelerado de informações e novas tecnologias. Todos estes fatores podem determinar muita pressão e questionamentos sobre o tipo de médico que o aluno de medicina vai escolher ser ou poder ser.

Quanto à formação acadêmica, não se constitui novidade a crítica à falta de preparo psicológico para o relacionamento com o paciente e consigo mesmo enquanto profissional. A disciplina de Psicologia Médica Quando oferecida, geralmente está centrada em temas psiquiátricos e psicopatológicos, sem discutir o papel da relação e para a preparação emocional dos futuros profissionais. Uma visão crítica a esta situação, como ela se configura, já é tema de encontros profissionais em Medicina⁹

⁹ O XXIX Encontro Científico dos Estudantes de Medicina realizado em 1999 em Florianópolis, por exemplo, reuniu depoimentos de seus participantes, tais como: "...o avanço da ciência médica tem representado uma perda da valorização do lado humano da profissão. Hoje o que se faz é ainda medicina de procedimentos e não de acompanhamento... "As escolas de medicina devem caminhar para a formação do 'cuidador'...que não está preocupado em fazer um procedimento no paciente, mas em captar seu mundo e ajudá-lo a resolver seu problema"... "A grande questão aberta neste debate é que não basta reformar currículos e formar professores com titulação de mestres e doutores. É preciso que eles sejam educadores afetuosos e humanos que transpirem e inspirem humanidade na sua prática educativa transformadora"(Jornal Universitário, no 33, de 10 de setembro de 1999, páginas centrais)

A carência da formação psicológica e a ênfase no tratamento “objetivo” dos pacientes, evitando uma relação bilateral, são fatores herdados da educação médica tradicional, mantida por hospitais-escola. Sobre este assunto, Balint (1975) e Clavreul (1983) destacam aspectos da formação médica que têm importantes consequências na relação médico-paciente.

Clavreul (1983) fala do conceito de “Ordem Médica”, segundo o qual o médico privilegia a ciência, o conhecimento objetivo e valoriza apenas aquilo que é aplicável e utilizável, como um enunciado preciso sobre uma doença, uma indicação terapêutica, ou um novo remédio. Questionando este tipo de formação, destaca que...

“É inexato dizer apenas que a medicina despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva. Ela despossui, do mesmo modo, o médico, chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige. Ao mesmo tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber. A relação médico-paciente é substituída pela relação “instituição médica-doença” (Clavreul, 1983, p. 49).

Ainda sobre esta situação Casseb, citando Hoirisch (1976) comenta:

“O médico só deveria ser médico na relação com seu paciente. Para nossa surpresa, encontramos-lo submerso em seu papel (...) a pessoa - agente terapêutico oferecido ao paciente - é muitas vezes um falso ‘self’ enrijecido, como resultado do amálgama identidade - papel” (Casseb, 1993, p. 106).

Contribuindo com este ponto de vista, quanto ao que denominou discurso médico, Clavreul destaca que este não faz senão privilegiar certos fatos, impondo uma articulação lógica própria, uma disciplina de avaliação dos fatos e uma disciplina para aquele que mantém esse discurso. O médico observa apenas o que pode constituir uma teoria, ou um diagnóstico que tenha uma coerência. O resto não tem existência para ele. (Clavreul, 1983).

Este fenômeno parece equivaler ao que Michael Balint (1975) define como “a função apostólica do médico”, um conceito que embora pouco concreto e explícito pode ser constatado em muitos detalhes do trabalho do médico com seu paciente. Para

Balint esta função nada mais é do que uma sensação que o médico vivencia de dever “catequizar” os pacientes, como se ele soubesse o que os pacientes devem ou não devem esperar ou suportar, numa tentativa de induzir o paciente a adotar as normas do médico, “convertendo-o” à sua teoria e prática de tal “fé” (Balint, 1975).

Todos estes fatores que vêm se “acumulando” durante a evolução histórica da medicina e durante a formação médica revestiram a figura do médico mais de aspectos de “sacerdote”, “missionário” ou “salvador” do que propriamente de profissional de saúde. Pela ótica emocional, esta imagem está vinculada à questão de poder “curar” e “salvar vidas”, associada à dinâmica da onipotência.

Para Canella & Maldonado (1988), a postura de onipotência origina-se também da luta profunda contra a angústia da impotência frente ao imprevisível, à falibilidade e à precariedade da existência humana, assumindo, portanto, um caráter eminentemente defensivo.

Segundo Maldonado,

“As raízes da onipotência podem estar situadas em diferentes níveis; as que se originam no desenvolvimento emocional, desde seus primórdios; as que são inerentes ao próprio modelo médico, especialmente nos moldes mais tradicionais, e, finalmente, as que se prendem à dinâmica de personalidade de cada médico” (Maldonado, 1978, p. 324).

No modelo médico tradicional está implícita uma hierarquia. O vínculo estrutura-se de forma assimétrica pelo saber, ou seja, o médico pode se colocar numa posição superior porque sabe mais. Esta ideologia básica parece basear-se na crença de que só se o profissional se colocar como uma pessoa forte e onipotente poderá merecer a confiança e o respeito do cliente, adotando o médico muitas vezes uma conduta rígida, autoritária, numa aura de mistério e dogmatismo, fortemente distante na posição de dominação (Maldonado, 1978).

Este comportamento reflete-se em termos de conduta frente ao cliente: falar pouquíssimo, prescrever tratamentos secamente, tratar o cliente com ares de quem é superior não só tecnicamente, mas em qualquer outro sentido (Canella & Maldonado, 1988).

Estes autores salientam ainda que onipotência e poder estão intimamente vinculados: quanto mais o médico tenta ser onipotente, maior a necessidade de concentrar o poder em suas mãos. Este fato pode apresentar inúmeras consequências em termos de conduta. Por exemplo: o obstetra com ilusão de onipotência tende a sentir-se 'dono' do processo de parto de suas clientes; é como se fosse ele – e não elas que dessem à luz. Esta sequência de vivências pode implicar, em níveis profundos e sutis, tirar o poder da mulher, excluindo-a como participante ativa do processo de parir. (Canella & Maldonado, 1988).

A mesma dinâmica onipotente está presente também na dificuldade de aceitar a contínua necessidade de aprender, estar sempre aberto para novas experiências, para a descoberta de novos vértices de compreensão dos fenômenos, acolhendo o novo, o imprevisível, o inesperado, aceitar com humildade as limitações (Maldonado, 1978).

Introduzindo os prejuízos causados aos médicos pelo modelo tradicional de relação com o paciente,

“Balint demonstrou que o sofrimento biológico não é isolado da vida emocional e, mesmo que o médico não se comprometa com as necessidades psíquicas de seu paciente, ele irá sofrer tensões adicionais em seu trabalho, em decorrência de sua ‘surdez’ às solicitações emocionais de quem o procura” (Casseb, 1993, p. 84).

Videla (1998) acrescenta que todas essas formas de relação defensivas no trabalho e com o trabalho acabam trazendo consequências patológicas para o médico, como: grande gasto de energia, evidentes sinais de estresse, alto grau de irritabilidade, baixa tolerância à frustração e muitas vezes sintomas psicossomáticos, como obesidade,

distúrbios digestivos, cardiovasculares e esterilidade, no caso das mulheres, além de dependência química. Evidentemente, tais mecanismos serão mais ou menos utilizados e de forma variável, determinando diferentes escolhas como respostas às diferentes situações, de acordo com cada médico que, tal qual o paciente, é uma pessoa única.

A relação médico-paciente

Pelo exposto nos dois itens anteriores, fica evidenciada a complexidade da relação que se estabelece entre médico e paciente, a medida em que cada um interage com o outro de acordo com suas características pessoais, ou seja, sua subjetividade, dentro de contextos específicos. Alguns conceitos psicanalíticos ajudam a compreender melhor os fenômenos intersubjetivos.

Como qualquer outra relação, a que se estabelece entre médico e paciente apresenta os fenômenos conhecidos como **transferência**, já conceituada anteriormente na página 19, e a **contratransferência**. Segundo Zimerman (1992), também o médico tem sentimentos de toda ordem em relação a seus diferentes pacientes. Trata-se de uma reação emocional por parte do médico aos sentimentos que podem ser expressos de forma verbal ou não-verbal, consciente ou inconscientemente pelo paciente durante a interação. Este fenômeno é denominado contratransferência.

A transferência e a contratransferência são simultâneas e interativas, configurando em cada situação médica um vínculo muito singular, que pode ser eficiente e gratificante, atingindo bons resultados para ambos ou, ao contrário, seguir rumos patológicos. *“... o que existe, na realidade, é uma complementação sutil de reações transferenciais e contratransferenciais que se traduzem em verdadeiros ‘jogos’ interpessoais, onde muitas vezes médicos e clientes se ‘engancham’, ‘empacam’ ou formam situações de ‘beco-sem-saída’* (Canella & Maldonado, 1988, p.15). É o caso da formação de conluios inconscientes - quando o médico, por exemplo, precisa da ilusão da onipotência e aceita demasiadas idealizações por parte do paciente.

Do lugar de coordenador de vários grupos de reflexão sobre a prática clínica, Zimerman (1992) afirma que não é raro o paciente procurar induzir o médico ao papel de mágico, de amante, etc.; mas a recíproca às vezes também é verdadeira, embora

mais difícil de se reconhecer. Muitas vezes, o médico pode buscar gratificações, através do paciente, para necessidades de amizade, amor, reconhecimento, prestígio, poder e dinheiro. Não são raras as cirurgias reconhecidamente desnecessárias, praticadas por médicos que compactuam inconscientemente com pacientes masoquistas¹⁰. O referido autor salienta ainda que:

“É importante diferenciar de quando se trata de uma contratransferência decorrente da resposta do médico às angústias nele depositadas pelo paciente, ou se é uma transferência do próprio médico em relação a seu paciente, pelo fato de que ele possa estar lhe representando uma mãe, um pai, um irmão rival, um filho, etc. Um critério que o médico pode utilizar - mercê de sua capacidade de auto-observação - é o de reconhecer se ele apresenta, de forma repetitiva, os mesmos problemas com uma categoria de pacientes” (Zimmerman, 1992, p. 66).

Para Maldonado (1976), este tipo de relação, porém, quase sempre se estabelece sobre bases frágeis e vulneráveis, onde as frustrações são inevitáveis para ambos : médico e paciente. Embora os fenômenos transferenciais e contratransferenciais não necessitem ser explicitados como na psicoterapia, é de fundamental importância que o médico possa aumentar a sua sensibilidade para perceber estes fenômenos e para que adote o manejo adequado das situações. Assim, a formação psicológica do médico mostra-se imprescindível para que possa, através de uma atividade auto-analítica, diferenciar percepções subjetivas dos dois componentes da relação, médico e paciente, bem como o reconhecimento do papel de sua vida emocional como observador envolvido na relação, buscando com mais precisão e adequação a tão esperada medida de objetividade, sem se deixar levar em suas ações pelos sentimentos contratransferenciais..

Para Maldonado (1976) quando o profissional consegue captar as dificuldades no relacionamento e tratar o paciente com respeito e tranquilidade, pode modificar a relação. Esta autora considera que esta atitude se opõe à prática comum de mascarar,

¹⁰ Pacientes masoquistas- indivíduos com marcados traços de personalidade, em que a satisfação está ligada ao sofrimento ou à humilhação (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 352).

ocultar ou tentar negar sentimentos, condutas que acabam aumentando a tensão no relacionamento, sendo, portanto sempre mais proveitoso abordar diretamente com os pacientes tais situações. Caso isto não aconteça, torna-se quase impossível controlar alguns sentimentos de culpa, impaciência, irritação, podendo até acarretar numa atuação profissional inadequada, uma forma de expressar sub-repticiamente sentimentos de hostilidade e ressentimento para com o paciente.

Maldonado (1978) salienta ainda que este modelo tradicional de relação onde o médico encontra-se num nível superior enquanto o paciente fica infantilizado, tem sido questionado e reformulado no sentido de facilitar a estruturação de um vínculo mais igualitário, em termos pessoais e com funções menos rigidamente estabelecidas, até mesmo em termos do próprio saber. Numa concepção mais atual, o profissional pode escolher não ficar no pedestal, na medida em que sabe e sente que seu cliente pode confiar nele e ter segurança, quando se coloca tecnicamente competente, porém igualitariamente humano. Neste modelo está, sobretudo, implícita a simetria humana: médico e paciente intercambiam ajuda e tratamento, e experiência profissional e vivência clínica, sendo ambos pessoas com limitações, potencialidade, falibilidade e capacidade de desdobramento e renovação.

Neste sentido, pode-se afirmar ainda em concordância com Maldonado que :

“Na relação médico-paciente, o médico pode colocar-se como alguém disposto a pesquisar o que se passa com o cliente e oferecer ajuda, em termos de atendimento tecnicamente adequado, para prevenir ou curar doenças. Mas, obviamente, não trabalha sozinho; é também um colaborador, depende do esforço e do empenho do cliente (a nível consciente e racional, bem como a nível inconsciente e orgânico) para poder fazer um bom trabalho” (Maldonado, 1978, p.326).

Vale ressaltar ainda que a postura médica em relação ao paciente e vice-versa recebe também a influência das normas institucionais, sendo, na prática, variável de acordo com o meio onde a assistência é prestada.

Assim, os processos transferência e contratransferência, embutidos nas interações que acontecem em instituições são, no mínimo, triangulares; interagem médico, paciente e normas institucionais.

“Os fenômenos transferenciais recebem influências inconscientes, a maioria das vezes resultantes da interação que médicos e clientes fazem com a instituição, uma entidade fria, indiferente, mas simbolicamente uma ‘pessoa’ agindo como parte da rede de intercomunicação, formando alianças e fenômenos de exclusão”(Canella e Maldonado, 1988)

A hierarquia mencionada na relação do médico com seu cliente é também um reflexo da hierarquia que ocorre no âmbito institucional. O sistema é semelhante na relação dos chefes com seus assistentes subordinados (residentes).

“Os diretores das instituições podem desenvolver um autoritarismo intenso, exigindo da equipe médica um desempenho impossível na prática, estabelecendo-se uma relação autoritária e vertical, à qual a equipe reage atendendo mal” (Canella e Maldonado, 1988, 26-27).

O paciente, então, pode passar a ser visto como fruto da precária condição de trabalho. Da mesma forma, os pacientes podem reagir com os médicos, tomando-os como legítimos representantes da instituição.

Outro fator importante que interfere na relação do médico com seu paciente nas instituições é a diluição da responsabilidade, pelo que Balint (1975) denominou “o conluio do anonimato”, onde vários profissionais atendem o mesmo paciente, onde há menor risco de ser visto como incompetente e pelo fato de não receber honorários diretamente dos pacientes e de suas famílias.

Além disso, a organização das instituições da rede previdenciária considera prioritário prestar assistência a grandes setores da população; importam os números, as estatísticas. Se por um lado, possibilitam a expansão dos atendimentos à população, por outro isto faz com que sobrevenha a sensação de impotência do “nada posso fazer, não

tem jeito mesmo”, impedindo o médico de buscar o que pode e deve fazer mesmo em condições adversas.

O mais comum é uma supervalorização do fazer e do efetuar ações concretas, como fazer um diagnóstico, um exame ginecológico, um pedido de citologia, uma receita e, concomitantemente, a desvalorização do ouvir, do conversar e do estar disponível, elementos psicoterapêuticos da consulta médica, muitas vezes mais relevantes do que o fazer (Canella & Maldonado, 1988). Esta atitude tem sua origem no modelo histórico de observação anatomo-patológica e ainda hoje oferecido durante a formação acadêmica, cujo objeto constitutivo de estudo é, a rigor, o cadáver e, portanto, desenvolvendo uma atitude clínica que despreza o discurso do paciente (Aguilar, 2000). Não se trata aqui de sugerir que o médico abandone sua competência como médico para atuar como psicólogo, mas que ele exerça sua função levando em consideração o que o paciente tem a “dizer” também e não só o que tem para “mostrar”.

Em suma, concluem Canella e Maldonado (1988), a norma institucional parece ser a do atendimento impessoal e padronizado, onde os exames, as fichas burocráticas e os números têm precedência sobre as pessoas. Isto faz com que, afinal de contas, o médico tenha que atender em primeiro lugar a instituição, depois a equipe de trabalho e, por último, o paciente.

A interação médico- paciente como um encontro terapêutico

“É algo extraordinário que o inconsciente de um ser humano possa reagir ao de outro, sem passar pelo consciente”. (Freud, 1915)

Até aqui o tema discutido foi a relação médico-paciente com suas vicissitudes, possibilidades e limitações de forma abrangente. O presente item traz como objetivo discutir o momento específico da inter-relação entre médico e paciente como um encontro que pode ter uma relevante potencialidade de exercer uma *ação terapêutica*, também em nível psicológico. Necessário se faz, então, uma distinção inicial entre os conceitos de relação e interação.

Batista (1996) traz uma definição onde a interação seria a ocorrência de uma ou mais trocas do tipo: A faz x para B e B faz y em retorno para A, enquanto o termo *relação* seria reservado para casos em que uma interação é afetada por interações passadas ou pode afetar interações futuras.

Para Andolfi (1996) interação e relação caracterizam-se pela circularidade, ou seja, a relação constitui-se no pano-de-fundo no qual a interação toma sentido e o que a interação produz de novo recai sobre a relação, fechando um ciclo que define a influência recíproca entre duas dimensões da experiência humana. “O fato que distingue a relação da interação é que, enquanto a primeira se mantém também à distância, a segunda necessita da presença física dos sujeitos envolvidos. Portanto, a interação refere-se à troca que surge no ‘aqui-e-agora’. A interação também se caracteriza com base na personalidade e subjetividade de quem interage, no ser *sujeito da ação e sujeito na ação*” (Andolfi, 1996, p.26-27).

Ainda segundo este autor, a relação é um conceito mais amplo e abstrato, pois não é diretamente observável, podendo apresentar características que se repetem durante

a história com diferentes personagens, tal como sugere o termo relação médico – paciente, podendo ser aplicável a vários médicos e a vários pacientes. Já a interação tem um contexto espaço-temporal limitado e se caracteriza pela especificidade, embora possa receber a influência direta das relações previamente estabelecidas com estes mesmos sujeitos ou com outros em situações semelhantes que são mnêmonicamente evocadas durante esta interação em especial.

Quando um paciente procura um médico em busca de ajuda para algum sofrimento, aquela consulta ou qualquer ato médico praticado constitui-se em uma interação entre dois sujeitos, em um espaço e em um tempo delimitado.

Eksterman (1968) lembra Perestrello que é bastante enfático quando afirma: *“Toda relação humana é uma relação de influência. Toda influência médica é psicoterápica”* (Eksterman, 1968, p. 414). Na realidade, porém, o que se constata é que as interações são complexas e muitas vezes o médico se surpreende ou até mesmo se culpa quando, por exemplo, apesar de tentar responder as solicitações do paciente, fazendo uso do arsenal de que dispõe, o paciente refaz suas queixas como se necessitasse desesperadamente de mais ajuda.

Várias pesquisas realizadas, como a do próprio Eksterman em colaboração com o Prof. Figueiredo Mendes na Faculdade de Medicina da UFRJ, denunciam que os doentes necessitam sempre de algum tipo de atenção psicoterápica e que, em todos os doentes funcionais, a atuação do médico é a base de toda terapêutica (Eksterman, 1968).

Para que a interação possa ser um “encontro” é necessário que o médico esteja disposto e preparado para acolher as queixas (somáticas e emocionais) de seu paciente e que este também esteja interessado em ser ajudado ou possa permitir que o médico se aproxime para compreendê-lo. Somente podendo superar as diferenças, os dois conseguirão uma interação de maior valor clínico. *“Balint afirma que quando por*

ventura o médico não disponha de espaço psíquico para acolher as doenças de seu paciente o encontro dificilmente logrará êxito, não importa quais as razões do médico” (Casseb, 1993, p. 80).

O que se observa é que os médicos preferem geralmente o diagnóstico tradicional físico-biológico, em parte porque não estão preparados para outro tipo de aproximação, em parte porque confundem este tipo de interação com as do senso-comum (aconselhamento) e em parte porque têm medo de se envolver de uma forma não profissional com o paciente. De qualquer forma, Balint (1975) considera uma responsabilidade ética uma investigação mais minuciosa sobre o sofrimento do paciente.

Muitos médicos procuram se defender do envolvimento emocional com seus pacientes de várias formas, entre elas a utilização do modelo da relação professor-aluno ou através da constituição de uma “armadura profissional atrás da qual o médico oculta as suas preocupações, incertezas e hesitações. Trata-se de uma maneira estereotipada de relacionar-se e, como solução padrão, é aplicada de modo mais ou menos imutável, em situações mutantes e com diferentes pacientes” (Tähkä, 1988, p.45).

Como já foi salientado acima, muito freqüentemente, face à ameaça que a enfermidade representa, vivida como ameaça sistêmica, ameaça de desintegração ou destruição da personalidade, quando não se sente acolhido pelo médico, o paciente pode apresentar mal-estar intenso com sensações de extremo desamparo e falta de segurança na realidade externa. Este fato pode implicar na eclosão de uma carga adicional de ansiedade com formação de novos sintomas, ou agravamento dos pré-existentes, constituindo-se o que foi definido como iatropatogenia na interação (Eksterman, 1968).

O que é então um encontro terapêutico? Para Andolfi

“o encontro terapêutico clínico é uma situação na qual a comunicação surge entre duas pessoas que se encontram (...), com base em uma relação profissional-cliente. O objetivo é o de esclarecer o modo de viver da pessoa em questão” (Andolfi, 1996, p. 19).

O funcionamento desta relação dependerá, segundo Fiorini (1979) de várias condições do paciente, mas depende também em grau maior das atitudes de quem atende o paciente, de sua capacidade de oferecer contribuições específicas ao vínculo.

Para que o médico ofereça um espaço emocional a seu paciente, não basta sua intenção e liberdade de oferecer mais tempo ao paciente; faz-se necessário um redimensionamento de sua postura médica tradicional. Isto implica no que Canella & Maldonado (1988) denominaram assumir uma *atitude clínica* que consiste na capacidade de ver, de ouvir, de captar e de sintonizar com seu paciente a partir da perspectiva dele e não somente da do médico. Ainda segundo os mesmos autores, o desenvolvimento de uma atitude clínica refina o nível de diagnóstico médico, na medida que inclui a percepção da situação existencial do paciente (realidade econômica, social e cultural), dentro da qual se inscrevem os sintomas.

“O desenvolvimento da atitude clínica só se torna possível quando nos deixamos funcionar por inteiro, ou seja, não só com nosso preparo técnico, mas também com nossa intuição e sensibilidade (...), funções que emergem de nossos níveis profundos - uma vez que o inconsciente é o grande arquivo que armazena não só o que reprimimos como também muito do que sabemos e percebemos e que emerge espontaneamente quando nos permitimos ser pessoas mais flexíveis e integradas. Quando tentamos ser apenas racionais ou atuamos apenas emocionalmente, funcionamos de modo parcial, sem explorar outras tendências e recursos de nosso modo de ser” (Canella & Maldonado, 1988, p.41).

Além dos traços já citados de capacidade para ouvir e entender o paciente, Fiorini (1979) lista outros traços que podem contribuir para o sucesso da interação, quais sejam, calor humano, espontaneidade, iniciativa no sentido de fazer perguntas e fazer o paciente refletir, atitude docente, expondo de modo aberto seu método de pensamento e principalmente, reconhecendo seus próprios sentimentos.

Seguindo os preceitos de Balint (1975) onde ele conceitua o médico como a principal droga a ser prescrita ao paciente, fica evidente a necessidade do preparo daquele para poder ser “ingerido” na dose certa e da forma mais adequada ao paciente.

Cabe a ele, portanto, o discernimento e a compreensão do que se passa com o paciente e com ele quando em interação.

Neste sentido, a interação médico-paciente em qualquer especialidade, assemelha-se bastante ao encontro psicoterápico específico, embora a finalidade da primeira seja direcionada e focada na compreensão da doença ou, como no presente estudo, do parto na vida da paciente e não no seu funcionamento psíquico como um todo.

Um dos principais instrumentos para esta compreensão é, sem dúvida nenhuma, a atividade comunicativa verbal e não-verbal dos dois indivíduos interagindo entre si, construindo um sentido para suas ações. *“Etimologicamente comunicar significa colocar em comum’, estabelecer uma relação com algo que não nos pertence, logo, ‘estar com’ ainda que mantendo uma distância”* (Andolfi, 1993, p. 18).

Toda comunicação humana tem um *emissor* de alguma mensagem e um *receptor* da mesma, sendo que os distúrbios de comunicação podem se originar em um dos pólos ou em ambos. Em relação ao médico, é preciso que saiba que *olhar* e *escutar* seu paciente difere em muito das funções fisiológicas de *ver* e *ouvir*. A diferença entre ver e olhar e ouvir e escutar depende da ampliação da sensibilidade que possibilita captar nuances e matizes nas entrelinhas da comunicação. Da mesma forma, se o médico tiver sua mente saturada de preconceitos ou pré-conceitos, terá mais dificuldades em perceber o paciente tal como ele é (Canella & Maldonado, 1988).

“Não há nada pior no ato médico do que o ‘diálogo de surdos’ da incomunicação, razão por que é da máxima importância que o médico possa traduzir a linguagem do paciente, quando ela vem trazida sob signos primitivos” (Zimerman, 1992, p. 68). Sabe-se que a linguagem humana não é apenas verbal, sendo muito

comum que ela se evidencie por recursos não verbais, entre os quais a linguagem corporal, gestos, posturas, sintomas conversivos, doenças psicossomáticas, etc.

Andolfi (1996) classificou alguns sinais corporais dividindo-os em sinais que exprimem emoções, comportamentos interpessoais e aspectos de personalidade. Dentre os sinais emocionais o autor salienta os que partem da área mais imediata de sinalização emocional, o rosto. Expressões faciais como as mudanças de posição dos olhos, da boca, das sobrancelhas, dos músculos faciais, podem denotar emoções fundamentais que variam desde a felicidade até o desprezo. Os gestos e a postura com frequência exprimem emoções que verbalmente não se consegue transmitir.

Os sinais que exprimem comportamentos interpessoais incluem o olhar (são interessantes os aspectos constituídos pelas motivações com base na procura do olhar, da fuga deste e da experiência de ser olhado); o contato físico (aquilo que para uma pessoa é um acesso, para outra pode ter o significado de um excesso); a orientação dos corpos (o ângulo segundo o qual as pessoas se situam no espaço uma em relação à outra).

Entre os sinais de personalidade, Andolfi cita alguns sinais de corpo como as dimensões, a conformação, a estrutura dos traços do rosto e o tipo de voz que podem ser considerados elementos comunicativos da personalidade.

Importante se faz enfatizar o que foi dito anteriormente, ou seja, que os distúrbios da comunicação podem provir de ambos os lados. Assim, a postura corporal do médico (colocação no espaço geográfico, imponência, distanciamento), bem como sua aparência, também podem interferir no clima que possa se desenvolver com seu paciente.

Além destes sinais mais evidentes, a comunicação de sentimentos e sensações pode também ser feita através dos fenômenos acima citados da transferência e da

contratransferência, que podem ser detectados pelo médico através de seus próprios sentimentos e sensações durante a interação com o paciente. Para tal, é apropriado que o médico se auto-observe e se pergunte como está se sentindo com aquele paciente.

“A melhor garantia contra impulsos irrealísticos (...) é a mais ampla conscientização possível, por parte do médico, de seus próprios sentimentos, necessidades e conflitos (...) Ter medo de diversos sentimentos e fantasias a respeito de pacientes e assustadamente expulsá-los para fora da mente não é apropriado, pois é aí que eles se tornam potencialmente perigosos e podem, ficando fora do controle consciente, vir a aparecer na interação entre médico e paciente” (Tähkä, 1988, p. 47).

Portanto, para poder abrir este “espaço de disponibilidade” é imprescindível o auto-conhecimento. Além disso, para compreender as comunicações dos pacientes em todos os seus níveis faz-se imprescindível uma certa dose de *empatia* por parte do médico. Por empatia entende-se uma capacidade da área afetiva de colocar-se no lugar do paciente, conforme determina a etimologia da palavra: “em” (estar dentro) da “patia” (pathos - dor, sofrimento, doença) do outro (Zimerman, 1992).

A capacidade de continência é outro atributo necessário ao médico em interação com o paciente. Trata-se, segundo Zimermann da capacidade do médico conter, “nos mesmos moldes como uma mãe tranqüila faz com seu filho pequeno, as angústias, fantasias e necessidades de seu paciente aflito, especialmente aquelas que acompanham as vivências de morte e as agudizações das crises existenciais” (Zimerman, 1992, p. 68).

Este autor alerta também para o importante fato do médico poder conter também suas próprias angústias, dúvidas e “não-saber”, que podem acarretar um excesso de indicação de medicação, de encaminhamentos, de pedidos de exame, por uma preocupação exagerada ou como forma de fugir do paciente.

Quanto ao tipo de intervenções, aproximações ou comunicações habitualmente utilizadas no vínculo médico-paciente, algumas formas podem ter efeitos nitidamente iatropatogênicos, podendo ser substituídas por outras modalidades de comunicação que

provocam menos “efeitos colaterais” indesejáveis; outras são úteis em muitas ocasiões, mas se tornam inoperantes sob determinadas circunstâncias.

Dentre as formas iatropatogênicas de comunicação, chamadas de “pedras no caminho” por Canella & Maldonado (1988) estão as seguintes:

-*Ordens e ameaças*: que são diferentes de prescrições médicas e expor fatos e conseqüências;

-*Lições de moral*: fazer julgamentos ou lançar juízos de valor, com tom de crítica, desaprovação ou ironia. Particularmente iatropatogênica quando utilizada com pessoas em momentos de vulnerabilidade. Pode ter como efeitos sentimentos de raiva que levam a um fechamento e resistência interacional, ou a sentimentos de culpa ou vergonha.

-*Persuasão*: uso de argumentos lógicos e racionais com o objetivo de convencer a pessoa a concordar com o que lhe é indicado. Só é eficaz, no entanto, quando a pessoa pode, no momento, funcionar a nível lógico-racional. Caso contrário, pode trazer mais ansiedade.

-*Sugestões e conselhos*: Quando o médico é tomado pelo sentimento de “tenho que resolver o problema desta pessoa de qualquer maneira”. Intervenção inoperante se corresponde à ótica do médico apenas. A alternativa seria oferecer e examinar junto com a paciente alternativas, idéias e informações.

-*Consolar e oferecer falso apoio*: atitude de evitar ouvir e entender os sentimentos da outra pessoa, acreditando que eles desaparecerão se forem abafados. Exemplos: “Isso acontece com todas as mulheres”, “A vida é assim mesmo”, “Isso há de ser resolvido com o tempo”.

Além destas formas iatropatogênicas, os referidos autores citam: mensagens contraditórias, críticas e ridicularizações, atender de modo impessoal e puramente técnico.

Como formas terapêuticas, os mesmos autores classificam as seguintes intervenções:

-Focalização em pistas não-verbais;

-Reflexão sobre os sentimentos: distinguir e decodificar os níveis manifesto e latente do paciente e dizer-lhe explicitamente o que é captado. Ex: “Cesárea é boa só quando necessária para a mãe e para a criança” (persuasão) x “A idéia da cesárea te apavora, não é?” (reflexão de sentimentos).

-Colocação de limites: explicitar claramente o que se pode e o que não se pode fazer para que a paciente saiba exatamente com o que pode contar, evitando frustrações e ressentimentos, não alimentando falsas expectativas. Trabalhando com o real, estimula-se o paciente a colaborar.

-Fazer perguntas: meio tanto eficaz para bloquear quanto para abrir canais de comunicação dependendo da atitude. Pode ajudar a detectar pontos obscuros, mitos, lacunas, ou distorções de informações.

-Confrontações: apontar e esclarecer mensagens contraditórias do paciente;

-Resolução conjunta de impasses: evitando os extremos do autoritarismo e da permissividade, pressupõe trabalho de co-responsabilidade, onde o poder fica compartilhado. Prática muitas vezes dificultada pelas normas institucionais.

-Orientação antecipatória: descrever para o paciente o panorama geral de uma situação a ser enfrentada.

-Reasseguramento: tranquilização do paciente, através da apresentação da realidade, dando oportunidade para a livre expressão de sentimentos, informações corretivas, que geram alívio de ansiedade.

Se, teoricamente, é possível examinar cada forma de comunicação isoladamente, na prática clínica do dia-a-dia, o que acontece é uma combinação das várias modalidades para a tentativa de obtenção do máximo de eficácia na atuação. Cabe ao médico saber utilizar o potencial psicoterápico destas intervenções, sem desperdiçar a oportunidade de contribuir para que o paciente seja uma pessoa saudável e para que ele também possa trabalhar de uma forma mais saudável.

1.2-O PARTO COMO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

Para contextualizar a interação específica que se estabelece entre o médico-residente e a parturiente desde o momento da internação no Centro Obstétrico até o momento do parto, faz-se necessário conhecer e analisar muitas das possíveis situações a serem vivenciadas nestas circunstâncias. A descrição do parto como fenômeno psicossomático e as repercussões emocionais desta vivência, tanto para a paciente, quanto para a equipe que a assiste, são os temas do presente item.

Mundialmente, considerando o ponto de vista fisiológico,

“o acontecimento do parto é um denominador comum: a mulher em trabalho de parto, seu ventre em contrações, dilatação do colo, endurecimento da barriga, arredondamento do períneo, cabeça ascendente e a súbita torrente de líquido amniótico; então aquela translingüística ordem - Espera! - e então -Empurra! - seguida pela emergência da cabeça e o deslizamento impetuoso de um corpo retorcido, escorregadio” (Raphael-Leff, 1997, p.115).

A forma, porém, como o parto acontece e suas repercussões vêm se modificando radicalmente no decorrer da história humana e em diferentes culturas. Na Antigüidade e na Idade Média, principalmente, o parto era sempre um acontecimento de mulheres. A própria palavra obstetrícia foi derivada de *adstetrix*, com a evolução posterior de *ad* para *ob*, significando *“a mulher assistindo a parturiente”* (Resende, 1993, p.1)

A parturiente era originalmente acompanhada pelas mulheres da família ou da vizinhança ou pelas parteiras mais experientes que acabavam tendo este trabalho como ofício e transmitindo seus conhecimentos de geração a geração. Os partos aconteciam sempre em casa, com a família muito próxima.

Os riscos de mortalidade, porém, eram muito grandes, tanto para a mulher, quanto para o bebê. Embora a parturiente se visse rodeada de solidariedade de suas companheiras de sexo,

“práticas desarrazoadas, feitiços e crendices, bebidas repugnantes e flagelações que complicavam a parturição, dilaceravam a genitália, infectavam-na e ao ovo, condicionando e propiciando sua morte no claustro materno ou a da própria gestante” (Resende, 1993, p. 2).

Somente a partir do Renascimento e, mais especialmente a partir do séc. XIX, o desenvolvimento científico trouxe muitos benefícios à saúde da mulher, mas também a perda deste clima mais afetivo. O movimento feminista, por exemplo, tem denunciado constantemente as conseqüências nocivas da atual medicalização do parto, destruindo rituais femininos e familiares, interferindo demasiadamente no processo natural do nascimento (Resende, 1993).

Este é um tema que tem se caracterizado pela polêmica, e que denuncia a atual e constante dissociação da mulher pelos obstetras ocidentais que, desde sua formação, têm dificuldade de *“integrar a este corpo, a esta vagina em um corpo-objeto-mulher um ser humano dotado de psiquismo e sentimentos”* (Videla, 1997, p. 178).

Segundo Rezende e Montenegro (1995), os fatores responsáveis pelo desencadeamento do parto são múltiplos, complexos e inter-relacionados; entre eles: as contrações uterinas e alterações bioquímicas específicas. Maldonado (1997) ressalta, porém que fatores como o medo e a ansiedade também podem influir na gravidez e na expulsão do feto, inclusive em estados precoces, uma vez que interferem, inclusive, na concentração maior de catecolaminas¹¹. O próprio receio do parto pode modificar a fisiologia uterina, ficando evidente, portanto, a necessidade de que as pessoas que assistem s parturientes conheçam o que Paiva (1959) denominou a psicopatologia do parto.

Emocionalmente, o parto é considerado um momento de crise, caracterizado principalmente pela irreversibilidade, já que o que está dentro tem de sair. Trata-se de

¹¹ Catecolaminas: substâncias produzidas pelo Sistema Nervoso Simpático, liberadas em quantidade maior em situações de stress, tais como luta, dor, etc., colocando o indivíduo em estado de alerta.

um processo abrupto que introduz mudanças intensas, tanto no esquema corporal, quanto no papel social vivido por esta mulher que deixa de ser filha para ser mãe, ou que deixa sua identidade de mãe de um filho para ser mãe de dois filhos e assim por diante.

A impossibilidade de controlar o processo e de prever uma data para este acontecimento aumenta a ansiedade e a insegurança, levando o parto a ser sentido como algo imprevisível e desconhecido (Maldonado, 1997).

A qualidade do parto e o comportamento da parturiente são questões complexas, dependentes de fatores subjetivos, tais como: história pessoal; contexto sócio-cultural; nível de informação a respeito do parto; características de personalidade; vivências prévias, como abortos, partos prematuros, distocias¹²; vivências e história familiares, inclusive o próprio parto da gestante, bem como profundos significados simbólicos. Neste sentido, as informações, objetivas ou não, também podem desempenhar um significativo papel.

Fato muito comum é que outras mulheres costumam contar seus partos às gestantes, difundindo impressões muito pessoais. *“(...) que experimentaram pânico, violência, abandono, tristeza, euforia, confiança, lucidez, confusão, e outros matizes de sentimentos, sem conseguir localizar com precisão nem as origens, nem as causas...”* (Rostfelter, 1992, p. 69).

Dentre os fatores emocionais que podem vir a interferir no parto, está a relação que a gestante estabelece com seu filho. Segundo Maldonado (1997), porém, devido a inúmeras possibilidades de simbolização do parto e do bebê, o conceito de aceitação ou rejeição do feto apenas não se constitui sinal prognóstico fidedigno da qualidade do parto. Assim, uma mulher que aceita bem a gravidez pode ter um parto difícil porque

resiste à separação e não deseja que o filho saia de dentro de si; uma outra que rejeita a gravidez pode ter um parto rápido e fácil porque deseja expulsar o bebê de dentro de si como um objeto mau.

Mulheres com características simbióticas, por exemplo, podem vivenciar com dificuldade este momento de separação física e emocional. Para Soifer (1980), o significado do parto é a separação concreta de dois corpos antes unidos, vivendo em total dependência. Ele pode ser sentido como uma separação dolorosa, no qual a mulher “perde” uma parte de si mesma, podendo ser reativadas profundas ansiedades na parturiente, tais como a angústia sofrida durante sua própria passagem pelo canal do parto e a mais arcaica das angústias, a de separação da mãe.

Durante as horas do trabalho de parto, Klaus & Kennel (1993) afirmam que, conforme as contrações aumentam em duração, intensidade e frequência, as emoções da mulher também aumentam e diminuem, alcançando o pânico momentâneo ou a fúria, no auge de uma contração, seguida de intervalos de relaxamento e calma entre uma e outra. Seus sentimentos passam da entrega à ansiedade, irritação, lamentação e desespero. Muitas vezes a vivência desta angústia é de aniquilamento e morte; daí as manifestações extremas que produz. Para Rostfelter

“as mulheres associam a dor do parto a uma ‘tortura’... É quando aparecem as lembranças de situações extremas nas quais se sentiu também ‘abandonada’ ou desamparada, sem representação conhecida através da qual possa assegurar-se (...) o parto é em si uma situação extrema”, que pode apresentar “momentos catastróficos” (Rostfelter, 1992, p. 66).

É o momento em que algumas parturientes evocam a lembrança de pessoas queridas que já morreram, talvez pelo medo da própria morte ou da morte do bebê. É o

¹²Distocias- *Dis* (perturbação, dificuldade) + *tokos* (parto) = ocorrência de qualquer anomalia em algum (simples ou único) ou em vários (distocia agravada), no canal (bacia e parte mole), na força (contração uterina) ou no móvel (feto) (Neme, 1995).

momento em que algumas mulheres manifestam claramente o desejo de morrer, tão terrorífica é a idéia do parto para elas.

Pela vivência da dor e do incontrolável dentro de seu corpo, a mulher regride emocionalmente, sendo comum a evocação da lembrança da própria mãe e a reaparição dos conflitos com ela. Paiva, já em 1959, advertia para as possíveis consequências e significações do parto de cada mulher, considerando se, por exemplo, a parturiente sentiu muita raiva de sua mãe e tem sentimentos de culpa, temendo ser castigada; se revive com angústia a própria separação de sua mãe, ou se se identifica positivamente com a figura de uma mãe boa e encorajadora.

Vale lembrar que todas estas possíveis lembranças e sentimentos evocados podem ser transferidos para as pessoas da equipe, conforme mencionado no capítulo anterior, determinando as diferentes formas como a parturiente vai agir e reagir em relação a quem a assiste.

Outra eventualidade possível no trabalho de parto é a sua detenção real ou aparente, quer dizer, estancamento real ou aparente das contrações, fato que acontece inesperadamente do ponto de vista fisiológico. A detenção é atribuída à crise de ansiedade pela paciente ao perceber o processo do parto, para que ela possa elaborar durante certo tempo essa situação que a assusta. Na detenção aparente, as contrações prosseguem, mas não são sentidas; a paciente elabora suas angústias através da negação.

Quando conseguem se tranquilizar, as mulheres recuperam o controle, concentram-se, colaboram. Caso contrário, o processo pode deter-se ou se instalam contraturas que podem conduzir a distocias ou à inércia uterina. Parece tratar-se de:

“bloqueios psíquicos associados a uma detenção do trabalho, que não são, com frequência, mais que o sintoma manifesto do sentimento de esgotamento, de solidão e de desintegração da mãe (...) Esses momentos catastróficos são tão fortes que conduzem a mãe a uma dificuldade para reconstituir-se e reconhecer seu bebê, assim como a processos de grave ingresso na psicose” (Rosfelter, 1992, p. 68-69).

Sobre este tema, Langer (1986) confirma que quando a mulher fica angustiada e sentindo-se à mercê de um processo desconhecido e doloroso perde o controle psíquico sobre si mesma, perdendo também, por tratar-se de musculatura involuntária, o controle sobre o complicado mecanismo do parto. Uma parte da musculatura obstrui o trabalho da outra parte e o parto se converte em algo doloroso e amiúde perigoso para a mãe e para o filho.

Outra situação a ser considerada é a fantasia que permeia a ruptura das membranas, o medo do “parto seco”, suposto responsável por mais dores. Parece tratar-se de mitos que se apóiam na angústia do medo da morte, correspondendo a fantasias do tipo anal retentivo. Para o inconsciente, o parto representa também uma ameaça de castração, quer seja como castigo pelo triunfo de ter conseguido o bebê que a mulher tanto invejou da mãe, quer seja pela sensação de esvaziamento após o nascimento do bebê. Se a angústia é traumática podem produzir-se delírios, com elementos persecutórios contra a equipe ou às vezes contra o próprio filho. Em outros casos, instala-se um retraimento, às vezes com características catatônicas. Sintomas somáticos intensos também podem ser desencadeados como a já citada inércia uterina, a temida eclâmpsia, ou ainda a aceleração das contrações uterinas de forma perigosa para o feto (Soifer, 1980).

Além disso, a mulher pode estar preocupada também com os danos a seu corpo: órgãos internos e vagina, bem como os efeitos psicológicos sobre sua sexualidade. Existem medos em relação à sutura e às cicatrizes. Embora muitas vezes não revelado aos atendentes de parto, para mulheres que tenham sido vítimas de abuso na infância ou

estupro, qualquer violência genital, incluindo exames internos, a episiotomia¹³, e o parto com fórceps são traumáticos.

Todas estas fantasias e estado de confusão podem ser superados, porém, pelo desejo de dar à luz e com a ajuda daqueles que assistem a parturiente e, sobretudo pelo contato com a criança. *“Ver o filho recém-nascido e segurá-lo nos braços é a única maneira de voltar a si, de recobrar a identidade perdida no estado de confusão. O filho denota a especificidade do ato, eliminando assim as confusões”* (Soifer, p. 59).

Casos especiais e específicos como é o caso dos partos prematuros, mal formados e fetos mortos suscitam grande ansiedade e melancolia, pois contrariam as expectativas das mulheres que estão na Maternidade para trazer à vida bebês saudáveis, ativando fantasias e sentimentos de culpa.

Maldonado (1997) salienta também que, da mesma forma que as características pessoais interferem na conduta durante o parto, *“os diversos tipos de parto exercem diferentes impactos e são vivenciados e integrados na personalidade de várias maneiras”* (Maldonado, 1997, p. 71).

Segundo Klaus & Kennel (1993) o período que vai desde o início do trabalho de parto até o momento do encontro entre mãe e filho assume importância vital, pois poderá determinar a modalidade do vínculo inicial entre mãe e filho, ficando evidenciada a relevância do contexto onde ocorre o parto e da atuação da equipe.

Odent (2000) explica que as evidências trazidas pelos etologistas apontam para um curto e crítico período de tempo de uma hora logo após o nascimento, em que a natureza instintual da mãe e do bebê está propícia a realizar o apego entre os dois e, que traz conseqüências a longo prazo, no que se refere à qualidade do amor e dos cuidados que a mãe irá prestar ao seu filho, bem como a capacidade futura do filho para amar a si

¹³ Episiotomia: incisão realizada no orifício vulvar para fins obstétricos, geralmente para facilitar a passagem do bebê (Resende, 1993).

próprio e aos outros, pois, *“o vínculo entre mãe e bebê é o protótipo de todas as formas de amor”* (Odent, 2000, p. 8). Salienta-se aqui mais uma vez a necessidade da mulher ser acolhida e “maternada” por quem a assiste para poder receber bem o seu bebê.

Neste sentido, Klaus, Klaus e Kennel (2000) salientam também que, apesar de centrada profundamente no que acontece dentro de seu corpo, e muitas vezes regredida a ponto de reviver seu próprio nascimento, a mulher em trabalho de parto muitas vezes tem intensificada sua sensibilidade a mensagens não-verbais, captando vibrações de ternura, aceitação ou desaprovação naqueles ao seu redor.

A atitude das pessoas ao redor da parturiente, tanto no sentido de uma exagerada proteção, que pode reforçar a sugestão de dor, como de indiferença e desamparo, pode intensificar o seu temor, provocar dores intensas, ou, ao contrário, como afirmado anteriormente, a inibição do trabalho de parto (Langer, 1986).

Klaus e Kennel (1993) alertam que:

“ser deixada sozinha, durante o trabalho de parto, não é apenas assustador, mas representa uma severa ameaça ao auto-conceito da mulher. Ser protegida é ser valorizada, em um momento de intenso egocentrismo e temor. A espécie de atendimento que uma mulher recebe, neste período de vulnerabilidade, é crucial para sua avaliação subsequente da experiência, para seu comportamento maternal posterior e para seu auto-conceito” (Klaus e Kennel, 1993, p. 51).

Klaus, M., Klaus, P. e Kennel (2000) acrescentam ainda que o apoio emocional continuado durante o parto pode ter efeitos terapêuticos mais profundos. Afirmam que se a mulher for cuidada de forma adequada e apropriada, poderá se “remodelar”, recuperando-se de experiências precoces frustrantes.

Referindo-se também ao contexto assistencial, McKay (conforme citado por Maldonado, 1997) levanta a questão do poder implícito nas normas hospitalares, e na postura dos profissionais que prestam assistência, que podem influenciar o curso psicossomático do trabalho de parto, determinando as possibilidades, ou

impossibilidades da parturiente protagonizar a cena ou fazer escolhas, como, por exemplo, da posição em que prefere ficar durante as contrações do trabalho de parto e no período expulsivo.

“De fato, alguns hospitais exigem concordância, apresentando práticas de rotina intentadas para aumentar a eficiência, algumas vezes equiparada a parto apressado... mudar as presunções subjacentes e um sistema profundamente arraigado tem sido um processo lento...” (Raphael-Leff, 1997, p. 116-117).

Vale lembrar que, apesar de a maioria dos nascimentos terem lugar em instituições, onde as gestantes vão buscar os cuidados médicos e mais segurança, a maioria destas mulheres teve pequeno contato prévio com hospitais, ou somente visitas ocasionais, associadas a doenças ou acidentes.

Videla (1997) também afirma que o contexto assistencial pode repercutir na vivência do parto, colaborando para o descontrole, o pânico a até alterações da contractilidade uterina, em caso de assistência precária ou “violenta”. Esta autora denuncia dois tipos de “violência obstétrica”: o denegrimento verbal e corporal das mulheres de baixos recursos em todos os lugares do mundo e, a atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto. Destaca ainda que além das dores físicas inerentes ao processo do parto, muitas parturientes são submetidas a dores resultantes de ações da equipe que atua sobre seu corpo (que vão desde o enema, a episiotomia, a sutura, as injeções para indução, manobras de Kristeller¹⁴, até os toques vaginais¹⁵), a linguagem e o maltrato. Como consequência, quando a mulher não consegue se tranquilizar ou não se sente confiante em relação à equipe, o quadro pode tornar-se dramático, insistindo por anestesia, indução ou intervenção cirúrgica.

¹⁴ Manobra de Kristeller- manobra de pressão fúndica, criada por Kristeller em 1867, se refere à pressão gradual do fundo do útero durante a contração uterina com ambas as palmas da mão. Cada pressão deve durar de 5 a 8 segundos). Alguns médicos são partidários desta manobra porque ela evita o fórceps, outros a desaconselham pelo risco de se produzir deslocamento da placenta, roturas uterinas, rotura do fígado ou lesões encefálicas no feto (Rezende, (1995).

¹⁵ Toques vaginais – Toques bidigitais onde os dedos são dirigidos de baixo para cima; realizados com os devidos cuidados prévios de assepsia e anti-sepsia, servem para informar sobre a evolução do parto, identificando características do colo (apagamento, dilatação, orientação, consistência), a bolsa das águas e a apresentação (posição, variedade, altura, proporcionalidade da bacia). (Videla, 1997)

Por outro lado, da mesma forma que a parturiente, todo o pessoal técnico que a rodeia se encontra em uma situação emocionalmente regressiva, uma vez que esta é uma situação pela qual todas as pessoas já passaram uma vez, deixando marcas e reminiscências, reativadas quando do momento de outros partos, independente do papel que se exerça nesta situação. Sobre este tema, Videla (1998) afirma:

“Tanto o médico quanto enfermeiras transferem para a pessoa da mulher que está dando à luz sentimentos inconscientes referentes a suas próprias mães internas, sendo para muitos um personagem que se deve combater ou com quem se compete, ou alguém para superproteger; outros a sentem como se os ameaçasse ou perseguisse e respondem como tal a ela; às vezes é também vista como um ser idealizado e possuidor de atributos sobrenaturais. Quer dizer, na maioria das vezes não corresponde a nenhuma configuração da realidade...” (Videla, 1998, p. 184-185).

Por isto, quando os profissionais são capacitados para reconhecer e compreender todas estas vivências poderão adotar as atitudes convenientes em cada caso, sofrendo menos as conseqüências de um mau atendimento e de uma rotina de trabalho que pode se tornar pesada e estafante.

1.3- “A SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE”

Os capítulos anteriores tentaram sintetizar as circunstâncias culturais, sociais e psicológicas envolvidas na relação do médico com sua profissão e, em especial na situação do parto. O presente item tem por objetivo tratar do tema da saúde de quem trabalha com a saúde, especificamente em hospitais, chamando a atenção para as condições especiais de trabalho dos assim chamados “cuidadores”.

Para tanto se faz necessária a distinção conceitual proposta por Bleger e citada por Videla (1998) entre “organização hospitalar” e “instituição hospitalar”.

“A primeira é a disposição hierárquica de funções que se realizam dentro de um edifício, área ou espaço limitado. A segunda é para este autor o conjunto de normas, pautas e atividades agrupadas ao redor de valores e funções sociais” (p. 235).

O hospital parece constituir-se

“num mundo em que predominam as regras chamadas informais, não escritas, a cujo descumprimento correspondem reações que não se caracterizam claramente como sanções (...) um mundo em que existem segredos a que só os iniciados tem acesso” (Silva, 1994, p. 7-8).

Conforme a análise de Foucault (1985), a evolução histórica do papel social do hospital, aliada ao surgimento de novas tecnologias, transformou-o de asilo de pobres, moribundos, doentes e vadios a serem guardados até a morte, um “morredouro” em lugar de “cura” e de salvar vidas, mas ainda continuou um lugar de morrer. A dor, a doença e a morte passaram a ser inscritas num pacto de costumes, circunscritas ao espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação, cabendo aos que trabalham no hospital, produzir a homeostasia entre saúde e doença, cura e morte, o que transcende muitas vezes suas possibilidades.

Para tanto, segundo Pitta (1999) os indivíduos que se interessam e assumem este ofício¹⁶ e trabalham em um hospital, encontram um campo de práticas determinado por variáveis de influências externas sócio-histórico-políticas e internas socioculturais e intrapsíquicas. Necessária se faz, portanto, a distinção entre as reações individuais e o sofrimento psíquico¹⁷ vivenciados na execução de diferentes tarefas, ou seja, a compreensão do funcionamento psíquico do indivíduo enquanto individualidade dentro da instituição onde trabalha, e as reações do indivíduo enquanto parte integrante de sistemas sociais e sistemas específicos, que desenvolvem defesas grupais e institucionais como proteção contra angústias intensas desencadeadas pelo trabalho no hospital.

Estudos desenvolvidos por Wisner (conforme citado por Pitta, 1999) no Laboratoire du Travail et d'Ergonomie du CNAM de Paris, por exemplo, buscam estabelecer uma relação entre organização do trabalho e carga psíquica¹⁸. Nestes estudos, os sinais de sofrimento psíquico, como expressões verbalizadas, comportamento neurótico e doenças psicossomáticas, foram relacionados a aspectos específicos de certos grupos de tarefas, particularmente encontradas em organizações que costumam produzir mais situações de tensão e conflito do que de prazer ou envolvendo algum tipo de perigo.

¹⁶ Ofício (do latim officium): significa neste texto dever, onde o modo de fazer, além de transmitido artesanalmente de uns a outros, tem um sentido introjetado de dever, de fazer o todo necessário para que a atividade aconteça (Pitta, 1999, p. 42).

¹⁷ Sofrimento psíquico: conceito utilizado por Dejours em Psicopatologia do Trabalho, definido como as reações do psiquismo humano aos estímulos e agressões, provindos especificamente do mundo do trabalho; zona difusa entre a saúde e a doença. (Pitta, 1999, p. 82-83)

¹⁸ Carga psíquica: conceito, onde os aspectos psicoafetivos ganham uma grande ênfase na sua consideração (Pitta, 1999, p. 72)

Dejours (conforme citado por Pitta, 1999), pesquisador em psicanálise e na área específica da psicopatologia do trabalho, que tem dirigido seus estudos para a interpretação dos conteúdos das vivências subjetivas dos trabalhadores em seus respectivos ambientes de trabalho, conclui que o mundo do trabalho pode ser um privilegiado cenário de projeções e atuações, podendo inclusive fazer eclodir uma descompensação psiconeurótica, provocada por condições adversas do trabalho.

Entre as condições adversas, o referido autor inclui o impedimento do trabalhador de desenvolver modos operatórios adequados à sua estrutura mental, sendo obrigado a funcionar com uma rígida estrutura caracterial e comportamental. Dejours (conforme citado por Pitta, 1999) afirma ainda que:

“entre a organização do trabalho prescrito e quem trabalha existe um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, o uso da criatividade e ações de modulação do modo operatório que constitui uma forma de intervenção do trabalhador sobre o trabalho, num ajuste de desejos e possibilidades. Só quando este limite de negociação é esgotado, é que a relação homem-organização do trabalho é bloqueada, dando início a uma demanda de sofrimento e a luta contra este sofrimento” (Pitta, 1999, p. 83).

Este autor salienta ainda que não se trata de resgatar a causalidade linear positivista para validar a associação entre determinadas condições de trabalho, sintomas e doenças detectadas, embora existam muitas inferências em estudos observacionais de situações de pressão organizacional e emergência de sintomas de descompensação.

A definição de “stress” (físico, psicológico ou social), segundo Mello Filho como um *“termo que compreende um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios do organismo, freqüentemente danosos”* (Mello Filho, 1992, p.121), quando aplicada à medicina é usado para indicar o estado dinâmico de um indivíduo, resultante de sua interação com estímulos ou circunstâncias nocivas. Quando tais exigências se tornam contínuas, acabam por imprimir marcas na vida psíquica do trabalhador.

Tal *sofrimento* parece relacionado, então, ao processo progressivo e contínuo envolvido no exercício da profissão, especialmente médica, que se instaura a partir do *stress*, tal qual definido por Mello Filho na página anterior, gerando um *desgaste*, ou seja, perda de capacidades e motivações e originando *distúrbios* evidentemente emocionais, tais como a depressão ou ainda com sintomas e doenças psicossomáticos.

No Brasil, Silva (1994) acrescenta alguns elementos identificáveis na gênese do sofrimento dos profissionais que trabalham em hospitais, entre eles as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos acelerados de produção, a pressão claramente repressora e autoritária instalada numa hierarquia rígida e vertical, a inexistência ou exigüidade de pausas para descanso ao longo das jornadas, o não controle do trabalhador sobre a execução do trabalho, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho realizado, e, por conseguinte, de quem o realiza.

Nos hospitais há assistência desumanizada, mas também se trabalha desumanizadamente; condições que acabam perpassando nas relações entre os trabalhadores, que se exploram e se desqualificam mutuamente, repetindo o sistema do qual são vítimas. Todos estes fatores aliados à constante e estressante exposição psicológica à fragilidade humana, às reações psicológicas dos pacientes e outras já descritas, exigindo um esforço adaptativo muito grande, sugerem a inclusão dos profissionais da saúde, homens e mulheres, nos grupos de alto-risco. Entretanto, as investigações mais criteriosas têm reforçado a percepção da impossibilidade desses fatores por si só explicarem a ocorrência de todos os estados mórbidos presentes nas situações de trabalho.

Contribuindo para a compreensão destes aspectos mórbidos, Videla (1998) faz uma análise das instituições hospitalares e destaca que existem importantes temas

silenciados que contribuem em muito para o desenvolvimento de uma patologia institucional, que assume características próprias, dependendo de cada organização, de cada país e região e de cada época. A referida autora relaciona estes temas com a iatropatogenia que afeta tanto os profissionais quanto os pacientes das organizações sanitárias. E afirma:

“Estes temas silenciados podem ser: a iatrogenia, o maltrato e a assistência desumanizada, a tortura tecnológica, os sistemas de relação por servidão e exploração, o medo da morte, o asco, a repugnância pelo paciente, o amor e o erotismo proibidos entre pacientes e profissionais, os pequenos assassinatos, os pactos perversos entre os profissionais, o aborto, a mutilação e o roubo de crianças, o sofrimento pela morte, o sadismo, o desejo de matar, os suicídios e os assassinatos encobertos, o terror, o horror, os desejos de fugir, o pânico ao contágio, a dissimulação de erros, a luta pelo poder, o desprezo pelo paciente, a impotência laboral, a loucura e o medo de enlouquecer” (Videla, 1998, p.246).

Ainda segundo Videla (1998), as equipes mostram um contínuo renascer de pactos perversos de silêncio, de poder, de vergonhas compartilhadas, de corrupção vincular. As defesas surgem silenciando tudo para emergir em forma de sintoma em cada um, no grupo, na instituição, em todos. Para esta autora, a despersonalização do uniforme branco não é suficiente para apagar a pessoa que sofre com seu trabalho, porque não pode jamais expressar o que sente, sem que isto seja valorizado como uma transgressão. Todos padecem da idealização mítica, com uma dissociação permanente, com a ritualização das normas para não pensar senão como um autômato.

Silva (1994), em sua pesquisa de Mestrado, também lista a ritualização das atividades no hospital como uma das formas de alienação:

“Nada como antecipar escutas e respostas para não ter que a cada momento dedicar-se de corpo e alma às demandas brutas, não estabelecidas em qualquer sistema de classificação e respostas. O ritual conhecido cumpre uma função de reduzir ansiedades e minimizar o discernimento individualizado de cada profissional de realizar o seu trabalho” (Silva, 1994, p. 181).

A referida autora teve a oportunidade de estudar a relação dos funcionários de um hospital com seu trabalho e pode constatar todas as afirmações acima referidas,

classificando os funcionários em trabalhadores-robôs (que não buscam nada, não esperam nada, cumprem tarefas programadas, já que “não adianta tentar coisa alguma”), os trabalhadores-padrão (à imagem e semelhança do operário padrão, *peão* bem comportado que faz-tudo-como-seu-chefe-mandar), os trabalhadores-que-correm-para-lugar-nenhum (“não tenho tempo para pensar”), confirmando a tese da alienação, distanciamento e não envolvimento com o trabalho de forma geral.

Além destes comportamentos defensivos, vale salientar algumas constatações realizadas por Videla (1993 e 1998) a respeito das instituições hospitalares onde verificou, por exemplo, que a instituição não está composta por individualidades, mas por grupos: de médicos, de enfermeiras, de doentes, cada qual com suas peculiaridades, suas formas de intercâmbio e sua linguagem.

Em relação aos médicos em particular, a autora os descreve como representantes da “não reciprocidade” na comunicação, como o “rei” ou “sultão” do hospital, cabendo-lhes o lugar mítico de “semi-deus” e “curador todo poderoso” no imaginário social e na hierarquia hospitalar. Lugar este constantemente afirmado e outorgado pelo pessoal da enfermagem, que colabora assim com o hegemônico centro do poder que exerce o saber curar.

A ambivalência com que as enfermeiras (em geral são mulheres) assim se comportam, para Videla tem sua explicação na clara tríade edípica onde paciente, enfermeiras e médicos se articulam e complementam entre si. Diz a referida autora: “*A enfermeira tem o lugar da mãe (ocupando-se das tarefas de cuidado, alimentação e limpeza das enfermas-filhas). O médico é o pai, representante da ‘lei’.* Estes papéis são independentes do sexo real de cada um” (Videla, 1998. p. 237). Da forma como esta triangulação é vivenciada por cada um dos elementos (médico-enfermeira-paciente) é que vão resultar as diferentes interações e patologias interacionais.

Embora a análise institucional não seja objeto desta pesquisa, as situações acima citadas servem para fazer pensar o “não mentalizado” que circula no hospital, o qual necessita onde depositar-se ou projetar-se e que, portanto, permeia a realidade profissional e relacional de todos que trabalham e se internam em um hospital.

II – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1. -A Abordagem Qualitativa

- **2.2-Os Instrumentos Utilizados**
 - A observação
 - A entrevista focada
 - O grupo de reflexão
- **2.3-O Trabalho de Campo**
- **2.4-A Apresentação dos Resultados**
- **2.5-O Campo de Pesquisa**
 - A Maternidade
 - O Centro Obstétrico

Segundo a classificação sugerida por Hübner (1998), o presente estudo qualifica-se como uma pesquisa descritivo-correlacional, onde o pesquisador descreve uma realidade, investigando a incidência de determinados fenômenos, mas se preocupando, além disso, em verificar relações entre esses fenômenos, em situações nas quais torna-se impossível manipular as condições em que eles se apresentam.

Neste capítulo serão expostos os pressupostos teóricos que fundamentam o caráter qualitativo desta pesquisa e as técnicas utilizadas. A seguir será explicitado como foi realizado o trabalho de campo, como foram tratados e analisados os dados, seguindo-se a descrição do campo.

2.1- A abordagem qualitativa

A saúde sempre se apoiou na segurança dos números para validar os eventos e fenômenos a ela relacionados: epidemias, cálculo da população sob determinado risco, eficácia de medicamentos, etc. Mas há muito se discute que saúde e doença são eventos que ocorrem em corpos de pessoas que “falam” sobre suas condições de normalidade. Ou alguém fala por elas a partir da “ordem médica”.

A aceitação epistemológica de que só a biologia - através da prática médica - não explica o fenômeno saúde/doença remete às ciências sociais, dentre elas a psicologia, como fonte de investigação, compreensão e interpretação deste fenômeno, visto de forma mais globalizante, inserido numa realidade e num contexto específico.

Para Rey (1997), é exatamente a diferença entre os objetos de estudo que marcam as diferenças metodológicas nas diferentes ciências. Nas ciências físicas a explicação e compreensão dos fenômenos se dão através do estabelecimento de leis causais; nas ciências humanas, pelas configurações e interpretações das singularidades.

Significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores são o objeto da *abordagem qualitativa*. “A investigação definida sobre uma base epistemológica qualitativa responde ao estudo de objetos complexos como a subjetividade”, envolvida nas implicações emocionais da prática médica (Rey, 1997, p. 18).

Para Sanches e Minayo (1993), “o material da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos”. Porém, “uma análise qualitativa completa o conteúdo dos discursos ou a fala dentro de um quadro de referência, onde a ação objetivada nas instituições permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes” (Sanches e Minayo, 1993, p. 245- 246).

Na concepção qualitativa da investigação psicológica, portanto, nenhum instrumento é um fim em si mesmo, mas um momento na construção da informação. O instrumento é “um indutor da expressão do sujeito e seu sentido inseparável do caráter holístico deste” (Rey, 1997, p. 16). Caráter holístico este a ser identificado através de um conjunto de informações procedentes dos diferentes instrumentos e momentos da investigação, mas também de um processo de *interpretação* construído e, baseado em uma dialética com um marco referencial teórico.

Cabe aqui distinguir os atos de interpretação e de construção. Segundo Gómez (1999), discutindo Rey:

“interpretação não é a magia com que às vezes se aplicam alguns conceitos psicológicos, mas a construção em cima de indicadores diversos que não estão relacionados em uma estrutura de sentidos para o conhecimento, e em dado momento eu os conceituo e os integro...; a construção, por outro lado, não necessariamente se apóia em indicadores dos quais o investigador dispõe em sua relação com o outro ou com o objeto de estudo, é um processo que se expressa na continuidade heurística do pensamento criador do investigador sobre a realidade que investiga” (Gómez, 1999, p. 4).

Necessário se faz, portanto, um diálogo permanentemente entre o momento empírico e a teoria. Em relação a esta postura, Taylor e Bogdan (1989) (conforme citado por Rey, 1997) afirmam:

“o investigador qualitativo suspende ou separa suas próprias crenças, perspectivas e predisposições...O investigador qualitativo vê as coisas como se elas estivessem ocorrendo pela primeira vez. Nada se dá por subentendido. Tudo é tema de investigação” (Rey, 1997, p. 20).

Os dados coletados, como os instrumentos, passam a não ser um fim em si mesmos, mas manifestações mais complexas subjacentes, nas quais o investigador pode entrar através da produção de seu pensamento. Informação e reflexão se vão integrando de forma permanente, no desenvolvimento progressivo da construção teórica. Assim:

“o sentido de uma informação para o processo da construção teórica não vem dado por sua frequência, mas por sua relevância qualitativa dentro da qualidade integral do processo interpretativo que se desenvolve; portanto, cada caso concreto tem um caráter único para o processo da construção teórica” (Rey, 1997, p. 22).

A generalização não acontece, portanto, pela coincidência aparente na diversidade dos fenômenos estudados, mas pela construção de uma *explicação* abrangente capaz de integrar em seus diversos vínculos o diferente. A abordagem qualitativa em psicologia ajuda a recuperar o singular como o momento principal da investigação, o singular não como a expressão da casualidade, nem um momento secundário de um outro nível, mas como um momento qualitativo na constituição de outros fenômenos complexos.

2.2- Instrumentos de pesquisa

Para a realização do estudo dos fenômenos emocionais envolvidos na prática médica através das interações entre médicos residentes e parturientes foi utilizada uma combinação de técnicas, quais sejam eminentemente a observação participante, complementada por entrevistas focais e grupo de reflexão.

A técnica de observação

A técnica de observação foi escolhida pela possibilidade que oferece de aproximação da realidade, tentando captá-la de modo direto, por inteiro e em sua complexidade, sem artifícios, nem complicações e no exato momento em que acontece, permitindo o registro dos comportamentos, tais como estes ocorrem.

A observação apresenta também como vantagem o fato de poder superar resistências à pesquisa, exigindo menos cooperação ativa dos participantes. Mesmo que as pessoas observadas tentem criar uma impressão científica, é provavelmente mais difícil para elas alterarem o que dizem e o que fazem numa situação real (Selltiz e cols, 1974).

Esta técnica pode servir a diferentes objetivos de pesquisa. No presente estudo, foi utilizada como método básico de coleta de dados, visando obter descrições exatas de situações. Ela se torna uma técnica científica de coleta de informações quando é orientada e enfocada para um objetivo concreto de investigação, quando é sistematicamente registrada e quando relacionada a posições e teorias sociais.

Segundo Olabuenaga & Ispizua (1989), a observação estabelece uma comunicação deliberada entre o observador e o fenômeno observado. Comunicação que,

normalmente, acontece num nível não verbal, no qual o investigador-observador está atento ao que vai captando e através do quê interpreta o que ocorre, obtendo assim um conhecimento sistemático, profundo e completo da realidade que observa.

Os processos de observação podem ir desde a mais completa flexibilidade até o uso de instrumentos formais minuciosos. Da mesma forma o observador pode participar ativamente no grupo que observa ou, no outro extremo, pode ter sua presença desconhecida como tal. O grau de estrutura e o grau de participação tendem a variar de acordo com o objetivo do estudo.

Nesta pesquisa o método observacional desenvolvido foi o da observação assistemática ou participante (Selltiz e cols.,1974), participativa (Valles,1997), antropológica (Batista,1996), panorâmica-não participativa (Olabuenaga e Ispizua,1989) ou psicanalítica (Lacroix e Monmayrant, 1997); diferentes denominações para a mesma forma de observação. Doravante será usado apenas o termo observação participante para referir a técnica utilizada.

Este tipo de observação tem sido proposto por sociólogos, antropólogos e educadores como um meio de superar a dicotomia entre “sujeito” e “objeto” de pesquisa. Tanto o pesquisador quanto os “observados” são conscientes dos objetivos e planos da pesquisa. O pesquisador compartilha, pelo menos superficialmente, os papéis e os hábitos observados. A principal função da participação na vida da comunidade a ser observada consiste em abrir novos caminhos para a compreensão, através de experiências que lhe dão um conhecimento direto das pressões e reações mais sutis a que estão expostos os participantes. A seleção de dados se faz através da concentração da atenção em aspectos emergenciais, e não através de categorias preestabelecidas (Batista, 1996).

Esta assertiva é compartilhada por Valles (1997) que afirma:

“A observação participativa é fundamentalmente naturalista; ocorre no contexto natural da ocorrência, entre os atores que estão participando naturalmente na interação e segue o curso natural da vida quotidiana. Como tal tem a vantagem de colocar a observação na complexidade metodológica do mundo, de onde pode ser testemunha das conexões, correlações e causas tal e qual se desenvolvem. Os observadores qualitativos não estão atados, assim, por categorias que tenham significados para os sujeitos” (Valles, 1997, p.148).

Valles salienta ainda que o papel técnico do observador-participante caracteriza-se por:

- um duplo propósito: implicar-se nas atividades concernentes à situação social a estudar e observar a fundo esta situação;
- atenção maior que os demais participantes;
- observar de um ângulo aberto ampliado pelo propósito acrescido de estudar os aspectos culturais tácitos de uma situação social;
- experienciar desde dentro e desde fora da cena, dupla condição de membro e de estranho;
- utilizar a introspecção como instrumento de investigação;
- registrar sistematicamente as atividades, observações e introspecções.

O referido autor salienta ainda algumas características da atividade de observação, dentre elas o fato de o investigador que observa também ser observado e de que outros papéis podem ser a ele imputados pelos membros da situação social que estudar.

Sobre este tema, ou seja, a interação social do observador com os indivíduos observados, Olabuenaga & Ispizua (1989) comentam que os “atores sociais” podem tomar o observador por um inimigo, um intruso, um inoportuno, um curioso, um aliado, um colega, um protetor ou um amigo. Deste modo, o observador por sua simples presença e através de seu comportamento pode alterar a situação social pré-existente.

“A observação é ela mesma um exercício de interação, cujas implicações devem ser

tidas em conta, não um ato solitário e unidirecional. A primeira delas é o papel que o observador desempenha no grupo observado” (Olabuenaga & Ispizua, 1989, p.93).

Para estes autores o importante é estar consciente de que, uma vez situado o observador em um contexto significativo e sua posição aceita, seu comportamento e dos membros deste devem estar condicionados por esta posição previamente esclarecida.

Ainda segundo Olabuenaga e Ispizua (1989), o processo da observação deve passar por fases nas quais os “atores sociais” devem estar cientes do objetivo do observador e este, por sua vez, deve garantir que conhece e respeita os padrões mínimos de convivência social e de profissionalismo, passando daí o observador a se constituir numa presença distante que consegue acesso silencioso a pessoas, e situações sem interferir na atividade usual dos mesmos.

A entrevista focada

Segundo Olabuenaga & Ispizua (1989), a entrevista focada sempre trata de um núcleo ou foco de interesse, quer seja uma experiência, uma situação ou uma ação, da qual os indivíduos entrevistados participaram efetivamente.

Este tipo de entrevista se concentra na experiência subjetiva dos indivíduos selecionados com o objetivo de conseguir deles sua definição da situação e facilita a detecção e a definição dos elementos específicos que afetam e influem em experiências individuais.

Como a entrevista deve ser sempre aberta, Olabuenaga & Ispizua afirmam que respostas ou relatos imprevistos podem originar novas experiências e interpretações da experiência. Salientam ainda que o entrevistador deve assumir papel ativo na direção da

entrevista, buscando captar mais o sentido particular da experiência do que a generalização de dados universais, enriquecendo o foco do estudo.

Grupo de Reflexão

Os grupos de reflexão se originaram da experiência de ensino e formação de grupoterapeutas conduzidos por Alejo Delarossa em 1970 na Associação Argentina de Psicologia e Psicoterapia de Grupo. Apesar de se constituírem num tipo de grupo operativo, tal qual conceituado por Pichon Riviére, os grupos de reflexão deste se diferenciam porque enfatizam não só o aspecto operacional mas o refletir, o indagar a respeito das tensões oriundas do processo ensino/aprendizagem (Coronel, 1997).

“A abordagem técnica nos grupos de reflexão visa à remoção das dificuldades que estão impedindo que os grupos realizem suas tarefas (...) Essas dificuldades são as tensões grupais e apresentam-se fenomenologicamente como clima de discórdia, conflitos intensos, competição exacerbada, elevada ansiedade e, às vezes, paralisia das atividades” (Coronel, 1997, p. 340).

Coronel salienta ainda que na condução do grupo são valorizados particularmente os mal entendidos, as distorções e os paradoxos, para que se identifique a tensão específica daquele grupo naquele momento. Este tipo de grupo não visa o tratamento das pessoas, e sim, exclusivamente o aprendizado de resolução das ansiedades ligadas à formação, ao trabalho ou à convivência institucional. Se bem sucedidos, acabam tendo um efeito terapêutico.

2.3 –O trabalho de campo

O contato inicial com a instituição foi realizado com o preceptor¹⁹ da residência, a quem foram verbalmente apresentados os objetivos de observar as implicações psicológicas da prática médica, mais especificamente das interações médico-residentes e pacientes. Aceita a proposta e discutidas as formas de viabilização do estudo, em março de 1999, foi apresentado um projeto de pesquisa à Comissão de Ética da Maternidade Carmela Dutra.

Aprovado o **projeto**, o mesmo foi apresentado em reunião ao preceptor e aos médicos residentes. Considerando a importância de oportunizar a reflexão sobre a prática clínica, colocou-se a possibilidade da realização de um **grupo de reflexão** sobre esta vivência com os residentes, como forma de enriquecimento de sua formação. A proposta foi aceita e o trabalho com o grupo passou a acontecer semanalmente até meados de novembro de 1999. A participação era voluntária e aberta a todos os residentes. A frequência mais efetiva, porém, foi dos oito R2, residentes do segundo ano.

Os grupos tinham a duração de uma hora. Inicialmente ocorriam imediatamente após a reunião com o preceptor. Mas houve vezes em que este se atrasou para iniciá-la, tendo que se estender, avançando muitas vezes o horário do grupo de reflexão. Por este motivo, o horário do grupo foi trocado e, por sugestão dos próprios residentes, para o horário das 13h, quando encerravam algumas atividades. Os residentes de plantão, só participavam, caso não houvesse pacientes para atender.

As discussões iniciais giraram em torno da finalidade do grupo e da inclusão da dimensão psicológica no seu trabalho. Os residentes mostravam-se curiosos, faziam

perguntas, correlações. Alguns se mostravam descredulos ou irônicos, interpretando algumas atitudes dos colegas a partir dos novos conhecimentos adquiridos, como mecanismos de defesa, por exemplo. Chegaram a solicitar um programa de estudo sistematizado, onde foram incluídos os aspectos psicológicos da gravidez, parto e puerpério, sexualidade, amamentação, participação do pai, etc. Traziam sempre exemplos práticos.

No decorrer do ano, no entanto, com um vínculo mais próximo estabelecido com a pesquisadora que passara a freqüentar sistematicamente ao Centro Obstétrico para observações, passaram a negligenciar o programa de estudos, trazendo espontaneamente para o grupo situações vivenciadas no dia-a-dia da Maternidade, incluindo relações entre colegas, dificuldades com pacientes, dificuldades inerentes ao trabalho, etc. Neste momento, houve uma “seleção” dos membros do grupo, o qual ficou ainda mais reduzido, permanecendo apenas aqueles que tinham mais facilidade em se expor.

No final do ano, com a proximidade da formatura e pela necessidade de realizar trabalhos, a freqüência dos residentes no grupo diminuiu e concluímos por não dar continuidade a esta atividade.

As **observações participantes de campo** foram iniciadas ainda em março do mesmo ano a consultas e atendimentos realizados em diferentes contextos, quais sejam o Ambulatório com gestantes de baixo e alto risco, a Sala de Admissão onde são atendidos os mais diversos casos de emergência, inclusive gestantes em trabalho de parto, o Centro Cirúrgico e o Centro Obstétrico, onde as gestantes são internadas e acompanhadas durante o trabalho de parto, o parto em si e no pós-parto imediato. Este período foi fundamental para a integração entre a observadora, os residentes, os demais

¹⁹ Preceptor- Médico responsável pela seleção, acompanhamento e avaliação dos residentes. Na Maternidade estudada realiza reuniões semanais de estudos teóricos e de casos, parecendo constituir-se no principal modelo para os residentes

membros da equipe e a instituição, constituindo-se numa etapa para definir situações a serem privilegiadas no estudo.

As interações de médicos residentes e parturientes, que têm lugar no Centro Obstétrico (CO), foram as escolhidas como objeto de pesquisa, por apresentarem maior tempo de duração e parecerem se configurar como a situação de maior *stress* e impacto emocional dentre as interações observadas.

A decisão de concentrar no CO as investigações foi comunicada aos residentes e demais membros da equipe deste setor. A receptividade foi bastante variada, principalmente por parte dos residentes, que apresentaram manifestações desde sentirem-se “amparados”, manifestando desejo de serem acompanhados em todos os momentos, até demonstrações de sentimentos de desconfiança e perseguição, verbalizando fantasias de que a observação seria relatada ao preceptor como forma de avaliação, onde todos seriam considerados loucos ou cortados da residência.

Com o passar do tempo, os residentes pareceram mais à vontade, mas todos estes sentimentos, de uma forma ou outra, continuaram aparecendo, apesar de terem sido dadas algumas garantias como a da não identificação dos participantes na divulgação do estudo, por exemplo. Outras idéias ou pré-concepções foram se modificando pela observação dos residentes da conduta da observadora, que procurava um nível ótimo de interação com eles: próximo, mas neutro, sem emitir opiniões, críticas ou julgamentos.

Da mesma forma, a observadora inicialmente sentia constrangimento e uma sensação de invasão de intimidade, já que teve a oportunidade de vivenciar junto com os residentes momentos muito intensos e importantes. Com o tempo e com maior relação de proximidade, estas sensações foram diminuindo, mas não desapareceram pelo fato

de, como pesquisadora, não poder auxiliar efetivamente na resolução dos vários conflitos e impasses observados.

A equipe de enfermagem, de uma forma geral, foi bastante receptiva e colaboradora, reivindicando apenas, um acompanhamento psicológico da mesma forma que os residentes estavam tendo.

De agosto de 1999 a abril de 2000, foram observados 32 partos normais (realizados por via vaginal) e outras oito situações de pré-parto sem o acompanhamento do parto e uma situação de pós-parto específica. Os casos com indicação médica para parto cesárea são encaminhados ao Centro Cirúrgico e não foram observados.

Os registros foram todos realizados imediatamente após o período de observação. Num diário de campo, foram registrados de forma contínua e cursiva os eventos interacionais observados no Centro Obstétrico, em duas situações distintas: durante o pré-parto e durante o parto em si. Houve relatos de situações de pré-parto, cujos desfechos não foram observados ou situações de parto cujo acompanhamento prévio não foi observado. Foram registrados todos os momentos em que o médico residente interagiu com as parturientes e nos quais a observadora estava presente, bem como situações contextuais detectadas através da observação de condutas, fatos, depoimentos espontâneos, etc. Os parâmetros para observação foram se estabelecendo e construindo durante as observações, concomitantes ao processo.

As observações ocorreram semanalmente pela manhã, num período médio de quatro horas por dia e em um plantão noturno por aproximadamente sete horas. Os residentes foram sempre lembrados sobre os objetivos da presença da observadora antes de iniciar uma observação; foi também solicitada a autorização de cada paciente.

Como a residência médica se constitui de dois anos de duração, a cada ano entram oito novos residentes e saem oito residentes antigos. A pesquisa pode então

acompanhar vinte e quatro residentes, mas pelo fato do sistema de rodízio no Centro Obstétrico entre os residentes durar vinte e cinco dias e pela periodicidade das observações, não foi possível a observação de todos os residentes em interação com as pacientes. Com alguns, o contato se limitou ao grupo de reflexão, com outros, apenas contatos informais foram possíveis e com três outros, especialmente os novos residentes do ano de 2000, nenhum contato foi estabelecido.

Entrevistas focadas também foram realizadas com os residentes, cujas situações ocorridas no mesmo dia puderam ser comentadas e avaliadas. Em outras seguiu-se apenas o roteiro estabelecido que continha as seguintes questões:

-Quais as pacientes mais difíceis de atender (no sentido de interação)?

-Quais as mais fáceis?

-Por que escolheu Medicina?

-Por que escolheu Ginecologia e Obstetrícia?

O que você sabe sobre seu parto?

Estas entrevistas de caráter focal e investigatório objetivavam com as duas primeiras perguntas a expressão verbal de sentimentos e vivências, como complemento às observações realizadas. As demais, tentaram o levantamento de motivações conscientes e inconscientes da escolha da profissão, também como dados complementares à compreensão dos fatos observados.

Embora não tivesse esta finalidade como prioridade, algumas observações e depoimentos do grupo de reflexão sobre a prática clínica realizado em 1999, também foram utilizados como ilustração.

2.4-A apresentação dos resultados

A análise dos resultados obtidos requereu a contextualização das interações e permitiu detectar padrões interacionais, que se repetiam sistematicamente e outros comportamentos mais específicos, de acordo com as características emocionais de cada residente, das parturientes e do encontro entre os dois, especificando-se o período de pré-parto e do parto em si.

Outras variáveis que certamente influenciaram no desenrolar das interações são abordadas na discussão.

Situações ilustrativas de interações, que apresentavam características muito distintas e significativas, também foram descritas.

Dados numéricos que registram a incidência de ocorrência de algumas situações foram representados em forma de gráficos e tabela, como dados complementares à discussão.

Na análise e discussão das situações, priorizou-se as interações entre médicos residentes e parturientes, enfatizando-se sempre as reações emocionais dos médicos residentes, não sendo detalhadas outras interações como as ocorridas intra-equipe, por exemplo. Para tanto, nomes foram eticamente trocados, para que nem pacientes, nem residentes pudessem ser identificados, e porque os objetivos da presente pesquisa são os resultados em geral e não a avaliação de pessoas ou profissionais.

2.5- O local de pesquisa

A Maternidade

A Maternidade Carmela Dutra é uma instituição pública, integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, localizada na parte insular de Florianópolis. Inaugurada em 5 de julho de 1955, presta atendimento a mulheres de nível social diversificado, em situações de saúde-doença, estando ou não relacionadas com o ciclo gravídico-puerperal. As pacientes são, em sua grande maioria, atendidas pelos médicos residentes de plantão e pelo SUS - Sistema Único de Saúde. Algumas gestantes são acompanhadas no Ambulatório desta Maternidade. A maioria, no entanto, provém de diversos locais da comunidade da Grande Florianópolis, tendo sido encaminhadas pelos Postos de Saúde da Prefeitura.

Atualmente, a Maternidade conta com 122 leitos assim distribuídos: obstetrícia: 56, oncologia: 12, recém-nascidos de alto-risco: 20, além de 56 berços para recém-nascidos normais. Nascem em média 5000 bebês por ano e o total de atendimentos e, em média, de 41.500 pacientes-ano.

O hospital conta ainda com Centro Cirúrgico recentemente ampliado, Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno, serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social, oferecendo serviços de Obstetrícia, Oncologia, Reprodução Humana, Gestação de Alto Risco, Mastologia, Adolescentes e Cirurgia Ginecológica.

Trata-se de uma Maternidade-Escola conveniada com a Universidade Federal de Santa Catarina e com outras instituições assistenciais e de ensino. Serve como campo de estágio de graduação em medicina nas disciplinas de obstetrícia e neonatologia e campo

de estágio em enfermagem, fisioterapia e psicologia. Oferece também residência em Obstetrícia e Ginecologia, proporcionando a capacitação de mais de 100 profissionais até a presente data.

O corpo de funcionários da Maternidade se constitui de 426 integrantes, sendo: 36 médicos, 21 enfermeiros, 2 farmacêuticos, 3 nutricionistas, 4 assistentes sociais, 45 cargos administrativos, 49 técnicos de enfermagem, 105 auxiliares de enfermagem, 121 funcionários de limpeza, 1 administrador, 3 caldeiros, 2 costureiras, 4 cozinheiras, 2 eletricitas, 2 encanadores, 3 motoristas, 2 marceneiros, 2 pintores e 10 telefonistas,

Em 1989, a Maternidade recebeu da UNICEF o título de “Hospital Amigo da Criança” e em 1992, foi eleita pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde como Centro Referência Estadual em Saúde da Mulher.

O Centro Obstétrico

O Centro Obstétrico (CO) da Maternidade Carmela Dutra é o local de internação que se destina ao acompanhamento de gestantes, atendidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato. As pacientes podem provir da Sala de Admissão onde passam por uma triagem realizada pelo médico e/ou residente de plantão ou da Unidade VIII da própria Maternidade, onde estão internadas gestantes de alto risco.

A clientela do CO é, em geral, bastante diversificada. Nele são internadas pacientes em trabalho de parto, com contrações sistemáticas e dilatação incipiente dentro do período previsto para o parto, ou seja, em torno de 40 semanas de gestação; pacientes que apresentem pós-datismo, isto é, que já ultrapassaram o período previsto; pacientes em trabalho de parto prematuro, para observação e, se possível, inibição do processo; pacientes em período expulsivo, quer dizer, que já estão tendo seus bebês, sem tempo para preparações e cuidados maiores; pacientes com sangramento vaginal a esclarecer, caso estejam com mais de 20 semanas de gestação; parturientes com pré-eclâmpsia (pressão arterial elevada); pacientes que apresentem BCF (batimento cardíaco-fetal) muito variável; pacientes com FM (feto morto); pacientes abortando; parturientes portadoras do vírus HIV; parturientes portadoras de doença mental; pacientes de alto risco por serem cardíacas, diabéticas, etc. Além disso, saliente-se toda gama de possibilidades de acordo com o nível sócio-cultural, características de personalidade, histórias de vida e de experiências anteriores em relação a partos (se é o primeiro filho ou não, se houve cesárea anterior ou não) ou internações hospitalares, inerentes a cada paciente.

Para a assistência destas mulheres o CO conta com uma *equipe* constituída de:

-uma enfermeira (apenas durante o dia; à noite existe uma enfermeira de plantão para todo o hospital).

Três funcionárias de nível médio da enfermagem: auxiliares ou técnicas.

Um R1 (residente do primeiro ano) e um R2 (residente do segundo ano).

Um médico de plantão, que geralmente fica no Centro Cirúrgico, comparecendo ao CO quando solicitado.

Um funcionário de serviços gerais.

A equipe de enfermagem trabalha em regime de plantão de 12 horas das 7:00h às 19:00h durante o dia e das 19:00 h às 7:00h à noite. Os médicos residentes trabalham das 7:30h às 17:00h, quando assume o residente plantonista que trabalha até as 7:30h do dia seguinte. Pode coincidir pela escala de plantões que o mesmo residente trabalhe num dia das 7:30 h da manhã de um dia até as 12:00 h do dia seguinte, já que em caso de pós-plantão a carga horária é reduzida; perfazendo mesmo assim um total de aproximadamente 30 horas seguidas de trabalho. Outro fato relevante é o acúmulo de empregos do pessoal da enfermagem que faz plantões seguidos em instituições diversas.

Quanto ao *espaço físico*, o CO funciona no andar térreo do prédio e se constitui de:

Uma sala de recepção, onde as gestantes deixam seus pertences, como sacolas com roupas suas e do bebê e onde há um pequeno banheiro com vaso sanitário e chuveiro, banhos antes de se encaminharem aos leitos do pré-parto.

Quatro leitos, separados por divisórias ao longo de um largo corredor, constituem o espaço reservado ao pré-parto. Em cada espaço destes, há uma mesa auxiliar com gel para verificação do BCF através de sonar, uma bomba de infusão (para o soro), oxigênio, aparelho para verificar a pressão, uma escadinha de acesso ao leito,

geralmente alto e uma cadeira. No corredor, uma mesa auxiliar com luvas e amniótomos²⁰.

Uma sala de observação, onde geralmente ficam as pacientes com FM (feto morto) ou outros casos especiais, com duas bombas de infusão, dois leitos e um banheiro.

Um posto de enfermagem que concentra livros de registro, medicamentos, instrumentos, etc., pia para lavagem das mãos e uma televisão. Em frente ao posto encontram-se quatro ou cinco cadeiras, onde geralmente descansam e se reúnem para conversar ou ver televisão os residentes, alguns doutorandos e estagiários eventuais e, algumas vezes, o médico de plantão.

Uma rouparia, onde são guardadas as roupas esterilizadas a serem utilizadas por toda a equipe e estagiários ocasionais, localizada embaixo de uma escada de madeira que leva até o Centro Cirúrgico, localizado no andar de cima. Próximo à escada, outro armário com máscaras e gorros, uma escrivaninha e uma mesa com um galão de água mineral.

Uma sala de repouso e de lanches, que dispõe de dois sofás, ser utilizados como cama, pia, geladeira, armário com utensílios para refeições, forno de micro-ondas e um banheiro.

Quatro leitos, também separados por divisória e próximos do posto de enfermagem, para onde são encaminhadas as pacientes em pós-parto, por um período de uma hora (período de Greenberg) após a dequitação (saída da placenta), período em que as puérperas requerem observação e cuidados especiais, como controle de PA (pressão arterial) e do sangramento.

²⁰ Amniótomos: objetos pontiagudos para a realização da amniotomia (ruptura das membranas ou bolsa das águas).

Duas salas de parto, cada uma com uma mesa de parto; um foco de luz; uma mesa auxiliar com os materiais de parto: “campos” (lençóis esterilizados), tesoura, pinças, Povidini (líquido anti-séptico), agulha, fio para sutura, etc., uma prateleira com instrumentos adicionais, como luvas, agulhas; um suporte de soro; uma escadinha; um berço aquecido; oxigênio e aspirador para o bebê.

Uma sala de primeiros cuidados para os bebês, para onde são levados após o nascimento, caso não requeiram nenhuma atenção especial da UTI neonatal, como respirador, por exemplo. Nesta sala os bebês são banhados, vestidos, têm suas medidas antropométricas verificadas, tomam a injeção Kanakion para prevenir hemorragias, ficam em berço aquecido e têm suas Carteiras de Saúde preenchidas. Desta sala podem ser observados por familiares através de uma janela de vidro. Dali vão para junto da mãe no pós-parto, antes mesmo de serem encaminhados para as Enfermarias.

Dois banheiros próximos ao pré-parto; um para as pacientes também com chuveiro e outro para a equipe técnica.

Um vestiário, onde toda a equipe deixa suas roupas e coloca as esterilizadas, na sua maioria nas cores branca ou azul.

Existem determinadas *rotinas* a que são submetidas todas as pacientes. Na triagem, constatada a indicação de internação, as pacientes são tricotomizadas²¹ e é-lhes aplicado um enema²². De lá vêm acompanhadas por uma técnica de enfermagem e após três toques seguidos na campainha, que indicam a chegada de pacientes, são recebidas no CO por outra técnica ou pela enfermeira que as encaminha para o banho, enquanto identifica e guarda seus pertences. Em seguida, são acompanhadas até o leito, onde são orientadas quanto a poder sentar-se ou deitar, preferencialmente do lado esquerdo. Esta instrução tem como justificativa técnica a necessidade de melhor circulação sanguínea

²¹ Tricotomia: Raspagem dos pelos pubianos.

²² Enema: Lavagem intestinal

da veia cava para a placenta, mas esta razão muitas vezes não é explicitada, apenas é feita a afirmativa de que deste lado é melhor para o bebê. A partir daí as pacientes passam a ser acompanhadas pelos residentes, em geral, o R1 sob a supervisão do R2, que nem sempre está presente.

Quando o “movimento” está calmo, os médicos residentes aproveitam para assistir cirurgias no Centro Cirúrgico no andar de cima, descendo ao CO se solicitados. Por outro lado, se há muitas pacientes no pré-parto, os R2 fazem o acompanhamento da mesma forma que o R1. Em determinadas circunstâncias, residentes sem pacientes para atender na Sala de Admissão ou Ambulatório, também podem colaborar.

Em casos “padrão”, onde todo o processo fisiológico caminha dentro do esperado, há uma rotina de verificação do BCF (batimento cardíaco fetal) de trinta em trinta minutos, que pode ser feita pelos residentes, pela enfermeira ou pelos doutorandos (forma utilizada na cultura médica para designar os alunos do último ano do curso de Medicina) que estejam ali naquele dia; tudo registrado sistematicamente no prontuário da paciente que fica à disposição de todos aos pés do leito das pacientes.

De hora em hora é verificada a “dinâmica uterina”, ou seja, o número, duração e intensidade das contrações, através da colocação da mão sobre o ventre da paciente, e com o auxílio de um relógio. Este costuma ser o momento de maior possibilidade de proximidade relacional do residente com as pacientes, tema este que será tratado mais adiante. Da mesma forma que o BCF, a dinâmica pode ser verificada por doutorandos ou por diferentes residentes. Pode acontecer, por exemplo, que o residente que a estava acompanhando, esteja realizando um parto ou atendendo alguma outra gestante que necessite cuidados especiais na hora em que suas contrações precisam ser verificadas. Pode acontecer ainda que o residente delegue ao doutorando esta função para oportunizar sua aprendizagem.

Quando não há bolsa rota (quando ainda não houve ruptura da bolsa das águas), um toque vaginal é realizado de duas em duas horas, para verificação da dilatação do colo do útero, pelo residente ou por doutorandos. A mesma paciente pode ser tocada por duas ou mais pessoas, devido à situação de ensino presente nesta instituição ou em casos onde ocorram dúvidas ou intercorrências, que precisem da intervenção de mais de um residente e do médico da equipe. Em caso de bolsa rota, a rotina indica que os toques sejam mais espaçados, pelo maior risco de infecção.

Se for detectada alguma anormalidade no processo de parto e diagnosticada a necessidade de um parto cesariano, as pacientes são encaminhadas ao Centro Cirúrgico, onde a equipe que as acompanhará será outra.

No final do “trabalho de parto”, geralmente as intervenções são intensificadas até o momento em que as pacientes atingem dez centímetros de dilatação e as contrações necessárias, sendo encaminhadas para a mesa na sala de partos. Enquanto o residente se prepara, vestindo roupas, luvas, máscara e gorro e prepara os materiais, a paciente é acompanhada pela enfermeira ou técnica, ou mesmo por outro residente, e vai caminhando por um corredor até a sala de partos. Lá chegando sobe na mesa pela escada e é orientada por quem a acompanha ou por outra funcionária da enfermagem a como proceder durante o parto: como deve respirar, fazer força e a colocar suas mãos nos ferros localizados próximos a seus pés, que deverão ser puxados na hora de fazer força.

Em geral ficam na sala de partos a paciente, o(s) residente(s) que realiza(m) o parto, um residente de pediatria que atende o recém-nascido, uma enfermeira ou técnica que orienta a paciente durante o parto e depois do parto fazendo os registros, outra que circula pela sala, auxiliando o residente e pediatra no que for preciso, levando depois o bebê para os primeiros cuidados, podendo se revezar em suas funções. Eventualmente

ficam ainda na sala doutorandos, estagiários de enfermagem ou fisioterapia que se espalham pela sala procurando um melhor ângulo de acordo com seus interesses. Chama a atenção que quase sempre os doutorandos de Medicina se postam em frente aos genitais da parturiente, enquanto os demais se colocam junto às paredes laterais. As funcionárias da enfermagem às vezes trocam e se revezam nas suas funções.

Quando o bebê nasce é imediatamente entregue nas mãos do residente em pediatria. Alguns residentes de obstetrícia, nos casos em que tudo transcorreu normalmente, mostram o bebê antes para a mãe, que depois, quase invariavelmente, acompanha-o com os olhos. Finalizados os cuidados com o bebê, o residente em pediatria ou funcionária da enfermagem, aproximam o bebê da mãe, colocando-o em seus braços. Algumas funcionárias orientam e, às vezes, insistem na amamentação naquele momento. As reações das mães são bastante diversas, conforme o relato mais adiante.

Após a saída do bebê e a dequitação, a sala passa por um esvaziamento gradativo, iniciando pelo residente de pediatria, depois pela técnica que leva o bebê, depois pelos estagiários, depois a enfermeira ou técnica que finalizou os registros, ficando apenas a paciente e o residente e/ou doutorando que realiza (m) a sutura.

Terminada a sutura e realizado o toque retal para verificação interna dos pontos, a paciente é retirada da sala pelas técnicas de enfermagem em uma maca, e levada ao espaço destinado ao pós-parto, onde ficam por aproximadamente uma hora enquanto seu bebê recebe os primeiros cuidados e onde tem sua pressão e sangramento vaginal verificado pelo pessoal da enfermagem. O contato dos residentes com as pacientes a partir daí é mais raro, a menos que solicitado pela enfermagem. Se tudo estiver correndo bem, mãe e filho são dirigidos às enfermarias. Neste momento, os pertences da mãe e do bebê são entregues aos funcionários responsáveis.

A rotina descrita acima é por assim dizer o esperado e o buscado por todos que trabalham no CO. No entanto, muitas variáveis intervêm para que esta rotina seja constantemente alterada, quer seja pelo número de funcionários que compareceram no dia, quer seja pelo clima relacional intra-equipe, quer seja pelas características de personalidade de cada elemento da equipe, quer seja pelo número de pacientes a serem atendidas, quer seja pela ocorrência de alguma “zebra” (como os profissionais denominam a ocorrência de complicação antes, durante ou após o parto), quer seja pela forma como as pacientes reagem na situação de pré-parto e no parto em si, quer seja pela diversidade de casos, quer seja pelos vários e possíveis imprevistos a serem enfrentados pela equipe como um todo.

As questões relacionais descritas a seguir em certos aspectos envolvem toda a equipe. A ênfase, porém, devido aos objetivos deste trabalho, será dada às relações e interações entre os médicos residentes em obstetrícia e as parturientes.

III - A SISTEMATIZAÇÃO E A ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1- Mapeamento das circunstâncias gerais envolvidas nas situações de pré-parto e parto

3.2- O contexto das interações

3.3- Padrões de interação médico residente-parturiente

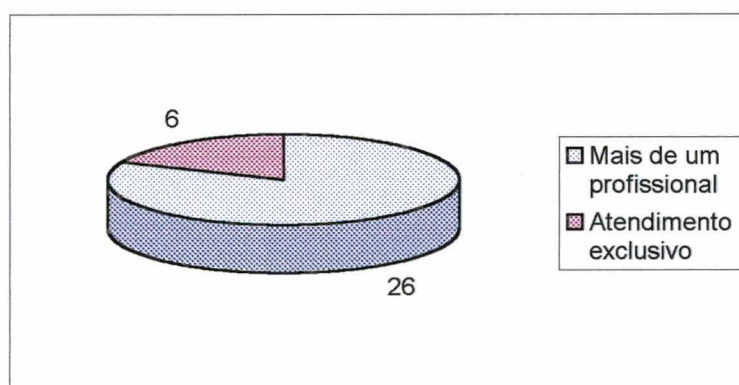
3.4- Interações específicas entre médico residente e parturiente

3.5- Situações inusitadas

3.1- Mapeamento das circunstâncias gerais envolvidas nas situações de pré-parto e parto

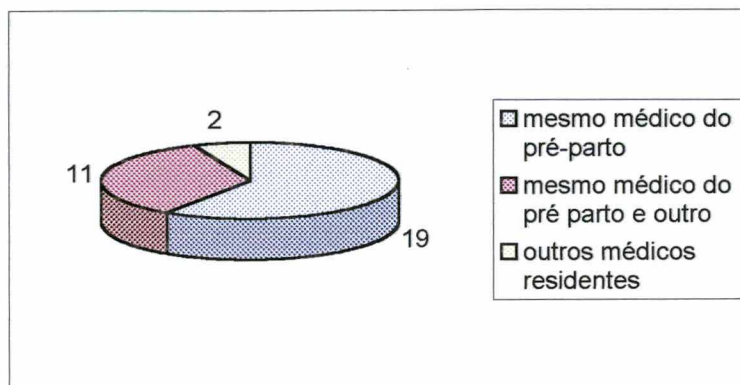
Os gráficos a seguir objetivam fazer um mapeamento das circunstâncias que contextualizam os partos observados, tais como os tipos de intervenção, as possíveis intercorrências, as técnicas médicas utilizadas, as condições em que nascem os bebês e diagnósticos especiais apresentados pelas parturientes.

I – Gráfico de frequência de ocorrência de acompanhamento médico durante o pré-parto



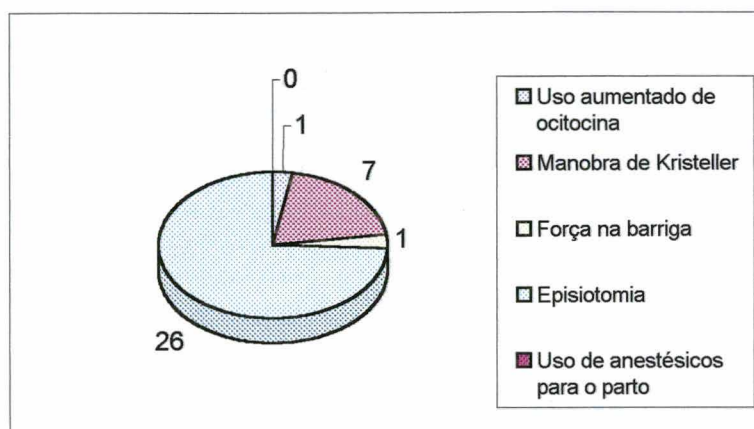
Nos 32 casos observados, 26 pacientes foram acompanhadas durante o período de pré-parto, por mais de um profissional (entre R1, R2, doutorando ou médico do *staff*). Apenas 06 pacientes tiveram atendimento exclusivo de um mesmo médico residente durante o período de pré-parto (R1 ou R2).

II – Gráfico de frequência de ocorrência de acompanhamento médico durante o parto



Num total de 32 partos observados, 19 pacientes tiveram seus partos assistidos pelo mesmo médico residente que as acompanhou durante o pré-parto, 11 pacientes foram acompanhados pelo mesmo médico residente que as assistiu durante o pré-parto e outro (residente, doutorando ou médico do staff), que interveio dando orientações, fazendo suturas ou manobras de Kristeller), e 2 pacientes foram assistidas por outros médicos residentes, que não as acompanharam no período de pré-parto.

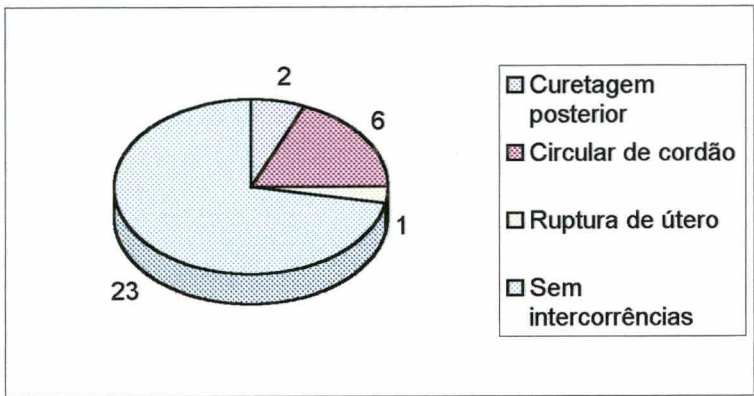
III – Gráfico de frequência de ocorrência de intervenções durante o parto



Dos 32 partos observados, em 07 as parturientes foram submetidas à manobra de Kristeller, 01 recebeu “força na barriga”, 01 teve o uso de ocitocina²³ aumentado, 26 pacientes foram submetidas à episiotomia. Em nenhum caso foi ministrado anestésico.

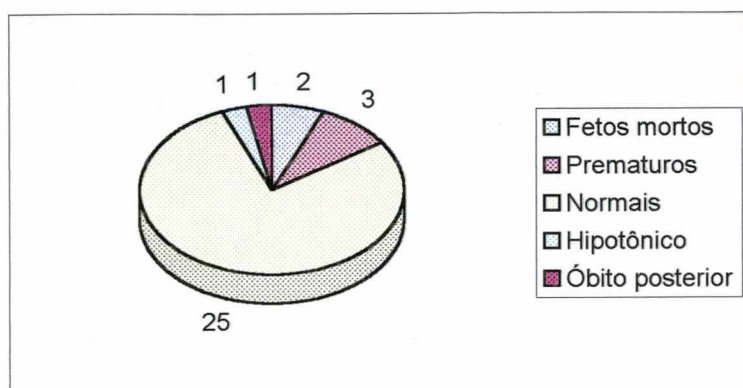
²³ Ocitocina- substância sintética, aplicada por via intravenosa, em infusão contínua que acelera o trabalho de parto, aumentando a intensidade e a frequência das contrações uterinas; uso limitado aos casos em que está hipoativa a dinâmica da matriz, segundo recomendações do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (Rezende, 1995).

IV - Gráfico de frequência de ocorrência de intercorrências durante o parto



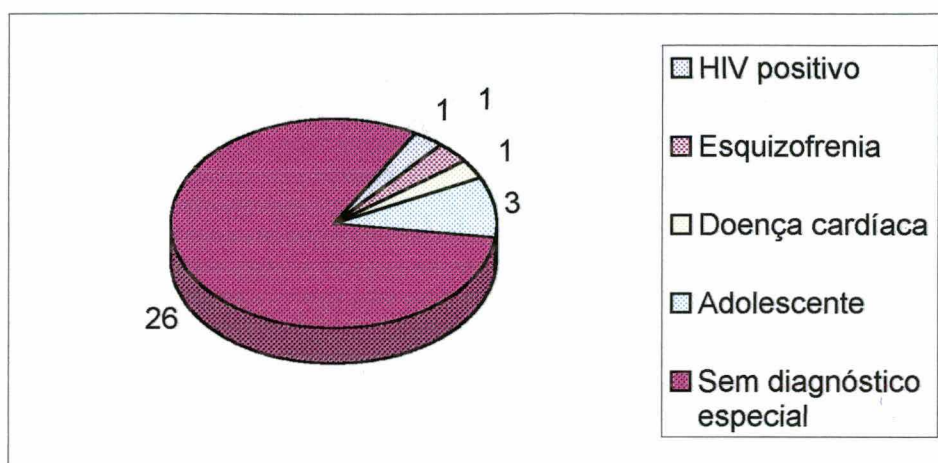
Nos 32 partos observados, em 23 não houve intercorrências, 02 pacientes necessitaram de curetagem posterior, 01 teve ruptura de útero e em 06 os bebês apresentaram circular de cordão.

V – Gráfico de frequência de ocorrência das condições dos bebês



Nos 32 partos observados, em 25 os bebês nasceram em condições normais, 02 eram fetos mortos, 03 eram prematuros, 01 apresentou problemas motores e respiratórios e 01 veio a óbito após o nascimento.

VI – Gráfico de frequência de ocorrência de diagnósticos especiais



Dos 32 partos observados, em 26 pacientes não apresentavam nenhum diagnóstico especial, 01 paciente era portadora do vírus HIV, 01 tinha o diagnóstico de esquizofrenia, 01 era portadora de miocardite e 03 eram adolescentes (13, 15 e 16 anos).

Número de partos assistidos por residente:

Charles	08
Anita	05
Julio	03
Geraldo	03
Renato	03
Lúcia	02
Diva	02
Ângela	02
Rubens	01
Alberto	01
Márcia	01
Clarice	01

3.2-O contexto das interações

Para refletir sobre os fatores emocionais, envolvidos na prática médica de residentes em interação com parturientes, foco e objeto desta pesquisa, há que se considerar inicialmente os aspectos mais amplos da dinâmica interacional do Centro Obstétrico, contextualizando essas interações. O ambiente físico, a equipe técnica e a “rotina de funcionamento” descritas no capítulo anterior, que apesar de formalmente não sofrerem modificação por determinados períodos de tempo (um ano, no caso da residência médica, por exemplo), apresentam inúmeras variações quando submetidas às diferenças impostas por uma série de combinações possíveis determinadas pelo sistema de trabalho hospitalar.

Dentro deste sistema está incluída a residência médica em ginecologia e obstetrícia, que constitui num espaço de aprendizagem, onde por meio da prática no cotidiano, da lida com os pacientes, o médico adquire experiência clínica indo do saber para o fazer, da teoria para a vivência clínica. No dia-a-dia da Maternidade, o que se verifica é que os residentes passam a assumir a grande fatia de atendimentos de pacientes do SUS, tendo que “tocar a casa”. Em outras palavras, a assistência à clientela que recorre à Maternidade nos casos de emergência ou de partos iminentes é praticamente toda realizada por residentes supervisionados pela equipe de plantão.

Esta é uma situação bastante ambígua para os residentes, pois proporciona-lhes muitas chances de aprender e mostrar competência e desempenho, já que muitos demonstram interesse explícito em trabalhar na Maternidade após a residência, mas também muita responsabilidade, o que costuma exigir-se deles sem muito suporte, apoio técnico ou mesmo valorização. Em um grupo de reflexão, alguns residentes verbalizaram certa mágoa por este tipo de funcionamento, não se sentindo aptos a contestá-lo, afirmando que **"Já ouvimos de médicos aqui da casa que os residentes**

são como empregadas domésticas, quando temos residentes, trabalhamos menos, quando não temos, trabalhamos mais”.

Quando indagados sobre seus posicionamentos junto aos médicos, colocaram: **“ninguém quer nos ouvir, ninguém nos pergunta nada, nós também não podemos sugerir nada”, “ninguém se interessa pela residência, em passar coisas pra gente. Se não fosse o Dr. X, a residência aqui já tinha acabado”.** Apesar disto, o clima com todo o *staff* é de cordialidade e amizade, ficando explícita, porém, a forte ligação de respeito e estima que todos os residentes demonstram em relação ao Dr. X, o preceptor, não só pelo conhecimento compartilhado, mas principalmente, por sua postura de interesse pelos residentes, enquanto futuros profissionais. Estes depoimentos exemplificam a forma como os residentes percebem seu papel dentro da instituição e, portanto, a forma como se relacionam com a mesma e com a equipe.

Segundo Canella& Maldonado (1988), “na instituição hospitalar a norma é a relação vertical – aquela que se estabelece com uma dominação implícita...” (p.203). Os residentes percebem esta hierarquia e se sentem “os fazedores” e é a isso que restringem sua atuação. Porém, o “ter que fazer” acaba despertando ansiedades nos residentes, o que se reflete diretamente na forma como estes se relacionam com as pacientes como será descrito mais adiante.

Existe também uma hierarquia explícita referente à supervisão e ao acompanhamento dos residentes do primeiro ano (R1) realizados pelos residentes do segundo ano (R2), os quais, por sua vez, são supervisionados pelos médicos da equipe. Todos têm aulas teórico-práticas com os médicos do *staff*, especialistas em diversas áreas da ginecologia e obstetrícia e uma reunião semanal com o preceptor.

A ocorrência de situações inusitadas, casos excepcionais, erros técnicos ou diagnósticos raros são expostos pelos residentes responsáveis por estes casos, na reunião

semanal aos demais residentes e ao preceptor, para discussão e avaliação. A técnica de explanação é geralmente a de transparências.

Os residentes parecem vivenciar esta situação como sendo de exposição pessoal e profissional. O curioso, então, é que os residentes ficam brincando entre si ou se ameaçando com: **“Olha, vê o que tu estás fazendo! Isto aí vai virar transparência!”**, como a exercer um controle e vigilância uns sobre os outros.

A supervisão do trabalho, no cotidiano da instituição fica ao encargo do médico responsável pelo plantão do dia e/ou da noite. Assim, há um rodízio de profissionais na supervisão, que pode ser visto como negativo devido à rotatividade, ou positivo, por outro lado, quando se leva em conta que esta alternância de supervisores oferece diferentes modelos de atuação para os residentes.

Por se tratar de uma situação de ensino-aprendizagem envolvendo avaliação, pode-se perceber, de acordo com as características individuais dos médicos residentes, diferentes condutas e posturas em relação ao *staff*. Estas, vão desde ansiedade, evidenciada por tremores nas mãos, quando da execução de algum procedimento diante de um médico da equipe; tentativas de agradar fazendo tudo “certinho”, como os que seguem à risca as orientações dadas pelo preceptor, seguindo-o como modelo; disponibilidade para ficar até mais tarde, trocando plantões, “pau pra toda obra”, auxiliando em cirurgias, por exemplo; demonstrações de interesse, até atitudes de visível sedução como carinhos e elogios.

A presença desta hierarquia e disciplina, heranças do modelo militar na evolução histórica do hospital descrita por Foucault (1985), é bastante visível e até verbalizada. Os R1 manifestam aspirar a rápida chegada do ano seguinte para serem R2 (ou “R deus”, segundo discurso do orador na formatura de 1999), pois, apesar de terem maior responsabilidade por decisões técnicas, trabalham menos, já que só intervêm, quando

solicitados ou quando há excesso de trabalho para o R1, tendo então mais oportunidades de assistir a cirurgias, atividade bastante valorizada por todos os residentes.

Esta situação parece se inverter quando há presença de doutorandos do último ano da faculdade de Medicina acompanhando um trabalho de pré-parto, aprendendo a fazer toques, ou no parto, onde muitas vezes tiram o bebê ou realizam a sutura da episiotomia, sob o comando do R1, que parece decidido e orgulhoso ao exercer esta atividade.

Por outro lado, a imperiosa presença destas situações de ensino, pela característica acadêmica da Maternidade, impõe aos residentes a aceitação, a convivência com esta situação que requer a interferência de doutorandos e estagiários de outras áreas da saúde, junto às pacientes, dificultando o vínculo dos residentes com estas, ou facilitando que evitem este vínculo, como será visto mais adiante.

Dentro do Centro Obstétrico, os residentes se revezam num período de 25 dias. Como a enfermagem também se reveza trabalhando 12 horas a cada três dias, e os médicos de doze em doze horas, fazendo um ou dois plantões semanais, pode-se imaginar a grande quantidade de combinações possíveis em termos de equipe técnica. Esta, como se sabe, assume dinâmica grupal característica e cambiante de acordo com os membros que a compõe, não se constituindo apenas na soma de seus integrantes, mas em uma entidade específica resultante desta interação que apresenta leis e mecanismos próprios (Osório & Zimerman, 1997). Decorrido algum tempo desde que os residentes trabalham no CO, é visível e verbalizada a preferência ou rejeição deles por determinadas pessoas da equipe (**“o pessoal da noite é tranquilo, é ótimo trabalhar à noite”** ou **“hoje não vai ser fácil, a Mariana está de mau humor, para variar”**) ou ainda algumas fantasias como **“sempre que eu e o Geraldo trabalhamos juntos dá algum tipo de zebra”**.

A relação entre os residentes e a equipe de enfermagem varia muito, de acordo com cada residente. De forma geral, o que se pode observar é que, resguardada a hierarquia, com cobranças efetivas sobre o funcionamento do Centro Obstétrico como função da enfermagem, as enfermeiras são tratadas com relativo respeito. Com as técnicas e auxiliares de enfermagem, a interação varia desde absoluta indiferença, sendo algumas vezes ignoradas em suas tentativas de aproximação com os residentes; outras tratadas como amigas, o que se caracteriza por diálogos e brincadeiras ou ainda como muito íntimas com brincadeiras eróticas, jogos corporais, como no caso em que um residente ensinava capoeira a uma atendente no corredor do CO.

A relação residente-residente parece se dar em clima de maior cumplicidade entre residentes do mesmo ano, sendo rejeitados aqueles que apresentam uma conduta mais individualista, por exemplo, não seguindo as rotinas estabelecidas e acordadas pelo grupo ou instituição, criando formas “próprias” de registro nos prontuários das pacientes, não se mostrando solidário com os colegas, competindo francamente ou dificultando a comunicação entre eles.

Um fato relevante é que os residentes não comentam abertamente entre si suas ansiedades ou condutas inadequadas, fazendo-o apenas em forma de reclamações em relação a determinado caso ou em tom de ironia ou brincadeiras, apresentando dificuldades em aceitar críticas, às vezes revidando com ameaças do tipo:

- **“Olha que eu vou deixar a sala de partos cheia, todas com sete centímetros!”**, significando deixar muito trabalho para o residente que o substituiria e por quem se sentira criticado. Nesta situação ilustrativa, além da dificuldade de se expor como pessoa e em receber críticas fica evidenciada a postura defensiva, imbuída de poder como se eles fossem os “donos” do processo de parto e a referência às mulheres como objetos de seus atos, aqui utilizados como forma de ameaça aos colegas. Uma clara

demonstração da utilização de uma forma onipotente para se defender de uma situação de frustração e vulnerabilidade, conforme foi lembrado por Maldonado (1978).

Em conversas informais observadas, nos grupos de reflexão ou no desempenho diário de suas funções, quando os residentes trocavam experiências ou informações entre si, geralmente limitavam-se a discutir casos utilizando-se do jargão médico para fazê-lo, sem questionar seu comportamento ou o da paciente.

Os residentes se dispõem a aprender uns com os outros, mas dificilmente se expõem afetivamente, apesar do visível clima de solidariedade entre eles:

- **“Pobre da Ângela, isto só acontece com ela!”.**
- **“O Renato ficou arrasado com aquela situação!”.**
- **“Eu não queria estar no lugar dela!”.**
- **“Se precisar de mim é só chamar”.**
- **“Ele anda estressado!”.**

Ainda sobre este tema, nota-se que eles se permitem trocar plantões uns com os outros por motivos como viagens, casamento, morte na família, entrevista para emprego, doença, mas não cogitam a possibilidade de fazê-lo em circunstâncias de incapacidade mais subjetiva, como vivências de luto, ansiedades e stress por terem vivido alguma situação de trabalho particularmente difícil, como no caso do óbito de um bebê, por exemplo.

Uma residente, cuja irmã estava muito deprimida porque havia perdido um bebê durante a semana naquela Maternidade, estava visivelmente ansiosa e angustiada, falando em voz alta com as pacientes e muito irritada com uma delas que se recusava a cooperar e, segundo percepção da residente, **“arriscando a vida do bebê”**. Além disso, esta residente estava há quase 30 horas no CO, pois tinha **“dado plantão”** na noite anterior, chegando a verbalizar em voz alta para a R2, que tentava acalmá-la:

- “Não agüento mais esta sala de partos, desde ontem de manhã que eu tô aqui, que saco!”, denotando impossibilidade emocional momentânea para realizar suas tarefas a contento.

Chamou a atenção da observadora, ainda, como os residentes apresentam o comportamento de falar consigo mesmo em voz baixa quando enfrentam alguma dúvida, alguma situação crítica ou desapontam-se com pacientes mais difíceis de se relacionar, parecendo não poder expor suas dificuldades e aflições, tendo que lidar com sua ansiedade de forma solitária. Inevitável se faz neste momento de reflexão a lembrança da menção de Videla (1993) ao quadro da enfermeira pedindo silêncio, não só em respeito aos doentes de um hospital, mas como norma institucional sutil e não verbal que obriga à prática profissional silenciosa e não compartilhada mesmo em situações ansiogênicas.

Outro fator que chama a atenção é a mudança de postura dos residentes no início da residência e no final da mesma. Segundo Canella & Maldonado (1988), no hospital as regras e normatizações acabam se confundindo com as convicções do médico. No início da residência, os médicos parecem mais solidários e humanos, preocupados e interessados na paciente. Mais para o final, com raras exceções, parecem mais distantes e desinteressados pelas pessoas que atendem e mais preocupados em desempenhar tarefas, “esvaziar” a sala de pré-parto, ou seja, fazer com que todas as parturientes tenham logo seus bebês, do que em prestar assistência às pessoas ali internadas. Um mesmo residente, que no primeiro ano havia se mostrado continente e solícito para com as necessidades das parturientes, foi capaz de no segundo ano passar por uma parturiente em desespero, dar um sorriso e nada fazer, já que é o R1 é que é o encarregado de acompanhá-la.

Assim, parece haver uma naturalização das emoções vivenciadas na assistência à gestante, a assimilação de códigos da assistência massificada e hierarquizada da instituição, bem como uma evidente identificação com os modelos ostensivamente distantes oferecidos por alguns profissionais. Uma médica do *staff*, por exemplo, que havia sido chamada pelo residente para dirimir uma dúvida diagnóstica, examinou a paciente sem se apresentar a ela, sem dizer porque estava fazendo o exame e com a sua bolsa pendurada no ombro, denotando não ter disponibilidade para envolver-se com a pessoa ali atendida. Só se dirigiu à paciente para solicitar que afastasse as pernas, comentando com o residente em termos técnicos o que observava, sem explicar nada à paciente.

Devido à possibilidade de alguma complicação no parto, ficou junto com o residente que era iniciante, atenta a tudo durante o parto, orientando-o e ensinando-o, sem se dirigir, porém à paciente. Quando o bebê nasceu, saiu da sala da mesma forma, sem nada dizer à paciente.

Nesta ilustração fica evidenciado o modelo, visivelmente assimilado pelos residentes, de interesse e dedicação da profissional com a eficiência técnica do atendimento, porém sem nenhum envolvimento emocional com a pessoa atendida, que parece não ser vista senão como um “caso”, confirmando as observações de Clavreul (1983) quanto à Ordem Médica à qual ficam submetidos os médicos desde sua formação.

Outro fator importante a se considerar ao caracterizar-se o contexto é a grande diversidade da clientela, tanto em termos da multiplicidade de diagnósticos orgânicos, quanto de personalidade e de nível sócio-cultural das mulheres ali assistidas. Os médicos residentes não têm condição de prever que tipo de pacientes vão atender durante seu período de trabalho, estando sujeitos a toda e qualquer demanda surgida na

Maternidade. Ao mesmo tempo em que este fato se apresenta como uma oportunidade ímpar de aprendizagem bastante valorizada pelos residentes que escolheram esta maternidade, constitui-se também num fator estressante, na medida em que não há possibilidade de previsão ou controle destas variáveis.

Os médicos residentes deparam-se, na grande maioria dos casos, com pacientes com as quais nunca tiveram contato anteriormente, passando a estabelecer vínculos diversos com elas durante o período de pré-parto e parto, tendo que lidar com diferentes situações físicas, culturais e emocionais destas pacientes. Como será descrito mais adiante, estas diferentes situações aliadas às diferentes condições dos residentes é que vão determinar a especificidade e os padrões interacionais a serem analisados.

3.3- Padrões interacionais observados

Dentre as atividades desenvolvidas durante o período da residência, a assistência ao pré-parto e ao parto parecem constituir-se nos momentos de maior estresse e impacto emocional para os residentes, pois é quando permanecem mais tempo e estabelecem contato mais íntimo com as pacientes.

A análise destas situações observadas permitiu a identificação de padrões de interação, ou seja, formas com que os residentes se relacionam com as parturientes que se repetem sistematicamente. Padrões que parecem advindos da identificação com os modelos profissionais e da assimilação das normas institucionais referidas no item anterior, sofrendo poucas alterações no estilo de abordagem de acordo com as características de personalidade do residente ou das demandas das parturientes. Dentre estes padrões destacam-se:

I- A valorização dos aspectos orgânicos, ou seja, a prioridade dada a situações e queixas orgânicas no contato com a parturiente, mostrando-se muito raras as intervenções ou mesmo percepções em nível emocional, a não ser em momentos críticos causados por pacientes que apresentam comportamentos que denotam distúrbios ou reações emocionais ou, como será detalhado adiante, em situações de conflitos surgidos na própria interação.

Os residentes, tais como os médicos, parecem aprisionados a um “manual” de funcionamento dos aspectos orgânicos das parturientes e a uma rotina de atendimento e, com raras exceções, conseguem se deixar levar por suas próprias percepções e intuições, agindo, como diria Zimerman (1992), sem continência e sem tolerância para o não-saber, não conseguindo abrir-se para o novo, para o particular, para o incomum, para o inusitado despertado por cada paciente e por sua interação com ela.

Parece haver a necessidade de padronizar ou enquadrar o atendimento dentro do manual fisiológico aprendido, fazendo as mesmas perguntas: **“É teu primeiro nenê?”**, **“Tu já sabes o que é?”**, **“A que horas tu internaste?”**, geralmente informações contidas no prontuário, como forma de aproximação, dando sempre o mesmo tipo de instruções (**“quando vier a dor, respira fundo, bota o queixo no peito, faz força pra baixo, força de cocô”**) e o que é mais sério, demonstrando ansiedade quando eles não conseguem seguir o seu “manual”, passando muitas vezes a se relacionar com as pacientes de forma irritada, ríspida e hostil quando surgem os entraves e impasses causados pelas condições emocionais da paciente. Por exemplo: pacientes muito temerosas do período expulsivo que podem reter as contrações, outras que podem estar tão introspectivas, voltadas para a sua dor que não ouvem as instruções dos residentes, que ficam ansiosos e podem verbalizar:

- **“Ela não tá fazendo a força certa!”**
- **“Deste jeito o bebê não nasce nem amanhã!”**
- **“Não, assim não vai adiantar nada!”**
- **“Não grita, fecha a boca, tranca a respiração e faz força”.**

A preocupação parece sempre ser em relação ao bom andamento fisiológico do parto. Em geral não há espaço para questionar o que se passa com a parturiente, quais são seus temores, quais suas experiências ou informações. Conforme Maldonado (1997), Videla (1997), Klaus e Kennel (1993) e Odent (2000), este tipo de atitude acaba interferindo negativamente junto à parturiente que, ao se sentir desamparada e não acolhida em suas dificuldades, pode reagir de diversas maneiras, inclusive de forma a prejudicar o processo fisiológico natural. Este fato poderá redundar em novas ansiedades para o médico residente, que se sente responsável e acaba intervindo mais

ativamente para que tudo caminhe dentro do previsto e que o bebê nasça bem, não importando que medidas tenham de ser tomadas para alcançar tal objetivo.

2- Condutas intervencionistas

Pode-se questionar, então: Mas essa não é função do médico afinal? O fato é que os residentes assumem para si a responsabilidade do processo do nascimento, sentindo a necessidade de intervir, muitas vezes utilizando diversos procedimentos sem conversar com a paciente sobre isto ou sem tentar detectar o que nela está causando determinados impedimentos, como nos casos em que as pacientes parecem “trancar” a descida do bebê, por exemplo.

- **“Falta muito pouco, é só o bebê descer mais um pouquinho, a hora que ela quiser ele nasce!”** - comentou um R2 em um processo lento de pré-parto de uma paciente. Mas o que faz com que ela “não queira” parece não poder ser questionado. Durante um grupo de reflexão, alguns residentes verbalizaram que não questionam porque têm medo de não saber o que fazer com a resposta ou com possíveis reações das pacientes. Eles parecem assim crer que não falando sobre o assunto estarão protegendo a paciente, mas parecem também estar se protegendo de sentimentos que talvez tenham não controlar.

O resultado deste tipo de interações com as pacientes são geralmente partos com muitas intervenções mecânicas, como a aplicação de soro com ocitocina e manobras de Kristeller (7 dos 32 partos observados) que se passam com ansiedade e apreensão tanto por parte da parturiente quanto do residente, pelos riscos que eles têm consciência estão nelas envolvidos. Comentário de um residente:

- “Tenho passado um barra muito grande aqui, com partos muito difíceis, com Kristeller pra cima. Quando acontecem dois ou três partos deste tipo, a gente sai morto daqui, como se tivesse feito 15 normais.”

Neste depoimento, confirma-se a situação de *stress* que acaba se constituindo esta modalidade de atendimento, onde o médico residente se apossa totalmente do processo de parto e suas consequências.

3- Dificuldades na abordagem psicológica

O que se pode perceber, então, é que outros tipos de intervenção de cunho psicológico, com mais proximidade e interesse, que supõem e admitem a participação mais efetiva da paciente, vão depender muito da disponibilidade e motivação pessoais dos residentes. Muitas vezes, porém, eles não utilizam estes recursos por desconhecerem como fazê-lo, como denotam os seguintes depoimentos extraídos das entrevistas:

- “Para mim as pacientes mais difíceis são as que não estão convencidas ou que tem medo do parto normal; o difícil é conseguir driblar isto, como acalmar...”.

- “As pacientes mais difíceis são aquelas que berram, que descompensam”.

- “As pacientes mais difíceis são aquelas que têm fantasias difíceis de tirar...”.

Alguns dos médicos residentes denotam ter percebido claramente os sentimentos das pacientes, mas não sabem como aproveitar esta situação ou manejá-la. Por exemplo, percebem quando uma paciente não colabora no trabalho de parto, não segue as instruções, porque se encontra determinada a fazer parto cesária; ou sentem o sofrimento de uma paciente com feto morto, mas não sabem o que dizer a ela para sentir-se melhor, optando muitas vezes por deixá-la sozinha.

- **“Não nos ensinaram como atender as pacientes, apenas a resolver as dificuldades de contração, ou a avaliar o Batimento Cardíaco Fetal, etc.”**, comentário de Grupo de Reflexão.

Para Clavreul (1983), este tipo de relacionamento, que exclui a subjetividade, esta “uniformização” da conduta e do discurso médico requer um “duplo anonimato”, o da paciente e do médico. A consequência deste processo é que as mulheres então ficam se sentindo muitas vezes sós com suas ansiedades e os residentes sós e angustiados a mercê de como as pacientes reagirão fisiologicamente, reagindo apenas contratransferencialmente às atitudes das parturientes. Quer dizer, sem poder enfrentar conscientemente os sentimentos envolvidos na situação, os residentes acabam reagindo de forma emocional, inconsciente, de acordo com o papel idealizado de salvador (mãe boa, da qual as pacientes dependem totalmente) ou perseguidor de carrasco (mãe má e castradora) que a parturiente lhe adjudica, conforme lembram Soifer (1980) e Langer (1981).

Por outro lado, segundo Zimerman (1992) se não têm um auto-conhecimento, podem também reagir transferencialmente, quando a parturiente e sua atitude fazem-nos lembrar de pessoas significativas de sua vida. Vale ressaltar que o fenômeno transferencial e contratransferencial envolvidos nas interações não pôde aqui ser explicitado, pelo fato da observadora não conhecer em profundidade nem os residentes, nem as pacientes, mas principalmente porque as interações sofriam quase sempre a interferência de outras pessoas que entravam na cena, sendo quase impossível o desenvolvimento de um processo intersubjetivo mais intenso.

Pode-se perceber nitidamente, no entanto, que os médicos residentes tratam com mais calma e paciência as parturientes que demonstram aceitar bem o seu bebê, porque

para eles este é um sinal de que a mãe colaborará mais no pré-parto e durante o parto, conforme declararam na maioria das entrevistas:

- “As pacientes mais fáceis são as que colaboram, que tem vontade de fazer o que tu pedes, são as de gravidez planejada, que acompanham e que querem que tudo dê certo”.

Para detectar esta “posição” da mãe eles costumam fazer algumas perguntas, tais como:

- “Este é o teu primeiro nenê? Tu já sabes o sexo? Já tens nome para ele (a)?”

Para os residentes é fato notório que a mãe que colabora diminui os riscos objetivos da situação de parto e diminui os riscos de sentimentos de culpa do residente, sempre responsabilizado pela paciente ou por si mesmo quando ocorre algum problema.

- “Pacientes difíceis são as que acham que vai dar tudo errado, que vai morrer, que o bebê vai morrer e pode acontecer. Se acontece, sobra pra mim...”(dado de entrevista com o residente Charles).

Esta declaração mais uma vez confirma a importância do que Canella e Maldonado (1988) definiram como atitude clínica do médico em interação, onde se forma uma relação de confiança com as parturientes e elas se dispõem a colaborar, a participar mais ativamente e a seguir as instruções médicas. Caso isto não ocorra, o médico residente pode realmente ficar à mercê de reações, julgamentos e críticas das parturientes e de seus familiares, caso o parto não saia dentro das expectativas, passando o residente também a se sentir desconfortável, vigiado e perseguido por eles. Pode-se supor que é exatamente por não usufruírem desta possibilidade de aliança, que a equipe técnica ainda não autoriza a permanência de acompanhantes no Centro Obstétrico.

4- A comunicação com as parturientes

Dentre as formas de comunicação utilizadas pelos residentes quando se dirigem às pacientes não é raro encontrar o uso de diminutivos como forma de linguagem:

- **“Levanta a perninha!”**
- **“Mais uma forcinha!”**
- **“Bota as mãos aqui neste ferrinho!”**

Este tipo de linguagem parece se constituir numa tentativa de proximidade nos moldes mãe- filho, professor-aluno. Sendo, porém, uma forma de infantilização, como afirma Crepaldi (2000), o sentido de dependência da paciente e a assimetria da relação, reforçando situações transferenciais já mencionadas anteriormente.

O adjetivo “querida” também é amplamente utilizado. Em que pese este termo ser típico da região geográfica do país, pode-se notar que é pronunciado em vários tons diferentes: uns para pedir colaboração, outros para substituir o nome que não lembram, outros para dissimular uma irritação muito grande e outros de forma realmente afetiva.

Como outra forma de comunicação e proximidade, nos momentos de dificuldade tanto no pré-parto quanto no parto em si, os residentes costumam invocar o instinto materno, fazendo as parturientes lembrarem que logo verão seu bebê, evocam o nome dado pela mãe ao bebê, referem a possibilidade de já visualizar os “cabelinhos” dele (a), o que geralmente funciona muito bem, pois as mães costumam reagir e colaborar devido ao senso de realidade e responsabilidade que ressurge dentro de um turbilhão de sensações onde a paciente pode até passar por um processo de despersonalização²⁴. Com este tipo de intervenção, as parturientes passam de uma atitude passiva para uma atitude mais atuante e colaboradora, fazendo um melhor uso de suas capacidades egóicas.

²⁴ Despersonalização- sentimentos de estranheza mais ou menos insólita ou terrificante, vivenciada na esfera do corpo ou do pensamento, podendo ser encontrados numa grande variedade de distúrbios neuróticos; uma forma específica de bloqueio da consciência intimamente relacionada com a ansiedade (Mayer-Gross, Slater e Roth, 1969).

Exemplificando, numa situação dramática, onde no momento da expulsão uma paciente negava-se a fazer uma última e necessária força, a médica teve de intervir com firmeza:

- **“Vamos, Iara, tu já não és mais criança, agora tens que pensar no teu nenê. Ele não pode mais ficar aqui, ele corre perigo, vamos!”** E a mãe que até então se negava a fazer força e a “protagonizar” seu parto, assumindo uma postura passiva, concentrou-se, fez a força necessária e o bebê nasceu.

Em outras situações, as tentativas de comunicação podem não ser tão bem sucedidas, quando se perde de vista a dimensão psicológica do momento que está sendo vivenciado. Muitas são as situações em que os residentes apresentam condutas adequadas, tranquilidade ou assertividade necessárias para o momento, continência para os sentimentos da paciente, mas em determinado momento acabam se deixando guiar por seus princípios dogmáticos na ânsia de seguirem o que lhes foi ensinado e de cumprir seu papel doutrinário.

Este é um fato que remete aos fenômenos estudados por Balint (1975), isto é, o fato de que o médico traz em sua bagagem o que este autor denominou de “função apostólica do médico”, uma vaga, mas quase inabalável idéia sobre o modo de como deve se comportar o paciente quando está doente. É como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes devem e não devem esperar, sentir ou fazer.

No parto de um feto morto, por exemplo, a residente Alice foi atenciosa e gentil, preocupando-se em responder às perguntas da paciente, esclarecendo suas dúvidas e medo de morrer com informações precisas sobre seu estado de saúde.

O parto foi tranquilo, embora transcorresse num clima de tristeza e muito silêncio. A residente teve o cuidado de perguntar se a mãe queria ver o bebê, mas ao

final, quando esta perguntou o porquê do óbito, ela primeiro respondeu de forma vaga, que há várias causas, às vezes difíceis de detectar. Depois, quando a mãe já parecia satisfeita com a resposta, ela perguntou à paciente se ela fumava, ao que respondeu que sim. A residente então comentou que o fumo deixa a placenta pequena e insuficiente para o bebê e disse:

- **“A tua placenta está bem pequena, da próxima vez não fuma, tá?”.**

A paciente disse que não haveria próxima vez e começou novamente a chorar. Note-se, aqui, a preocupação que se chamou de doutrinária da residente em passar uma informação que, apesar de correta, foi dada num momento bastante inadequado e de forma muito imprópria. Sua empatia até então em relação à paciente, parece ter se rendido ao seu “dever” de mostrar seu saber e “ensinar” a paciente.

Noções sobre o significado psicológico de uma perda e dos sentimentos de culpa que inevitavelmente traz o nascimento de uma criança morta poderiam ter ajudado a residente a adiar este comentário. Tratava-se, além disso, de uma residente conhecida na maternidade como muito competente tecnicamente, aprendendo com muita facilidade e que tentava seguir à risca o que os modelos transmitiam. Não houve oportunidade de entrevistá-la logo após este parto para saber de sua motivação ao fazer tal comentário com a paciente, mas pode-se intuir que ela, apesar de empática até então, sucumbiu neste momento aos preceitos da Ordem Médica.

Ainda sobre este tema, pode-se perceber de conversas informais, que os residentes são críticos e sarcásticos em relação às pacientes que não fazem consultas pré-natais ou “fazem tudo errado” durante a gravidez, como o uso do fumo, por exemplo. Novamente aqui, fica demonstrada a necessidade de os residentes conhecerem melhor a realidade que as pacientes vivem para além dos princípios que lhes são ensinados, pois o não conhecimento e a não inclusão da compreensão desta realidade

na interação só faz aumentar a sua sensação de impotência, levando-os e a recorrer a condutas cada vez mais defensivas, ratificando uma forma de interação difícil de ser modificada.

5- Situações de ensino

O mesmo dever e desejo de mostrar saber, acima comentados, pode ser observado nas situações de ensino, onde estão presentes doutorandos de Medicina. Muitas vezes a relação com estes é priorizada em detrimento da interação com a paciente. O mais importante passa a ser as informações e proporcionar situações de aprendizagem do que a interação com a paciente. Por exemplo: num parto realizado por um R1, e observado por um doutorando, o residente limitou-se a dar ordens de forma bastante ríspida e grosseira para a paciente, já que esta se encontrava muito tensa e parecia às vezes não ouvir o que ele pedia, pois não seguia suas instruções. A enfermeira interveio, dando instruções, tentando tranquilizá-la, enquanto o residente se preocupava em narrar todos os seus procedimentos ao doutorando. Ao final do parto, olhou para o bebê orgulhando-se do feito e disse para o doutorando:

- “Esta episio ficou bonita!”

Parece que aqui predominou mais uma vez uma conduta defensiva de distanciamento, quase de negação diante da paciente tensa, tendo o residente se agarrado à situação de ensino, onde ele se sentia mais seguro e menos vulnerável emocionalmente, distanciando-se da paciente, colocando-se inacessível e muito importante e sábio em relação àquilo que podia manejar, ou seja, o corpo da mulher.

Fato notável é que a situação acima descrita, onde o doutorando teve toda a atenção do residente, até mesmo em detrimento da interação com a paciente, não acontece em relação aos estagiários de enfermagem e fisioterapia, sendo estes últimos

algumas vezes considerados como entraves pelo grande número de pessoas no Centro Obstétrico, ou ridicularizados por seu envolvimento maior com a pessoa da paciente, preocupando-se em colocá-la em posições mais confortáveis ou a lhes proporcionar massagens.

Para Canella & Maldonado (1997), o médico vinculado à instituição funciona de acordo com o “código vigente” e deve adaptar-se às regras para ser aceito, o que provavelmente se intensifica no caso dos residentes que estão em processo de aprendizagem, de avaliação e de formação da identidade médica. Se o código determina a impessoalidade e o não envolvimento do médico na interação com a paciente, em nome do rigor científico tão decantado no discurso médico, todas as atitudes que desta postura se afastam são criticadas e/ ou ridicularizadas. Isto pode ser observado não só em relação a profissionais de outras áreas como a fisioterapia e a enfermagem, como entre os próprios residentes que ousam e desenvolvem atitudes mais personalizadas e, portanto, mais distintas daquelas padronizadas.

Um residente em especial tornou-se muito visado e alvo de brincadeiras porque proporcionava às pacientes do Centro Obstétrico, partos na penumbra, com um clima mais aconchegante e tranquilizante. Eram os chamados “partos à francesa” do residente Alberto. Partos estes que despertavam diferentes reações entre as pessoas da equipe: risos, zombarias, surpresa, admiração. O mais curioso, no entanto, é que este mesmo residente em outro momento, demonstrou claramente ter assimilado o “código”, criticando o residente Júlio do primeiro ano, porque ele havia realizado um parto demoradamente, enquanto ele, o mais antigo, havia realizado dois partos no mesmo período de tempo, ao que o mais novo respondeu:

- **“Eu sei, Alberto, um dia eu chego lá!”.**

Note-se que o código e as normas passam a ser o ideal imperioso a ser atingido pelo residente, numa gradual deterioração de sua subjetividade e numa crescente e constante dissociação corpo-pessoa com sentimentos da paciente, conforme denunciado por Videla (1997).

3.4 - Interações específicas observadas

Conforme afirmado acima, os residentes cada qual com suas características individuais, se inserem em uma instituição que já tem uma história, uma filosofia e uma organização prévias que determinam um “código vigente”, o qual tem de ser captado e aplicado. Conhecer e utilizar este código, passa a ser uma tarefa primordial de inserção na residência ou o residente estará exposto a críticas e rejeição de seus colegas e chefia, caso não o faça.

Para Clavreul (1983), os padrões interacionais acima citados estão fortemente relacionados à relação entre instituição médica e doença que se estabelece, seguindo normas e convenções implícitas, em detrimento de uma relação médico-paciente mais humanizada e excluindo a subjetividade, ou seja, excluindo as particularidades e os sentimentos de cada um dos integrantes da situação. Porém, além destes comportamentos e atitudes padronizados descritos, sistematicamente repetidos, pode-se observar em paralelo, condutas específicas que denotam um estilo próprio ou reações diferenciadas de cada residente em relação a cada parturiente.

Os médicos não atendem da mesma forma e, cada médico não é o mesmo com todas as pacientes. O peso do “discurso médico” e da “função apostólica do médico”, a grande variedade de casos e as alterações dinâmicas do contexto que já foram citadas se constituem, então, no grande pano de fundo no qual cada residente vai desempenhar sua função, trazendo consigo sua bagagem de conhecimentos, suas expectativas, mas principalmente suas características de personalidade, que o tornam uma pessoa única em interação com pessoas únicas em uma situação crítica como é o parto, o que faz do encontro um momento único.

Os momentos que antecedem o parto e o parto em si costumam ser de grande tensão, tanto para a paciente quanto para o médico, por se tratar de uma situação cujas principais características são a irreversibilidade e a imprevisibilidade.

Para a mulher, o parto é o momento no qual desembocam muitas das vivências da gravidez - expectativa, ansiedade, medo, apreensão. Mesmo com os avanços tecnológicos que possibilitam melhor controle dos riscos e assistência mais segura, o temor frente ao parto não pode ser de todo eliminado, *“devido aos profundos significados simbólicos, do ponto de vista emocional”* (Canella & Maldonado, 1988, p. 172). Além disso, a internação por si só pode se tornar ansiogênica, na medida em que tira a mulher do seu contexto habitual, colocando-a em um ambiente impessoal, submetida a procedimentos desagradáveis, e às vezes, assustadores.

Por toda esta vulnerabilidade é que Canella e Maldonado (1988) ressaltam o impacto das mensagens e da forma de comunicação verbal e não verbal do médico e dos outros membros da equipe de saúde sobre a mulher, destacando, junto com Odent (2000), a importância da forma como é assistida e as repercussões disto no auto-conceito da mulher e no seu relacionamento com o bebê .

Para o médico, a ansiedade frente à imprevisibilidade do parto faz com que muitas vezes recorra a um excesso de tecnicismo e intervencionismo, na esperança de conseguir o máximo de controle da situação. Controle este também tentado através da forma como se relaciona com a parturiente (rígida, distante, indiferente, autoritária, assertiva, asseguradora, tranquilizadora, continente, ansiosa, etc.) variando aí para cada residente de acordo com seus princípios, crenças, dogmas, estado emocional, tolerância a frustrações, capacidade de continência, capacidade de empatia e de comunicação, segurança quanto ao seu conhecimento, etc.

As diferenças e particularidades na forma como agem com as parturientes, bem como as reações emocionais específicas dos residentes podem ser observadas nas seguintes situações envolvidas nas interações durante o pré-parto e o parto:

1 – A aproximação

A diferença na forma como os médicos residentes interagem com as pacientes começa pela maneira como se aproximam delas no pré-parto. Apesar de ser notório o cuidado dos residentes em saber o nome da parturiente através de seu prontuário aos pés da cama, e se dirigir a ela sempre pelo nome, não são todos os que se apresentam pelo nome e dizem o que vai acontecer enquanto estiverem ali, como fez, por exemplo este R1:

- **“Carmem, eu sou o Dr. Júlio e vou cuidar de ti enquanto estiveres aqui; a outra médica (R2) que também vai te ver é a Dra. Márcia. Qualquer coisa é só chamar a gente. A gente vem te ver de vez em quando”.**

Outros ainda especificam que ela vai ser examinada de meia em meia hora, que ela pode ficar na posição que se sentir melhor:

- **“Por enquanto, que estás no comecinho do teu trabalho de parto, vê como é que te sentes melhor. Se quiseres podes andar pelo corredor, podes ficar sentada ou deitada. Mas procura deitar sempre do lado esquerdo que é melhor para o bebê, tá?”**

Outros não abrem a possibilidade de escolher a posição, orientando sempre que fique deitada do lado esquerdo. Outros se aproximam do leito, lêem o prontuário e dizem:

- **“Maria, afasta um pouco tuas pernas para eu poder fazer o exame”.**

Mesmo com diferentes abordagens à paciente, o clima do atendimento tende mais para o impessoal pelo fato de as pacientes serem examinadas por mais de uma

pessoa (R1, R2, doutorandos e às vezes médicos); pelo fato de não saberem quem vai fazer o parto:

- *“É ele mesmo que vai fazer meu parto?”*

- *“Quem vai fazer meu parto?”*

Algumas pacientes chamam os médicos de “Moço” ou percebem estranhamento, surpresa e até ironia algumas vezes pelo fato de chamarem o médico pelo nome:

Júlio:- **“Tá bom, tá bom, já que tu já sabes meu nome e chamou várias vezes por ele, vou ficar aqui contigo, tá?”**

Paciente: - *“Mas, foi tu mesmo que me disse...”*

- *“Alberto, por favor me ajuda!”*, disse uma paciente, frase que foi seguida de risos abafados de outros residentes e doutorandos no leito ao lado.

De uma forma geral, os doutorandos que também interagem com as pacientes não se apresentam e não são a elas apresentados, mesmo que realizem toques, dinâmicas ou controle do Batimento Cardíaco Fetal. O mesmo acontece em relação aos médicos. A norma parece ser o anonimato do médico e da equipe.

2- O contato físico com as parturientes

Apesar de os médicos residentes terem como essência do seu trabalho, o manuseio do corpo das parturientes, necessitando colocar a mão na sua barriga para controle das contrações e fazer seguidos toques vaginais, tocando, portanto em partes do corpo normalmente preservadas para relacionamentos íntimos, averiguando coloração e odor de suas secreções, o contato físico com as pacientes enquanto manifestação de proximidade (tocar a mão, os cabelos, o rosto) varia bastante. Alguns residentes conseguem tocar as parturientes como forma de aproximação com espontaneidade e

naturalidade, outros numa forma explícita de distanciamento quando evitam ou até repudiam o contato.

Aqueles residentes que têm facilidade em estabelecer *contato físico* pegam a mão da paciente, geralmente quando elas solicitam; tocam os cabelos das pacientes, quando tentam acalmá-las na hora das contrações mais fortes; conversam com elas colocando a mão sobre sua barriga ou perna. Outros parecem constrangidos e evitam os contatos que não sejam necessários. Outros ainda rechaçam abertamente, principalmente quando existe uma solicitação explícita da paciente. Exemplificando: uma paciente na qual um doutorando fazia um toque vaginal e demonstrava muito tensa, gritou e segurou com força no braço de um residente que estava próximo e que logo reagiu:

- **"Não, não!** (afastando o braço da paciente do seu), **podes gritar, podes fazer força, podes te segurar aí na guarda da cama, mas não pode apertar o doutor"**.

O residente Cláudio então comentou com a observadora e com o doutorando que o acompanhava no exame que já fora machucado por uma paciente, quando esta o segurou fortemente em um mamilo, denotando receio de ser agredido nestas situações.

Outra paciente pediu a mão do médico que, em seu primeiro dia de residência, verificava o Batimento Cardíaco Fetal durante uma contração e ele respondeu que não podia, pois senão, não conseguiria fazer o que estava fazendo.

Paciente: - *"Mas com a mão fica mais fácil"*.

- **"É, mas aí eu não consigo trabalhar"**, disse o residente Rubens parecendo bastante desconfortável com a situação.

Embora Rubens estivesse em seu primeiro dia de residência, bastante ansioso, pois o R2 havia saído e ele se encontrava só e visivelmente inseguro no Centro Obstétrico, tentando fazer aquilo que sabia, esta é uma ilustração do despreparo

emocional dos residentes para atender sozinhos as demandas das parturientes, ou pelo menos, poder argumentar e conversar com esta paciente em especial de outra forma que parecesse mais compreensível e menos distante. A paciente desistiu de lhe pedir a mão, voltando-se para a observadora.

De uma forma geral, o que se pode observar é que os residentes que não têm dificuldade de se aproximar no pré-parto, mostram-se gentis e atenciosos durante o parto, o contrário também sendo verdadeiro. Residentes mais distantes afetivamente durante o pré-parto, costumam se manter assim também durante o parto, como será descrito mais adiante.

Voltando ao pré-parto, chama a atenção a importância do *olhar* nas interações. Por seu estado de desamparo e regressão emocional, citado e descrito por Maldonado (1997) e Soifer (1980), as pacientes buscam com frequência o olhar das pessoas à sua volta, principalmente daqueles que as estão examinando. Olham para eles fixa e atentamente, como na tentativa de buscar reações e querendo prescrutar o que se passa com elad ou com o bebê.

Os médicos residentes, porém, agem bastante diferentemente em relação ao olhar. Alguns correspondem ao olhar da paciente e as olham fixamente dentro dos olhos; outros olham-nas nos olhos quando a elas se dirigem, mas às vezes se concentram em sua atividade, por exemplo, fechando os olhos na verificação do Batimento Cardíaco Fetal; outros apresentam olhares fugidios e outros ainda não conseguem olhar para a paciente, fixando seu olhar na parede ou no doutorando que acompanha o exame.

Lembrando Andolfi (1996):

“o olhar pode ser considerado uma norma de comportamento que contribui para definir os limites das interações na vida cotidiana e o significado varia de acordo com a direção e a duração deste olhar.(...) Os nossos olhos não se

limitam a observar o outro, mas dão-nos também uma medida da distância ou da intimidade desejada no encontro” (Andolfi, 1996, p.104).

3- O diálogo

Condutas equivalentes às descritas em relação ao olhar podem ser observadas em relação às perguntas das pacientes. Pode-se notar que os médicos residentes que olham para as pacientes, denotando possibilidade de aproximação, ouvem-nas e respondem a suas perguntas; o contrário acontecendo com os que não olham, que parecem também não ouvir e não contactar com as pacientes, sendo possível não responder às perguntas ansiosas das pacientes.

Um residente realizando uma amniotomia²⁵, conversava com o doutorando que estava ao pé do leito da paciente, portanto de costas para seu rosto e olhos que o procuravam, nada respondeu à paciente quando ela perguntou:

- “*O que é isso?*”, referindo-se ao amniótomo e

- “*O que tu vais fazer?*” quando ele iniciou o procedimento. Ele não só não respondeu no momento, como não respondeu depois, limitando-se a conversar com o doutorando. Ele só se dirigia à paciente para pedir-lhe para relaxar as pernas. Embora o fizesse com educação, continuava sem olhar para ela.

Outra residente, no entanto, mais próxima e comunicativa pôde desenvolver um diálogo tranquilizador com a paciente que parecia bastante à vontade. Enquanto examinava a paciente, ficou perguntando sobre o sexo do bebê, se já tinha filhos. Quando a residente fechou os olhos, para a contagem do Batimento Cardíaco Fetal, como era hábito seu, a paciente se censurou e disse para si mesma que devia calar a boca porque estava atrapalhando, a residente riu e disse que continuasse, já que conversar era bom e ajudava a passar o tempo. Quando terminou o exame, a residente

²⁵ Amniotomia - rotura das membranas, só indicada quando o colo do útero está maduro (mole) e a apresentação do feto insinuada (encaixada), no final de uma contração (Rezende, 1995).

disse à paciente que estava tudo bem com ela e com o bebê. A paciente perguntou então para que servia o soro e ela então respondeu:

- **“Este remédio vai te ajudar a ter contrações mais fortes, porque as tuas estão meio ‘mixurucas’ e, para o nenê nascer, ele precisa de contrações mais fortes. E também ajuda a ir mais rápido, senão tu vais ficar aqui muito tempo ainda, né?”**, disse sorrindo, ao que a paciente respondeu:

- *“Ih! Deus me livre!”*

Pode-se perceber neste caso que quando a paciente se sente acolhida e entendida, sente-se à vontade para poder fazer perguntas e, conseqüentemente ficar mais tranqüila. E esta paciente, de fato, teve um parto bastante calmo, onde tudo transcorreu dentro do esperado tanto por ela, quanto para a residente.

A *linguagem* utilizada para se comunicar com as pacientes é outro aspecto importante a ser notado nas interações. Alguns médicos residentes conseguem se comunicar de forma simples e clara como no caso a seguir.

Uma paciente insistia muito em ir para a sala de partos, porque ela sabia que isto significaria o fim do trabalho de parto e das dores. A residente explicou-lhe, então, com calma, que era melhor ela ficar ali até chegar bem próximo da hora de o bebê nascer, já que lá ela teria de ficar com as pernas mais para cima, que ela ficaria cansada desnecessariamente, que tudo tem a hora certa e que agora não era a hora de ir para a outra sala.

Outras vezes, o residente não consegue entrar em sintonia com a paciente e responde às suas perguntas de uma forma ininteligível para ela. Por exemplo: uma paciente chorosa e angustiada com as contrações, perguntou à residente se ia demorar muito (pergunta inúmeras vezes repetida pelas pacientes), ao que ela respondeu:

- **“Não, tu já estás com cinco centímetros”.**

Para a residente este pode ser um sinal claro que o trabalho vai bem, que pode não demorar, mas o mesmo não parecia acontecer com a paciente, que perguntou:

- “*O que?*”, mas ficou sem resposta, pois a residente já havia se afastado.

Outro residente ainda, que havia estado muito tranqüilo e continente durante um parto de feto morto, conversando com a paciente de forma bastante simples e tranqüilizando-a ao final do parto foi indagado pela mãe sobre as razões da morte do bebê. Demonstrou então certo embaraço, parecendo não saber o que falar, dizendo-lhe então que ela deveria encaminhar o feto para o “anátomo-patológico”, despedindo-se e saindo em seguida, deixando a paciente com olhar fixo na parede.

Todas estas formas de contato: o toque afetivo, olhar, o ouvir, o dialogar com a paciente parecem fazer parte de um conjunto de condutas que denotam o que Zimmerman (1992) denominou capacidade de empatia e de continência.

Alguns residentes demonstram claramente maior possibilidade de se colocar no lugar das pacientes e de conter suas ansiedades, fantasias e dores do que outros que parecem esconder-se na frieza e distanciamento, não se deixando aproximar das pacientes a não ser como “objetos de trabalho” e não como pessoas que sentem, como eles. Para Canella & Maldonado (1997), quando o médico atende de modo impessoal acarreta bloqueio e fechamento dos canais de comunicação, não se cria um espaço de disponibilidade, bloqueando a liberdade de expressão da paciente, empobrecendo a qualidade da assistência, mas também corre o risco ao desenvolver esta “carapaça defensiva”, de perder a capacidade de vibrar e se emocionar.

4- Reações aos gritos e manifestações psicológicas das pacientes

Ainda no período do pré-parto, os gritos e a forma como as parturientes reagem à dor suscitam reações as mais diversas nos médicos residentes. Importante ressaltar o fato de que o grito é uma forma primitiva e “descontrolada” de enfrentar a dor, que é vivenciada de forma bastante subjetiva por cada pessoa, tanto por apresentarem diferentes limiares de dor, quanto pelo significado subjetivo atribuído à dor.

Cada mulher vivencia as contrações uterinas de maneira diferente. Algumas, segundo Soifer (1980), têm uma sensibilidade maior por uma modalidade defensiva paranóide frente a intensas ansiedades. Outras, conforme lembra Langer (1986), associam diretamente as contrações à dor, porque lhe inculcaram desde a infância que o parto é algo sumamente doloroso e cheio de perigos.

Da mesma forma, poder lidar com os gritos das pacientes ou não, depende das características de cada médico e principalmente do seu estado emocional do momento. Pode-se observar que, de uma forma geral, os gritos mobilizam muito os residentes, despertando-lhes reações de rejeição, às vezes de evitação da paciente e por vezes, o oposto, uma atenção maior e mais freqüente. Uma residente que estava visivelmente cansada, tendo feito um plantão bastante movimentado e, segundo palavras da própria residente, bastante estressante na noite anterior, comentou informal e privadamente com a observadora:

- “Não agüento mais ouvir esses gritos. Tem hora que não dá mais, não quero mais ouvir!”

No entanto, ao acompanhar uma parturiente, sentada ao seu lado no leito, esta mesma residente acolhia as queixas de dor da paciente e comentava com ela com a voz baixa e tranqüila:

- **“Já tá no fim; logo, logo, termina esse suplício”**, demonstrando empatia com a paciente, até porque o suplício parecia ser o mesmo para ambas.

Um outro residente, no entanto, mostrava-se visivelmente irritado com a paciente que gritava muito alto a cada contração. Ele se aproximou várias vezes dela e lhe pediu com firmeza e em tom crescente de voz para que parasse de gritar, pois ela estava perturbando as outras pacientes e as pessoas que ali estavam trabalhando, sempre sem resultado. A paciente gritava cada vez mais alto e respondia às críticas do médico com outras ameaças, como :

- *“Vou me jogar no chão!”*

- *“Daqui a pouco vou me matar, aí eu quero ver o que vocês vão fazer!”*

O clima era de tensão crescente entre as demais pacientes e entre toda a equipe, tendo um desfecho quase dramático como será descrito a seguir no item: “Manhã do horror”.

Outra residente, Joana, que estava cansada e deprimida por razões pessoais, recebeu a queixa da técnica de enfermagem de que uma paciente se negava a colocar o soro com a ocitocina, temendo a dor que poderia sentir, pois sabia que o remédio faria aumentar as contrações, foi ter com a paciente:

- **“O que está havendo aqui?”**, perguntou a residente, ouvindo da paciente que não queria colocar o soro. A residente explicou os motivos técnicos para o uso do soro e mostrou-se decidida a usar a ocitocina, preparando a infusão. A paciente então se agitou, parecendo exaltada e gritou:

- *“Tira isso aí, porra!”*

A residente ficou visivelmente muito irritada, agitando os braços e tendo seu rosto empalidecido, respondendo em tom de voz bem alta:

- “Olha a educação! Eu estou aqui pra te ajudar! Ninguém está aqui pra te fazer sentir dor. Todas as mulheres do mundo tem filho assim, com dor e contigo não vai ser diferente. Sem dor não tem nenê. O nenê entrou, tem que sair.”

Paciente - “Mas dói, tira isso daí, pra que isso aí?”

Residente Joana - “Eu já te disse! Para o teu nenê sair mais rápido. Foste tu que engravidaste, não fui eu.”

A paciente começou a chorar e pediu desculpas com o rosto coberto pelas mãos, parecendo sentir-se envergonhada ou humilhada, após o que a residente mudou seu tom de voz, passando a falar mais educadamente com a paciente. Segundo Canella & Maldonado (1988),

“somos particularmente tentados a nos valermos de lições de moral quando sentimos dificuldade de trabalharmos em nível de co-responsabilidade...O problema é que, quando o médico atribui a si mais responsabilidade do que lhe é devida, passa a encarar como ‘atuação bem sucedida’ os casos em que conseguiu convencer a cliente a adotar seu ponto de vista (...). Uma reação comum da cliente é irritação e raiva (...) que provoca fechamento e resistência (...) ou sentimentos de culpa intensos e torturantes” (Canella & Maldonado, 1988, p.47-48).

A descrição deste episódio traz à tona novamente o despreparo técnico e psicológico da residente, que parecia não conseguir sintonizar com as ansiedades e temores da paciente, impondo-lhe a intervenção da ocitocina, explicando tecnicamente, mas sem investigar os receios da paciente para aí poder tranquilizá-la. Configurou-se novamente um caso, em que a médica estava presa aos preceitos da Ordem Médica, acreditando estar “ajudando” a paciente, utilizando-se das intervenções técnicas que conhecia, independente da vontade ou dos medos da parturiente.

Esta situação, porém, ilustra principalmente o fato de a residente não ter conseguido manejar seus próprios sentimentos de irritação em relação à paciente relutante e “desobediente”, usando de agressividade, recriminações e lições de moral para se impor. Além disso, deixou transparecer um traço cultural assimilado de que o

parto tem que ser com dor e um desconhecimento de que há várias abordagens psicológicas que podem minimizá-la.

Vale lembrar que esta residente estava emocionalmente abalada porque sua irmã perdera um bebê naquela mesma semana, o que certamente estava contribuindo para seu estado de tensão e irritação. Sem tentar interpretar individualmente a situação desta residente, este último dado parece bastante importante para a compreensão da situação de uma forma mais global ratificando a importância de um acompanhamento emocional aos residentes, como será discutido mais adiante.

Além disso, conforme destacam Klaus, Klaus e Kennel (2000) e Odent (2000) quando a mulher entra neste ciclo dor-ansiedade-medo-tensão-dor, chegando muitas vezes em um estado confusional e regressivo, necessita ser acolhida, amparada e de informações claras do que está se passando no seu corpo para poder relaxar e colaborar ativamente no processo do parto, sentindo-se valorizada e capaz de fazê-lo. Quando isto não acontece, o clima interacional da paciente com quem a assiste poderá ser de ansiedade crescente, podendo prejudicar o andamento fisiológico do parto e a auto-imagem da mulher, bem como aumentar o nível de desgaste emocional do médico.

Além das diferentes intervenções acima descritas demonstrarem importantes diferenças de estilo de abordagem dos residentes, se prestam também a outros tipos de análise, como por exemplo: a liberdade ou a falta desta para que a paciente escolha como quer vivenciar seu pré-parto dentro de uma instituição (sentar ou não, andar ou não, estar acompanhada ou não), ou melhor, a forma como são impostas as normas institucionais, às vezes de forma autoritária e agressiva, sem considerar as percepções, receios e fantasias das pacientes. Isto parece se dar devido à postura ansiosa do médico residente em cumprir o seu papel, e que para ele parece ser é o de “fazer nascer bem”, o

que por sua vez é a necessidade de cumprir a ordem institucional.. Pode-se questionar então sobre a qualidade deste nascer bem.

Neste sentido, Odent (2000) propõe uma “eco-obstetrícia” que entende o parto e a amamentação como pertencentes à vida emocional, afetiva e sexual e que considera que o primeiro fator de segurança em uma maternidade é uma atmosfera que facilite os partos. Este autor afirma mesmo que “está muito próximo o limite além do qual a invasão pela máquina, pela instituição e pela medicina será mais nefasta que útil” (Odent, 2000, p. 59).

5- Sobre a privacidade

Um outro aspecto da interação médico residente e paciente é a falta de privacidade. O documento de 1996 sobre Assistência ao Parto Normal da Organização Mundial de Saúde preconiza o respeito ao direito da mulher de ter privacidade no local de nascimento. Numa maternidade-escola como a do presente estudo, porém, esta proposta encontra-se prejudicada, embora algumas medidas pudessem ser tomadas para minimizar os efeitos nocivos desta situação como, por exemplo, comunicar à paciente quem serão as pessoas presentes na sala durante seu pré-parto e parto.

O que se pode notar, no entanto, é que os médicos residentes também reagem à falta de privacidade de diferentes formas. O fato é que ambos, parturiente e médico residente são constantemente acompanhados por olhos atentos dos médicos do *staff*, doutorandos, estagiários e profissionais de enfermagem que circulam pela sala de pré-parto. As perguntas, os exames e muitas das reações emocionais da parturiente e do médico residente têm lugar na presença de várias pessoas, o que parece pressionar o residente, entre outras coisas, a “tomar uma providência”, frente aos gritos ou outros comportamentos como, por exemplo, pedidos para andar, colocar-se em posição

diferente da orientada, tirar a roupa, pedir água e outros que ocorrem de forma inesperada por parte de pacientes.

Durante as observações, ficou evidente que alguns residentes preferem não se aproximar das pacientes quando estas estão cercadas por outras pessoas, tais como, estagiários de fisioterapia e enfermagem, dirigindo-se a elas apenas quando podem permanecer a sós com elas.

Outros aderem à impessoalidade da relação com a paciente, negando ou ignorando a importância do respeito à privacidade e priorizando a relação com os demais, rindo e conversando sobre os mais diversos assuntos, às vezes usando jargão médico ou expressões que têm significado conhecido apenas para eles, parecendo esquecer que estão em um ambiente de trabalho ou diante de pessoas leigas como as parturientes, chegando mesmo a comentar nesta situação sobre casos de outras pacientes.

Risos e piadas não são incomuns ao falarem sobre algumas situações. A respeito disto, um dos residentes que ria muito comentou que tinha de rir para não enlouquecer. Parece tratar-se aqui do que Videla (1998) entende como uma defesa maníaca contra as ansiedades despertadas pelo desenvolvimento do trabalho estressante em instituições de saúde.

Com relação às pacientes, poucos são os residentes que percebem suas inibições e quebram a regra e a “naturalidade” da falta de privacidade, pedindo licença aos demais e fechando as cortinas existentes junto aos leitos na sala de pré-parto para examiná-las. Outros, no entanto, têm o cuidado de cobrir as pacientes com lençóis após os exames, mas isto não é uma regra.

Como estes casos constituem-se em exceções, fica evidenciado o que Videla (1997) denunciou como uma dissociação, por parte dos residentes, do corpo e órgãos

genitais das mulheres, das pessoas com sentimentos e pudores que elas são. Atitude esta, proveniente da formação acadêmica com cadáveres ou seguindo o modelo cirúrgico, onde o médico atua no paciente anestesiado, conforme lembraram Canella e Maldonado (1988) e da banalização do manuseio dos corpos impostos como forma defensiva, repressiva e dessexualizante.

Sobre este tema lembrado pelos autores acima a respeito da forma dessexualizada como são manuseados e olhados os corpos das parturientes, chamou a atenção que dois residentes homens salientaram durante a entrevista com a pesquisadora que eles sabem separar bem as questões sexuais das profissionais, denunciando uma preocupação em deixar claro que os corpos e os genitais desnudos das pacientes são vistos por eles apenas como objetos de trabalho, mantendo a ordem repressiva necessária para o desempenho ético de suas funções.

6- Quando se aproxima o momento do nascimento

De uma forma geral, todos os residentes ficam mais perto das pacientes, permanecendo ao seu lado, quando o nascimento se aproxima. Eles as orientam em como fazer força para ajudar o bebê a descer. Nestes momentos, as reações observadas são as mais diversas, tanto as reações das pacientes quanto as dos residentes. Nos casos observados, as pacientes que tiveram um pré-parto relativamente tranquilo, suportando bem as dores, tenderam a seguir assim, embora nesta etapa do trabalho de parto as dores se intensifiquem e fiquem mais próximas umas das outras e, apesar dos toques vaginais precisarem ser feitos com mais frequência neste período para avahar a dilatação e a altura do bebê.

As pacientes mais ansiosas, por sua vez, costumam exacerbar seus gritos e pedidos de ajuda. Algumas tendem a pedir para os médicos para finalizarem tudo logo,

como se deles dependesse este desfecho, outras, bem ac contrário, parecem querer estancar o processo provavelmente com medo do que virá.

Os residentes nestes momentos ficam atentos a todos os sinais fisiológicos e diferem bastante entre si em sua relação com as pacientes. Quando as parturientes estão tranquilas, eles se fixam nas orientações objetivas de como fazer a força. No caso das pacientes ansiosas e agitadas, alguns tentam acalmá-las fazendo-as lembrar dos partos anteriores, quando são múltiparas; ou incentivam-nas dizendo que fizeram tudo certo até aqui e que falta pouco agora, quando demonstram não ter mais forças, achando que não vão conseguir; outros ameaçam, quando a paciente reclama de dores durante os toques finais:

- **“Eu estou tentando te ajudar. Se tu não quiseres, eu paro!”**

Outra residente reagiu com assertividade aos gritos e comentários da paciente que dizia:

- *“Que é isso, meu Deus? Como eu estou descontrolada!”*

A residente pegou seu rosto, olhou nos olhos da paciente, pediu-lhe que olhasse para ela e explicou como deveria fazer a respiração e a força. Foi o que a paciente conseguiu fazer, evoluindo melhor e com mais rapidez.

Uma paciente temerosa, cujo parto anterior havia sido cesariana, e que parecia com medo de fazer força, teve no estímulo e aprovação do residente, o incentivo e a coragem para as forças finais:

- **“Muito bem, jóia, é isto aí! Tá muito bem, continua assim! Como é mesmo o nome do nenê?”**

- *“Pedro”,* respondeu a paciente ofegante.

- **“Então, isto! Continua assim que logo a gente vai ver o Pedro”.**

Outro recurso utilizado nestes momentos finais do pré-parto é apelar explicitamente para a colaboração da paciente. Muitos residentes, porém, parecem entrar em ansiedade junto com as pacientes e se irritam quando elas não conseguem ouvi-los, aumentando o tom de voz durante as orientações, ou criticando-as dirigindo-se a quem está próximo ao leito:

- **“Ela não sabe fazer força!”**
- **“Assim não vai dar!”**
- **“Este bebê vai nascer sozinho, porque a mãe não está fazendo nada para ajudar!”**

Este tipo de afirmações muitas vezes aumenta o clima de tensão e agitação, tanto da parturiente quanto do médico residente.

Em alguns casos, porém, as pacientes se comportam de forma humildade, parecendo submissas, atendendo a todas as orientações sem questionamentos ou queixas, havendo uma relativa aceitação das ordens médicas mesmo que dadas com visível ou audível irritação e o trabalho evolui mesmo assim. Parece predominar aqui a hierarquia socialmente estabelecida e aceita do médico como detentor do poder. Da mesma forma, o médico residente que age de forma autoritária, parece fazê-lo, baseado nesta certeza de poder e como forma de garantir a execução de sua tarefa.

7- Reações às secreções das parturientes

Durante o trabalho de parto, muitas pacientes vomitam, urinam ou evacuam no leito durante as contrações ou toques. De uma forma geral, elas ficam bastante constrangidas, já que muitas vezes há outras pessoas assistindo e elas se desculpem ou tentam impedir que isto aconteça sem sucesso.

Pode-se observar que os residentes costumam acolher este fato com naturalidade, dizendo a elas que não tem importância, que é melhor para elas ou explicam que é em função das contrações. Algumas vezes é inevitável a manifestação facial de repugnância, mas a postura deles costuma ser de aceitação.

Para eles, lidar com excrementos e reconhecer os mais diversos odores parece mais tranquilo do que lidar com as reações emocionais das pacientes, para o que, conforme verbalizaram explicitamente nos Grupos de Reflexão, não se sentem preparados.

Aqui vale lembrar o que Clavreul (1983) e Zimmerman (1992) afirmam a respeito das motivações inconscientes para a escolha da Medicina, como forma de poder sublimar impulsos primitivos, satisfazendo-os de forma aceitável e útil para a sociedade, como forma de explicação para esta naturalidade, além do treino para tal durante a formação acadêmica.

Quando a paciente está “total”, ou seja, quando apresenta dez centímetros de dilatação vaginal e o bebê está descendo, geralmente o médico residente grita: “Mesa!”, senha a partir da qual a enfermagem se organiza preparando a sala, ajudando o médico com sua indumentária e instrumentos, vindo buscar a paciente no leito.

Dos 32 partos observados, apenas em dois casos observou-se que o residente esclareceu para a paciente o que iria acontecer nos momentos seguintes. Quando se dão conta que vão ter de ir caminhando até a sala de partos conforme rotina do Centro Obstétrico e embora o corredor seja relativamente pequeno, muitas pacientes verbalizam julgar que não vão conseguir e manifestam medo de que a criança nasça ali. Neste momento, as pacientes ficam sujeitas ao estado de humor das diferentes técnicas de enfermagem que as encaminham até a sala de partos. Com raras exceções, elas são

conduzidas por residentes, que também apresentam condutas diversificadas com relação às mesmas. Podem se mostrar encorajadores ou, por outro lado, impacientes, como em um caso observado em que a paciente parou no corredor, dizendo:

- “*Ai, não vai dar!*” e o residente pegando-a firme pelo braço, conduzindo-a até a sala, disse:

- “**Vai dar, sim!**”.

Nesta etapa, onde o processo do parto se encaminha para o final, os médicos residentes não escondem o alívio, chegando a verbalizar: - “**Beleza!**”. Em entrevista, um residente comentou que geralmente quando a paciente é encaminhada à mesa é porque o pior já passou, agora é só ajudar o bebê a sair. Na prática, porém, nem sempre é assim que ocorre.

8- O momento do nascimento

Ao chegar à sala de partos, as pacientes geralmente estão muito tensas não só pela intensificação da dor, como também pela iminência da expulsão do bebê, fato ansiogênico que suscita muitas fantasias como a de “ser rasgada”, de “partir no meio”, conforme verbalizações das mesmas. Algumas pacientes parecendo tranquilas ou dependentes, caladas e concentradas nesses momentos acatam todas as orientações que lhe são dadas. Outras, mais ansiosas agitam-se, colocam as mãos sobre os campos²⁶, mexem-se, parecem não ouvir o que lhe dizem. Estas são as que requerem mais intervenções e suscitam as mais diversas reações.

²⁶ Campos- denominação dada aos lençóis e panos esterilizados, utilizados na sala de parto, para cobrir a paciente, isolar a região genital e receber o feto quando nasce. Sua principal função é evitar infecções para a mulher e para o bebê.

De uma forma geral, são as enfermeiras ou técnicas que se encarregam das *orientações à paciente* neste momento, conversando com elas, dizendo como devem proceder, onde colocar as mãos, como fazer força e como respirar. Os residentes concentram-se bastante no ato fisiológico do nascimento, na dilatação, no momento de aplicar a anestesia e fazer a episiotomia. Alguns, porém, geralmente os que tinham mantido um contato mais próximo com a paciente no pré-parto, auxiliam nas orientações, explicam tudo o que estão fazendo. Outros não falam com a paciente, limitando-se a responder algumas perguntas, outros nem sequer as respondem.

Como foi comentado anteriormente, quando há presença de doutorandos, alguns residentes podem priorizar a interação que promova o ensino, ou conversam com outro residente presente na sala sobre férias, troca de plantão, a última aula com o preceptor, a película que quer colocar no vidro do carro. Todas atitudes que parecem provir da necessidade de defesa diante da tensão do momento ou, ao contrário, da banalização deste momento que se repete inúmeras vezes na vida dos residentes.

Como foi afirmado acima, a relação entre médico residente e parturiente parece ser especificamente uma continuidade da relação estabelecida no pré-parto. Além das próprias expectativas e sentimento de responsabilidade para que tudo corra bem para a mãe e para a criança, se o residente pressente que vai haver alguma dificuldade, devido ao estado emocional da paciente, pode reagir diferentemente de acordo com suas características. Pode, por exemplo, irritar-se quando a mãe põe a mão nos campos esterilizados gritando:

- **“Não bota a mão aí!”**, ou explicar:

- **“Isto aqui é para proteger o teu bebê de pegar alguma infecção, por isso ninguém pode botar a mão aqui, tá?”**

Pode solicitar mais de uma vez, se necessário, para que a mãe chegue mais para baixo, ou, como foi observado, puxar ríspidamente o corpo da mãe. Pode solicitar que relaxe as pernas e as abra, pode reclamar para a enfermeira que ela não abre as pernas, para que ela tome providências ou pode solicitar ainda que ela relaxe, porque ele precisa visualizar bem o nenê.

Nestes momentos, já na sala de partos, próximos à saída do bebê, as pacientes costumam gritar, tanto mais, quanto maior a sua ansiedade ou dificuldade no momento da expulsão. A reação dos residentes também varia, mas em geral, os gritos deixam toda a equipe envolvida na assistência ao parto muito agitada. Alguns residentes olham para a paciente como que censurando, mas nada falam; outros dizem que não adianta ela gritar; outros orientam para que use esse fôlego para fazer força.

Num parto observado, a R1 Anita estava visivelmente irritada com a parturiente que estava agitada, gritando muito e que em determinado momento pediu água. Anita então disse:

- “É claro que deves estar com sede, ficas aí gritando, forçando tua garganta! Estás fazendo a força errada, gastando teu fôlego!”

A paciente então se voltou para o R2 Alberto que estava a seu lado acompanhando-a e orientando-a e lhe pediu desculpas pelos gritos, explicando-lhe que gritava porque doía. Ele respondeu:

- “Não é nem pelos gritos, o problema é a oxigenação do teu bebê. Tenta fechar a boca, trancar a respiração e fazer força bem forte lá embaixo...”

Houve então dois tipos de intervenção bem diferentes, emitidos por dois residentes na mesma situação, que exemplificam diferentes estilos pessoais. A R1 parecia mais ansiosa e o R2 bem mais tranqüilo, conseguindo objetivar um pouco mais a situação, direcionando os gritos, transformando-os em força necessária para o

nascimento do bebê, agindo com firmeza e tranquilidade, conseguindo controlar a situação. A R1, com sua atitude repressiva provavelmente não chegaria ao mesmo resultado, redundando em mais dificuldades para ambas.

Com relação à *anestesia* e à *episiotomia*, também pode-se notar a diferença de atitudes do residente em interação com a parturiente. De uma forma geral, eles comunicam o que estão fazendo, com exceção daqueles que se portam totalmente distanciados da parturiente, deixando para a enfermeira os esclarecimentos necessários. Algumas pacientes fazem perguntas, que por eles são respondidas ou pela enfermeira. Alguns residentes mais empáticos com as pacientes dizem a elas, inclusive, que se continuarem a sentir dor que eles podem anestesiá-las mais. Dos 32 partos observados, em apenas um a paciente não recebeu anestesia para a episiotomia, pois o bebê já estava saindo.

A episiotomia é uma regra e, tal como outros procedimentos, pode ser antecipada e informada às parturientes pelos residentes ou enfermeiras. Pode ser um momento de tensão para o médico residente se este não tem muita experiência, se está se sentindo observado por um doutorando ou médico da equipe, se a tesoura não se apresenta em condições adequadas, falhando no momento da incisão ou, por exemplo, se o bebê está muito próximo.

Devido à importância do momento do nascimento, em que o bebê não pode ficar muito tempo no canal, há uma ansiedade geral que toma conta da equipe. As técnicas de enfermagem e a enfermeira estimulam a mãe a fazer força. O médico residente pode também orientar, ou pode não interferir. Como no exemplo acima, pode acontecer também de outro residente estimular e orientar a paciente.

Em casos de impasse, tais como quando a mãe alega não ter forças, ou não consegue aprender como fazer a força, ou quando o bebê é grande, ou quando a mãe se

nega a fazer força numa tentativa de detenção do processo de expulsão e, as intervenções do médico e das enfermeiras não são suficientes ou adequadas, é que surge a necessidade do uso da manobra de Kristeller, procedimento este para cuja realização geralmente são chamados outros residentes.

Algumas vezes, o braço do residente funciona como estímulo sensorial para que a paciente faça a força na direção certa. Em outras, torna-se mesmo um auxílio mecânico para a expulsão. De uma forma geral, médicos residentes e enfermeiras explicam o que vão fazer.

- **“Eu vou te ajudar. Vou empurrar aqui. Tu também fazes força. Vamos nós dois agora!”**

Algumas pacientes gritam ao sentir a pressão e se contrapõem verbalmente a ela como a paciente que disse:

- *“Não! Vai rebentar tudo aí dentro!”*

Muitas tentam fazer força de novo, talvez ameaçadas pela manobra e conseguem numa força definitiva expulsar o bebê. Outras não conseguem e são sujeitadas à manobra, sempre realizada em clima de muita tensão e apreensão, tanto para as pacientes quanto para os residentes, o que se pode perceber pela troca de olhares entre si, diálogos técnicos e às vezes por falarem sozinhos, por transpirarem, agindo com movimentos rápidos.

Sobre este tema vale ressaltar que o clima de tensão acima descrito parece provir do fato de os médicos residentes certamente conhecerem os riscos envolvidos neste tipo de intervenção, tais como os citados por Rezende (1995), quais sejam; risco de produzir deslocamento da placenta, roturas uterinas, roturas do fígado da parturiente ou lesões encefálicas no feto.

Outro fator que parece despertar bastante ansiedade, visível nos olhos e movimentos trêmulos e rápidos dos residentes é quando o bebê apresenta circular de cordão²⁷, exigindo manobras certas para que o nenê nasça bem. Além da própria exigência e responsabilidade pelo êxito nestes momentos, os residentes muitas vezes são pressionados pelo silêncio, olhares e movimentos dos residentes em pediatria que olham repetidamente o relógio na parede e preparam o oxigênio para receber o bebê. Algumas vezes, as mães também percebem e gritam:

- “*Ele está roxo! O nenê está roxo, ai meu Deus!*”, aumentando a pressão emocional nestes momentos.

Quando tudo corre bem, é visível o alívio dos residentes que verbalizam:

- “**Viu, deu tudo certo!**”, ou

- “**Pronto, nasceu!**”, falando para a paciente e muito provavelmente para si mesmos.

Enquanto continuam a atender a paciente, preparando-se para a dequitação ou sutura, os residentes costumam olhar muitas vezes para o bebê, como para ter certeza de que ele está bem. Quando constatarem que está tudo bem, alguns chegam a emitir suspiros e sorrisos, comentam com a mãe sobre o tamanho do bebê, cor de cabelos. Outros ficam mais reservados, mas atentos ao bebê.

No caso de haver algum *problema com o bebê*, o *stress* é evidente em toda a equipe, mas o residente, em especial, demonstra muita angústia. Num parto observado, o R1 Júlio recém começando sua residência, estava bastante inseguro porque o parto estava sendo difícil e porque havia o acompanhamento da médica do *staff*, bastante firme em suas orientações para ele, tendo em determinado momento solicitado ao R2,

²⁷ Circular de cordão – Posição anômala do cordão umbilical, em torno do eixo do feto. Pode se localizar no entorno do pescoço, do tórax ou dos membros. Ocorre em 20/25% dos partos, são propiciados pelo comprimento exagerado do cordão, a prematuridade e o excesso de líquido amniótico; apontado com um dos principais fatores de natimortalidade e de depressão neonatal. (Rezende, 1995, p. 811).

Alberto, também presente, que ajudasse Júlio. Alberto não o fez, sem justificar porquê, limitando-se a acompanhar e orientar a paciente.

Júlio tinha as mãos visivelmente trêmulas e gestos lentos, sendo a todo instante apressado pela médica que dizia:

- “Vamos fazer como se fosse urgente!”, talvez numa tentativa de acalmá-lo.

O fato é que o bebê apresentou circular de cordão, aumentando a ansiedade do residente, que demorou um pouco para se desvencilhar do cordão em torno do pescoço do bebê, que nasceu roxo, calado, hipotônico e de olhos fechados e foi imediatamente entregue aos cuidados da pediatria ali presente.

Durante a sutura da episiotomia, Júlio percebeu o estado do bebê, parou o que estava fazendo, franziu a testa, ficou olhando para o bebê inerte, olhou para a mãe, olhou para a observadora e de novo atentamente para o bebê, que finalmente esboçou um tímido choro, que parecia mais um gemido. Quando Júlio ouviu o bebê, voltou para a sua atividade, cantarolando baixinho.

A residente de pediatria explicou à mãe que o bebê estava cansado, porque havia demorado a respirar, que estava com o cordão no pescoço, mas que já estava bem. Estas palavras foram atentamente ouvidas pelo residente, que após o parto ainda demonstrou preocupação e certo sentimento de culpa, quando comentou com um doutorando que gostaria de fazer outro curso de reanimação neonatal e quando foi à sala de primeiros cuidados ter notícias do bebê.

Sobre esta situação chamou a atenção da observadora que, quando Júlio foi até a sala de primeiros cuidados se informar sobre o bebê, a técnica de enfermagem disse-lhe que ele estava bem, dormindo e tranquilo, ao que o residente reagiu com visível alívio, desfazendo a tensão no rosto, verbalizando “Ainda bem!” e saindo da sala cantarolando. Quando o residente saiu, no entanto, a técnica voltou-se para a observadora e colocou

sua preocupação com o bebê que ela achava deveria estar na UTI, só não tendo sido encaminhado por falta de vaga; que o bebê necessitava de respirador e que os profissionais da UTI eram “fogo”, por não darem um jeito de atendê-lo: se isso não acontecesse, o bebê poderia apresentar seqüelas neurológicas graves.

O bebê foi realmente encaminhado à UTI mais tarde, sem que o residente fosse informado. Fica então o questionamento do que se passou nesta situação. Inevitável, recorrer à Videla (1997), que cita os pactos de silêncio entre os profissionais de saúde, bem como a hierarquia entre as profissionais de enfermagem e os médicos, muitas vezes reforçada por atitudes como esta da técnica de enfermagem, que deslocou sua irritação para as colegas da UTI, numa atitude de proteção ao médico.

Outras complicações são passíveis de acontecer, mesmo que todo o processo tenha andado normalmente até esta etapa. É o caso de uma ruptura de útero, situação a ser descrita adiante, ou quando acontece a necessidade de uma curetagem ou raspagem de útero para a retirada da placenta que não saiu normalmente.

Em dois casos observados, o residente e a paciente mostraram-se claramente aborrecidos com o fato de o parto não ter evoluído normalmente, tendo sido necessária uma curetagem. As pacientes, porque imaginavam que iam sentir mais dor, além das já sentidas nas manobras realizadas na tentativa da retirada total da placenta. Os residentes, por parecerem considerar como falta sua o ocorrido, geralmente ficando muito sérios, silenciosos, sacudindo a cabeça negativamente, chamando algum colega para verificar e, após a constatação da indicação de curetagem e encaminhamento para o Centro Cirúrgico, é sempre visivelmente contrariados que o fazem. Nos dois casos observados, eles explicaram à paciente o que estava acontecendo e os passos seguintes. Fizeram questão de acompanhá-las até que tudo ficasse bem.

A *sutura da episiotomia* é geralmente um momento desagradável para a paciente, pois ela demonstra sentir dor, apesar da anestesia. Uma paciente verbalizou:

- *“Ai! Dói mais pontear do que ganhar o nenê!”*

Muitas vezes, a sutura é realizada por outra pessoa que não a que realizou o parto, podendo ser um doutorando que está aprendendo ou um outro residente. Por uma questão de ordem dos acontecimentos, geralmente coincide com a sutura o momento em que os residentes de pediatria terminaram os primeiros atendimentos ao bebê e o entregam à mãe, para que ela o veja com mais calma e proximidade, colocando-o no colo dela. Dependendo do estado físico da mãe, muitas vezes este primeiro contato fica prejudicado, já que se está sentindo muita dor ou, se tem medo, mostra-se pouco disponível para este primeiro contato com o bebê.

Nos partos observados, algumas profissionais da enfermagem demonstraram habilidade em promover este primeiro contato, mesmo que as mães ainda se mostrassem muito introspectivas e desinteressadas pelos bebês. Outras, no entanto, mostraram-se inadequadas, insistindo no contato ou amamentação, criticando-as às vezes, quando a mãe não se mostrava disponível por diversas razões, entre elas, por ter tido um trabalho difícil de parto ou por se sentirem doloridas naquele momento em que estão sendo suturadas.

De maneira geral, porém, o que se pode notar é que geralmente quando a mãe foi bem acolhida em seu parto, recebe bem o seu bebê, fato que é tema de estudo de Klaus e Kennel (1993) e Odent (2000) e que em suas pesquisas constataram a importância do ambiente continente para a mãe para que ela possa da mesma forma receber seu filho e, com ele, estabelecer um vínculo mais rapidamente afetivo.

Um fato que chama a atenção em relação aos residentes é que eles não se envolvem nesta vinculação ou na tentativa de amamentação, deixando esta tarefa

explicitamente para as profissionais da enfermagem, denotando a fragmentação das tarefas citada por Silva (1994).

Após a retirada do bebê para a sala de primeiros cuidados, geralmente há um esvaziamento da sala de partos, ficando apenas a paciente, o residente e eventualmente algum doutorando. É um momento mais tranquilo e silencioso, onde às vezes residente e paciente desenvolvem um diálogo ou simplesmente permanecem em silêncio. Paciente relaxando e residente concentrado em sua atividade, suturando a episiotomia. Costuma ser o momento em que algumas pacientes se explicam e se desculparam por terem gritado, outras agradecem e comentam o atendimento, outras conversam com o médico.

Para os residentes, de forma geral, este parece um momento de bastante tranquilidade, principalmente quando o parto ocorreu dentro do esperado. Pode-se observar que muitos se mostram visivelmente descontraídos neste momento, em oposição aos momentos anteriores até a saída do bebê, onde alguns cantarolam, assobiam, conversam com a equipe presente na sala ou com a paciente.

A familiaridade com o procedimento e objetividade que ele requer, bem como a sensação de missão cumprida com a conseqüente redução da demanda da eficácia técnica urgente e da pressão e exigência emocionais são as hipóteses da pesquisadora levantadas como causas para a tranquilidade nesta etapa.

Durante a observação dos partos, em duas oportunidades diferentes, dois residentes diferentes se desculparam com as pacientes durante a episiotomia, reconhecendo ou que precisavam aplicar mais anestesia ou reconhecendo uma falha, dizendo:

- **“Desculpe, foi barbeiragem minha!”**, numa atitude de humildade e respeito. Ambos residentes tinham desenvolvido uma relação muito próxima com as pacientes desde o pré-parto.

No final do parto, há a necessidade de um toque retal para a verificação dos pontos, que sempre é informado à paciente, independentemente da qualidade da interação com ela estabelecida. Após este toque, os residentes se preparam para sair da sala, descartando agulhas, fios e seringa utilizados, tirando o avental e luvas. Alguns saem da sala sem se dirigir à paciente, outros dizem: **“Parabéns!”** de forma automática e outros, mais próximos, retiram as pernas às vezes dormentes da paciente dos suportes, comentando que as técnicas de enfermagem virão buscá-las. Uma residente chegou mesmo a massagear as pernas da paciente antes de sair da sala.

Nem todos os casos, porém, seguem uma sequência lógica e padronizada, como visto nesta descrição. Podem ocorrer outras situações como, por exemplo, que após o acompanhamento da paciente por algumas horas, surja indicação de parto cesariana, sendo a paciente encaminhada para a equipe do Centro Cirúrgico. Os residentes do Centro Obstétrico e do Centro Cirúrgico trocam então informações sobre as pacientes.

Outras situações inusitadas, porém típicas de um Centro Obstétrico que atende emergências podem ocorrer como a chegada de uma paciente já em período expulsivo, ou seja, com o bebê já nascendo. Foi observado um parto assim que precisou ser atendido em um leito do pré-parto, pois as duas salas de parto estavam ocupadas. O residente iniciante Geraldo que estava na Sala de Admissão e fez a triagem com ela, constatou o nascimento iminente, teve de subir ao Centro Obstétrico e atendê-la, já que os outros dois residentes estavam ocupados realizando outros dois partos. Geraldo, porém, demonstrou tranquilidade, apesar da urgência e das condições adversas.

Em outra ocasião, o residente Júlio acompanhava uma paciente primigesta que chegou com apenas três centímetros de dilatação vaginal, medida considerada inicial dentro do processo do parto, embora demonstrasse estar sentindo fortes contrações. Apresentou-se, deu algumas orientações, afastou-se para ver outras pacientes e fazer

alguns registros. Pouco tempo depois, ouviu um grito abafado e foi até o leito da paciente, ficando imediatamente ofegante e com o rosto avermelhado ao perceber que o bebê já estava com toda a cabeça para fora do canal vaginal. A mãe, sentada na cama, pernas abertas, nada dizia. O residente falava sozinho, enquanto colocava as luvas:

- **“Será que eu levo pra mesa ou termino aqui?”**

Optou por tirar o bebê ali. Forrou a cama com campos esterilizados, pediu à paciente que fizesse um pouco mais de força, ajudou-a puxando o bebê que era pequeno e prematuro que logo saiu, chorando e bem. O residente até ali sério, silencioso e enrubescido, ficou visivelmente aliviado após examinar a paciente e constatar que não havia acontecido nenhuma laceração²⁸. Examinando novamente, disse olhando no rosto da paciente: .

- **“Podia ter lacerado tudo, já pensou? Tá tudo bem, viu?”**

A paciente foi então encaminhada à mesa para dequitação, onde recebeu da R2 Anita, as informações sobre seu bebê:

- **“Teu bebê tá bem, viu? Ele só vai ficar lá no berçário, porque ele é muito novinho e precisa amadurecer o pulmãozinho. Pesou 1770 g. Mas ele está muito bem, tá? Depois tu vais poder ir lá ver ele”.**

A paciente só ouvia em silêncio. O R1 quis então saber porque a paciente não havia chamado, ao que ela respondeu:

- *“Ah, eu senti umas coisas lá embaixo, mas achei que era assim mesmo”.*

Em entrevista posterior, o residente mostrou-se preocupado, verbalizando sentimento de culpa, achando que tinha falhado em sua atenção, que a paciente estava ali para ser atendida do melhor modo possível, e que ela havia ganhado o bebê, praticamente sozinha.

²⁸ Laceração: ruptura da musculatura do canal vaginal

Note-se aqui que a paciente estava tranqüila, verbalizando que em sua família as mulheres ganham filho de maneira fácil e rápida. O *stress* maior foi do residente que se criticou e se culpou por não cumprir seu papel da forma como a instituição médico-hospitalar exige.

Além das pressões internas advindas das exigências dos próprios residentes, as *pressões externas* advindas da equipe, dos colegas e do próprio sistema institucional, no Centro Obstétrico os residentes sofrem outras pressões concretas e maciças, de alguns familiares das parturientes. Impedidos pela instituição de poderem acompanhar as pacientes, os familiares batem à porta com frequência ou telefonam insistentemente para saberem notícias das parturientes e às vezes para fazerem ameaças explícitas sobre desfechos inesperados.

Em alguns casos ainda, as pacientes atendidas são amigas ou familiares de funcionárias da maternidade, que entram no Centro Obstétrico e as acompanham, dando sua opinião sobre o encaminhamento do trabalho de parto, muitas vezes na expectativa de uma cesárea. Parece haver um clima de desconfiança em relação aos residentes por parte das funcionárias que os chamam de “esses moços”, “esses guris”, “esses estudantes”. Esta pressão é mais sutil, pois as pessoas, profissionais da enfermagem e da limpeza nunca falam diretamente com os médicos residentes, apenas entre si, ficando um clima de tensão e pressão indireta, através de olhares ou conversas em voz baixa pelos corredores.

Independentemente das pressões e dificuldades, muitos dos residentes demonstram prazer em trabalhar no Centro Obstétrico, verbalizando em entrevista que gostam desta movimentação, pois “não tem monotonia”; que a obstetrícia lhes proporciona trabalhar com vida e não com doenças; que “o que se faz dá certo”; “é lindo conseguir tirar o bebezinho, tem emoção, adrenalina!”

Vale ressaltar também o grande apego que alguns residentes, homens e mulheres, demonstram em relação aos bebês, não sendo raro vê-los andando pelo corredor com os bebês no colo, admirando-os, conversando com eles. Certa vez, a residente Anita levou um bebê que acabara de nascer para o pré-parto para mostrar às parturientes:

- **“Olhem, daqui a pouco vocês vão estar com o de vocês aqui também!”**

Outra vez, um bebê de oito meses, sobrinho de uma funcionária foi visitar o R2 Charles, de plantão na sala de partos, que ficou surpreso e emocionado, brincando com a criança.

Fato curioso, no entanto, é o distanciamento entre os residentes e as pacientes durante o pós-parto. Independentemente do tipo de interação que tenham mantido durante o pré-parto e o parto, no pós-parto, enquanto as pacientes aguardam serem removidas para o alojamento conjunto, dificilmente os médicos residentes se aproximam das pacientes, a menos que sejam solicitados por alguma emergência, o que não é muito comum. As puérperas ficam mais aos cuidados do pessoal da enfermagem. Embora em entrevista tenham verbalizado sensação de alívio e dever cumprido, principalmente quando tudo corre bem, os residentes agem como se tivessem perdido o interesse ou delas quisessem se afastar para “esquecer” sua própria vivência íntima até este momento.

Clavreul (1983) qualifica como fóbica esta posição dos médicos. Depois de realizado o diagnóstico e aviar a receita (no caso aqui, realizar o parto), o médico volta-se para os outros pacientes. *“Assim que é identificada, a doença não mais o interessa, e é alhures o que vai procurar o novo objeto (...) a doença é a causa deste interesse”* (p.117-118). Com esta afirmação, Clavreul destaca o interesse dos médicos mais pela doença ou fenômenos somáticos do que pelas pessoas com quem estão se relacionando.

Seguem-se situações ilustrativas que, dentre os partos observados mereceram destaque pois envolveram muito *stress* ou emoção.

Situações inusitadas

Embora todos os partos observados merecessem análise específica pela riqueza de dados no que se refere às reações emocionais dos médicos residentes em interação com as parturientes, algumas situações em particular serão descritas, analisadas e discutidas.

Estas situações foram selecionadas por se constituírem em situações inusitadas que, embora fujam um pouco à rotina da maternidade, pois demandam decisões rápidas que envolvem muito *stress* da equipe, ilustram as circunstâncias às quais os residentes estão sujeitos em seu trabalho, como também, o contexto de possibilidades interacionais dentro da realidade do Centro Obstétrico.

Ainda que a participação de doutorandos e das profissionais da enfermagem seja sempre significativa, a ênfase será direcionada aos dados observados na interação dos médicos residentes com as parturientes, seguindo os objetivos do presente estudo.

1 - A manhã do horror

Ao iniciar a observação numa manhã de sexta-feira, o Centro Obstétrico estava particularmente movimentado, com cinco pacientes no pré-parto, muitos doutorandos e uma técnica de enfermagem que, naquele dia, se mostrava muito mal-humorada. Os residentes Charles (R1) e Renato (R2) trabalhavam exaustivamente e trocavam idéias e informações seguidamente.

Importante é ressaltar que os acompanhamentos durante o pré-parto e os partos desta manhã serão relatados um por um, mas na realidade, os exames e intervenções com todas as pacientes ocorreram praticamente de forma simultânea, ficando os residentes encarregados de diferentes pacientes, apenas atuando em conjunto nos momentos mais críticos.

O clima no Centro Obstétrico era de tensão geral em função de dois fatos principais. O primeiro era uma paciente adolescente muito delicada de 16 anos cujo nome fictício será Paula, internada há mais de 24 horas, com a possibilidade de intervenção cesariana indicada por um médico do *staff*. Como o trabalho de parto seguia normal, a menina continuava no Centro Obstétrico aguardando. A família, porém, estava muito ansiosa e havia ameaçado a equipe de que, se algo acontecesse com a paciente, “a cobra ia fumar”. A paciente, então, passou a ser referida por toda a equipe como “a da cobra”, com certa ironia e indignação.

No relacionamento com a paciente, porém, estas reações não apareciam, todos a tratavam gentilmente, pois não havia razão aparente para hostilizá-la, já que se mostrava calma e cordata. Outra razão que pode ser apontada como responsável por este comportamento da equipe é o medo das ameaças dos familiares. Ou ainda, ambas as razões poderiam concorrer para que a equipe a estivesse tratando bem.

O segundo motivo de tensão era uma paciente primigesta muito alta, robusta, pés grosseiros como de quem lida na roça, doravante chamada Ana, que estava gritando muito a cada contração e protestando contra a agulha que lhe injetava o soro. Seus gritos eram sempre muito altos, ficava quase todo tempo nua e só se acalmava quando alguém se aproximava dela. Queria tirar o escalpe²⁹ a todo custo e tinha dificuldade de ouvir o que os residentes ou a enfermeira lhe falavam.

Os dois residentes estavam visivelmente irritados com esta paciente, indo várias vezes até o leito para tentar acalmá-la, mas a cada vez usando um tom mais alto de voz e se irritando com suas respostas.

- **“Vamos parar com isto, moça! Vamos colaborar? Gritar não ajuda em nada, só atrapalha. Faça o favor, sim? Tem outras mães aqui que não estão gritando. Por favor! Você não é mais criança!”**

No entanto, o pedido da paciente quanto ao escalpe não era ouvido e, mesmo que a enfermeira tentasse explicar a importância em permanecer com ele, Ana se revoltava, agitando-se muito no leito, virando-se bruscamente, não permanecendo do lado esquerdo, como tantas vezes foi recomendado. Fazia ameaças aos médicos, cada vez que eles se aproximavam para pedir-lhe que parasse de gritar, tais como:

- *“Daqui a pouco eu vou me matar, aí vocês vão ver!”*.

Um dos residentes parecia transtornado, estava pálido, com uma expressão de desagrado no rosto, tinha os olhos arregalados, sacudindo a cabeça negativamente a cada vez que interagia com a paciente. Após nova censura pelos gritos, a paciente ameaçou se jogar no chão, ao que um dos residentes respondeu que se o fizesse ninguém ia “juntá-la” (expressão regionalista que quer dizer levantá-la do chão), aumentando o clima de hostilidade entre eles e a paciente.

²⁹ Escalpe- agulha ligada a um cateter flexível para fluidoterapia

Enquanto Ana se comportava assim, as demais pacientes no pré-parto seguiam silenciosas, apenas gemendo a cada contração, algumas com olhos arregalados a cada grito de Ana.

Foi durante este clima que outra paciente, Carmem, precisou ser encaminhada à sala de partos, sendo acompanhada por um dos residentes e pela enfermeira. A enfermeira pediu que apenas dois doutorandos ficassem na sala, pois havia muitos deles ali, o que não foi muito bem recebido pelos estudantes que demoraram a sair da sala e quando saíram foi resmungando que o fizeram. A técnica de enfermagem que estava de mau humor confirmou:

- “É, quem não ajuda, não atrapalha”.

Este parto seguiu normalmente do ponto de vista fisiológico, porém, o clima era muito tenso e as atenções divididas, pois devido aos gritos da outra paciente na sala de pré-parto, perfeitamente audíveis ali, os residentes e a equipe de enfermagem faziam muitos comentários.

Parecendo querer amenizar a tensão, a técnica de enfermagem, começou a fazer brincadeiras com um dos residentes que atendiam o parto, e com um terceiro que chegou de outro setor até a porta da sala, fazendo também brincadeiras sobre o ambiente neste dia. Ele fez um gesto obsceno para a técnica e foi repreendido pela enfermeira, ao que ele respondeu:

- **“Já tem tanta coisa errada aqui, mesmo!”**

Enquanto o residente que estava atendendo Carmem fazia a sutura e a enfermeira colocava o bebê no colo da paciente, um tumulto lá fora chamou a atenção de todos. Ana, a paciente que gritava, havia arrancado o escalpe e tinha muito sangue espalhado pela cama, roupa e parede. O residente que tinha ido ver o que se passava ficou furioso. O outro saiu da sala de partos e se dirigiu à paciente, agora calada e meio assustada:

- **“Quero lhe dizer que isso que você fez é responsabilidade sua, toda sua, ouviu?”**

De volta à sala de partos, os dois residentes conversavam entre si diante de Carmem, manifestando verbalmente sua raiva.

- **“Dá vontade de mandar pra uma cesárea com dois R2, pra ver o que é bom!”**

- **“Com R2 não, com um R1 e um doutorando”.**

- **“É, pra ficar tudo bem torto!”.**

Terminado o parto de Carmem, os residentes voltaram a ver as demais parturientes. Ana estava mais silenciosa após o episódio do escalpe, pois dele havia se livrado. O R1 aproximou-se então e com tom de voz baixo e tranquilo disse-lhe que se ela queria se ajudar, ao invés de gritar usasse o ar para fazer força para baixo, que logo o nenê nasceria. Explicou-lhe que se colocasse o soro tudo ia mais rápido. Ela concordou silenciosamente, mas sempre com olhar desconfiado, meio parado. Ao final, não foi necessário, pois, ao exame, o residente constatou que ela já estava com a dilatação total e necessária para o nascimento do bebê.

Sempre em silêncio, Ana foi andando até a sala de partos e colocada na mesa. Tinha o olhar fixo no teto, ouvia o que lhe recomendavam, sem nada comentar ou perguntar. Ambos os residentes tinham agora um tom de voz mais brando e próximo. Ana deu à luz a uma menina, que chamou a atenção de todos por seu tamanho e por sua beleza. A paciente olhou para ela rapidamente e depois voltou fixar o olhar no teto.

Este comportamento leva a algumas hipóteses: ela estaria calma, seu silêncio era um sinal de hostilidade, já que não dirigia seu olhar para ninguém ou sua atitude estaria denotando algum tipo de perturbação emocional ? O fato é que com o silêncio da paciente, o ambiente foi ficando gradativamente mais calmo; os comentários diminuíram.

Durante a sutura da episiotomia, Ana apenas apertava os lábios demonstrando dor, mas continuava sem nada dizer. E assim permaneceu até o médico terminar tudo e sair da sala. Também nada respondeu quando ele lhe deu o tradicional “parabéns”.

Paralelamente a tudo isto Paula, a adolescente, continuava recebendo a atenção dos residentes. Ela se queixava muito de sede e cansaço. Como estava ali há muitas horas e em jejum, o residente Charles pediu para lhe aplicarem uma injeção de glicose.

A preocupação agora era com Joana, paciente com cesárea prévia há quinze anos, que passara de uma postura mais silenciosa no início, com alguns gemidos apenas para muitas queixas de dor. O residente Renato acompanhou-a mais de perto nos momentos que antecederiam o parto, sempre estimulando para que fizesse força para baixo. A cada toque ela se mostrava muito dolorida e queixosa. Devido a uma certa demora no trabalho de parto, a médica da equipe havia sido chamada e orientava o residente.

Encaminhada à mesa de parto, a paciente fez força várias vezes sem sucesso, o bebê não descia. Foram tomadas algumas medidas como o aumento da dosagem de ocitocina para que as contrações se tornassem mais efetivas, o que não ocorreu. O clima na sala era de tensão geral, com muitas trocas de olhares e movimentos rápidos. O residente Charles andava pela sala de um lado para o outro, olhando para o chão e para a paciente alternadamente. Tudo se passou rapidamente, mas aqueles minutos pareciam muito longos. A paciente gritava muito e fazia muita força, mas tudo em vão, pois o bebê não se mexia do lugar. Foi tentada uma manobra de Kristeller.

- “**Nem se mexe!**”, disse o residente Renato ofegante e transpirando. Charles verificou o Batimento Cardíaco Fetal por orientação da médica. Quando este não foi detectado, a médica disse aos residentes que a paciente deveria ser encaminhada ao Centro Cirúrgico e dirigindo-se à paciente disse:

- “Teu bebê vai ter que nascer de cesárea”, ao que a paciente atônita apenas respondeu:
- *“Ai, meu Deus! Tanto sofrimento pra isto!”*.

A médica dava orientações aos residentes para agilizar o Centro Cirúrgico, pois tudo tinha de ser rápido. Pelas expressões faciais e olhos de todos, dava para se prever alguma gravidade. Renato, que acompanhava o parto, seguiu com a médica e com a paciente para o Centro Cirúrgico. O R1 Charles ficou acompanhando Paula. Todas as atenções e preocupações, no entanto, estavam voltadas para o andar de cima, onde ocorria a cesariana.

Enquanto isto, Paula estava esgotada. Mesmo assim, era quieta, discreta, falava baixo. Dizia-se sem forças e não agüentar mais, mas fazia tudo como lhe orientavam. A equipe de enfermagem sabia que havia mecônio³⁰, e por isso torcia por uma cesariana, fato comentado pelos corredores e diretamente para o residente pela enfermeira e por uma técnica. Depois de aplicada uma injeção de glicose por indicação do residente, a enfermeira encaminhou-a para o banho, onde ficou bastante tempo. A médica que também a examinara, recomendou que ficasse de cócoras.

Apesar da lentidão, tudo se encaminhava para o parto normal. Parecia, porém, que havia três desafios os quais se impunham aos residentes: 1) provar para a família que tudo ia dar certo e, com parto normal, e que eles a haviam internado muito cedo desnecessariamente, apenas com dois centímetros de dilatação, o que não é a norma e que só aconteceu por insistência deles; 2) provar para o médico do *staff*, que concordou com a internação, que não havia indicação de cesárea e 3) provar para o pessoal de enfermagem que elas estavam enganadas também. Todas estas situações evidenciadas por comentários, gestos e trocas de olhares e sorrisos entre os residentes.

³⁰Mecônio- fezes do feto; sinal de sofrimento fetal intraútero(exceção dos partos onde o bebê se encontra sentado). Quanto mais denso for o líquido, maior a preocupação, pois se aspirado pelo bebê, a remoção do pulmão é de extrema dificuldade, podendo causar infecções fatais (Neme, p.142).

Quando finalmente chegou o momento de Paula ter seu bebê, continuou a se comportar como antes: cooperativa e corajosa. No entanto, pode-se questionar também se essa forma de reagir dever-se-ia ao medo de que ocorresse com ela o que houve com as outras naquela manhã, já que ela presenciou o ocorrido, ou à cooperação natural de uma personalidade mais tranqüila, ou porque estava tudo andando bem em seu trabalho de parto, apesar de lento ou por ela estar rodeada de atenção por parte tanto da enfermeira quanto do residente.

O problema era que toda a equipe estava ainda ansiosa e não conseguia conter os comentários sobre o parto anterior. Além disso, a todo instante chegavam notícias do Centro Cirúrgico trazidas por outros residentes. Primeiro, a informação de que houvera ruptura de útero, depois de que haveria histerectomia, depois que o bebê sofrera parada cardíaca e que provavelmente não sobreviveria.

O bebê de Paula nasceu com relativa tranqüilidade, tendo todo o processo corrido dentro dos padrões fisiológicos esperados e sendo apoiada pela equipe. Porém, mesmo que Paula não pudesse identificar alguns dos jargões médicos por todos utilizados, havia comentários como:

- **“Hoje é o dia!” ou “A bruxa está solta!”.**

O R2 Renato que acompanhava a cesárea de Joana desceu para ver se estava tudo certo com Paula. Ficou aliviado em saber que tinha saído tudo bem. Estava pálido e só se dirigiu ao R1 Charles, desviando o olhar dos demais.

Durante a sutura da episiotomia de Paula, Charles olhou várias vezes para o bebê e suspirou profundamente parecendo aliviado. Paula, por outro lado, reclamou durante a sutura de estar sentindo dor e comentou:

- *“Pontear dói mais que ganhar o nenê!”.*

No final do parto de Paula, Charles brincou com o nenê que estava muito bem, passou a mão nos cabelos de Paula, atitude incomum para este residente e lhe deu os parabéns. Paula pegou sua mão e lhe agradeceu. Ele, de costas, parecendo constrangido, respondeu:

- **“De nada!”**

Uma outra R2, que descera do Centro Cirúrgico e sabia de todo o clima, avisou à família de Paula por telefone que o bebê já havia nascido e que ambas estavam bem.

O residente Charles não se conteve e, quando o parto terminou, chamou a técnica de enfermagem que insistia na cesárea e disse:

- **“Ó, nasceu a cesárea, viu!”**. Ela apenas o olhou e riu.

Após todos estes acontecimentos, chegou ao Centro Obstétrico uma paciente com 23 semanas de gestação e, segundo a triagem realizada, com seis centímetros de dilatação para tentar inibição do trabalho de parto. Quando Charles foi examinar, no entanto, constatou que ela já apresentava oito centímetros de dilatação, o que identificava a inevitabilidade do nascimento prematuro. O residente, então, disse à paciente qual era sua situação e que o bebê tinha poucas chances de sobrevivência. A paciente começou a chorar. Ele se afastou e discutiu com a enfermeira se colocava soro ou não. Ela sugeriu que colocasse, já que ia nascer mesmo, mas pediu que só o fizesse após o almoço ou eles não teriam tempo para isto. Ele concordou. A técnica de enfermagem, começou a tentar brincar de novo com ele, mas desta vez ele não reagiu, permanecendo muito sério, calado e com olhos fixos no chão.

DISCUSSÃO

O título dado a este item, “Manhã do Horror”, já expressa em certa medida a discussão e análise que suscitam as situações descritas. De forma semelhante às relatadas em itens anteriores, embora de forma mais intensa, estas situações evidenciam vivências de amargura, desespero e impotência das quais a prática da Medicina é abundante, sendo que pouco ou nada se fala ou, quando se fala, nenhuma atitude é tomada, o que perpetua a ilusão da onipotência e do heroísmo como modelo profissional.

As cenas acima evidenciadas demonstram claramente situações de muito desgaste emocional e sofrimento, tanto para as pacientes atendidas quanto para a equipe e, em especial, para os médicos residentes, que têm a “missão” de lidar com estas circunstâncias sem preparo psicológico para tanto.

Diversos aspectos relacionados ao contexto contribuíram para o “horror”, entre eles as pressões externas representadas pela família de Paula, que excluída do atendimento, tentou se fazer presente de alguma forma, garantindo apoio à parturiente adolescente e inexperiente, transformando-se, porém, em elemento a um só tempo desafiador e persecutório para os residentes, os quais reagiam com evidente ambivalência, ironizando as ameaças da família, mantendo seu posicionamento técnico, mas fazendo de tudo para que ela ficasse bem.

Parece evidente que a forma como Paula se comportava, dócil e cordata, contribuiu em muito para que a equipe toda se comportasse com ela de forma atenciosa, porém parece que as ameaças da família podem também ter influenciado neste comportamento para com Paula. Além disso, os instantes finais do seu trabalho de parto e o parto em si, o último acontecido nesta manhã, ocorreram quando toda a equipe e em

especial o residente estava mobilizado por intensa ansiedade, preocupação e, muito provavelmente, sentimentos de culpa em função do que acontecera com Joana.

Embora Paula parecesse tranqüila, pode-se afirmar que teve seu processo de parto “contaminado” por diversas circunstâncias externas e adversas, inclusive pelo estado emocional das pessoas que a atendiam, já que, conforme ressaltam Klaus, Klaus e Kennel (2000), mesmo estando introspectiva, a parturiente costuma se mostrar muito sensível ao que acontece ao seu redor.

No caso de Joana, o *stress* provinha da exigência de que os residentes tomassem decisões rápidas e eficazes, seja por causa da paciente que estava sofrendo e em situação de risco, seja por causa da profissional do *staff* que os estava acompanhando e avaliando. Embora se sentindo respaldados em todas as suas decisões exatamente por terem solicitado orientações da médica, quando perceberam a dificuldade da paciente, os residentes envolvidos neste parto não deixaram de se sentir ansiosos, entristecidos em função da paciente que acabou perdendo seu útero e seu bebê, contrariando totalmente as expectativas de todos os envolvidos nesta situação, bem como temerosos pelas conseqüências e repercussões do ocorrido dentro do hospital e na comunidade, conforme verbalizações dos mesmos.

O caso de Joana suscitou muitos comentários por muito tempo na Maternidade e discussões no Grupo de Reflexão, despertando sentimentos os mais variados, desde indignação com a fatalidade, solidariedade com os colegas envolvidos, principalmente com o residente Renato, que passou alguns dias visivelmente deprimido, empatia com a paciente, bem como revolta e medo quando ela divulgou o fato à imprensa.

Este fato evidenciou, porém, principalmente a necessidade de um acompanhamento psicológico não só das pacientes, em especial com as quais ocorrem

estas fatalidades, mas com os residentes que acabam se assumindo protagonistas delas, embora tenham muitas defesas e explicações racionais para o ocorrido.

Ana, por sua vez, paciente aparentando estar bastante regredida e assustada com a situação hospitalar, que parecia desconhecer, por sua origem humilde e por residir em zona rural, não pode ser acolhida e compreendida em sua agressividade, novamente pelo despreparo dos residentes para lidarem com estas situações, os quais acabaram recorrendo a recursos inadequados e ineficientes, segundo Canella e Maldonado (1988), na tentativa de controle da situação, tais como autoritarismo, ordens, ameaças, mensagens contraditórias e críticas, deixando-se levar por seus sentimentos contratransferenciais de raiva que a paciente despertou. A paciente Ana, após várias críticas e ameaças, e depois de ter-se livrado do escalpe que a assustava, pareceu entrar em um estado de quase catatonia e indiferença ao que lhe acontecia ao redor, não fazendo contatos, nem mesmo com a filha recém-nascida.

Sobre este tema, como demonstração da importância de como a mãe é tratada durante o parto na vinculação com seu bebê, Ana e Paula são exemplos bem claros da teoria de Klaus, Klaus e Kennel (2000) e Odent (2000), pois Ana, que viveu este momento num clima de hostilidade, apenas olhou uma vez rapidamente para a filha, mesmo que todos comentassem sobre sua beleza e tamanho e Paula, cercada de atenção e cuidado, por outro lado, acolheu sua menina nos braços, mostrando-se carinhosa e atenciosa para com ela.

Dentre outras pressões sofridas pelos residentes neste dia, é importante ressaltar ainda as manifestações das profissionais de enfermagem, que a tudo assistiam e nas quais os fatos relatados também repercutiram emocionalmente, fazendo com que agissem ou reagissem de diversas formas com as pacientes, o que neste estudo não será analisado. Porém, em relação aos residentes, devido às situações críticas que todos

vivenciavam, a enfermeira e técnicas de enfermagem parecem ter quebrado a regra do silêncio denunciada por Videla (1997), e manifestavam sua opinião, quer seja por atitudes, quer seja verbalizando abertamente, reforçando a competição entre as duas categorias profissionais, principalmente quando pressionavam os residentes a indicarem cesariana para Paula.

A reação de Charles, mostrando à técnica de enfermagem, que “a cesariana já tinha nascido”, referindo-se ao bebê de Paula, parece ter sido uma resposta a esta competição em que o médico residente precisou confirmar seu poder de conhecimento, valor tão decantado na classe médica e descrito por Clavreul (1983), quando fala da Ordem Médica, que os coloca acima de qualquer questionamento. Parece ter sido também uma atitude de defesa contra a quebra da onipotência, vividamente presenciada no caso de Joana.

Vivências como estas acima descritas, porém, despertam sentimentos primitivos e atitudes contraditórias. Uma ilustração disto é o fato ocorrido imediatamente após a situação narrada acima, quando o mesmo residente e enfermeira examinavam a paciente que havia recém chegado ao Centro Obstétrico na iminência de um parto prematuro. Vislumbrando novo desgaste emocional, pela reação de tristeza da paciente, ele perguntou à enfermeira sua opinião sobre a colocação do soro ou não, parecendo querer compartilhar a decisão a ser tomada.

Importante ressaltar ainda, que todos estes eventos ocorreram concomitantemente, com a mesma equipe, em um período de tempo de aproximadamente três horas. O espaço de tempo para o almoço, sugerido pela enfermeira, parecia denunciar a necessidade para todos de um intervalo para poderem se recuperar do desgaste emocional e continuar enfrentando com objetividade o que ainda os esperava naquele dia.

2- “Parto à francesa”

Irene, 39 anos, tem uma história de herpes genital que colaborou para a indicação de cesárea em seu parto anterior há um ano e dois meses. Queria fazer nova cesárea, mas a bolsa das águas espontaneamente rompida e o processo de trabalho de parto em andamento encaminhavam-na para um parto normal.

A interação de Irene com o residente que a acompanhara desde que havia sido internada iniciou-se antes da observação começar. No momento em que iniciou a observação, o residente, doravante chamado Alberto, tinha precisado sair e ela estava sendo acompanhada por outro residente aqui denominado Rubens. Ela, no entanto, perguntava a todo instante por Alberto, verbalizando que queria que ele fizesse seu parto.

Irene estava muito silenciosa, deitada do lado esquerdo, imóvel. Tinha um lenço e uma medalha na mão direita. Podia-se perceber que estava tendo uma contração apenas porque fechava os olhos e porque passava a inspirar e expirar pela boca. Cerrava as sobrancelhas a cada grito da paciente do leito ao lado.

Talvez pelo fato de ser mais calada, era menos vezes tocada e examinada, apesar de já estar com oito centímetros de dilatação. A cada toque ou pedido para se virar para a verificação do Batimento Cardíaco Fetal, ela imediatamente dizia “Não!”, em voz baixa, e depois assentia, virando-se de forma bem lenta.

Uma doutoranda a estava acompanhando juntamente com Rubens, mas Irene continuava perguntando por Alberto. Constatados os nove centímetros de dilatação, Rubens lhe disse que se Alberto não chegasse ele mesmo poderia fazer o parto. Irene olhou para ele demoradamente sem nada responder.

Finalmente Alberto chegou e Rubens comentou que Irene estava só esperando por ele. Ao exame de Alberto, a paciente agora parecendo estar mais tranqüila, manteve

a mesma conduta silenciosa, respirando pela boca, pedindo para esperar e parecendo ter medo de se mexer. Após o exame Alberto comentou com ela:

- **“O teu bebê está aqui, falta um tantinho assim para ele sair (mostrou uns três centímetros com seus dedos). Só depende de ti agora. A hora que tu quiseres ele nasce”.**

Ela voltou à mesma posição, em silêncio.

Alberto e a observadora conversaram sobre o estado de tensão da paciente, mas ele mostrou-se calmo em relação a ela, entendendo suas dificuldades, inclusive sua resistência física em abrir as pernas para o exame, o que só conseguiu permitir depois de adquirir alguma confiança no residente.

- **“Ela é muito pudica. Eu vou bem devagar com ela”**, disse Alberto demonstrando ter compreendido a paciente, respeitando seu ritmo.

Após novo exame Alberto comentou com a paciente que iria fazer tudo para ajudá-la, que iriam cuidar do nenê quando nascesse, mas que a força dependia dela e que ela precisava ajudá-lo. Aproximando-se o final do trabalho de parto, o residente orientou a paciente a fazer força nos momentos das contrações, sempre estimulando-a com palavras como:

- **“Muito bem, jóia, é isto aí!”.**

Quando chegou a hora de ir para a mesa, Alberto pediu ajuda à doutoranda e disse a Irene que fosse com calma, pois não havia pressa. Na verdade ele comentou com a observadora que estava encaminhando-a para a sala de partos com algum tempo de antecedência para que ela se preparasse psicologicamente.

Enquanto a paciente se dirigia à sala de partos, ele foi auxiliar em outro parto na sala ao lado. Ao chegar à sala onde estava Irene, já estava tudo preparado, Alberto se vestiu e apagou a luz. A enfermeira comentou com Irene:

- “Hummm! Que chique, vais ter um parto na penumbra! Que legal!”.

Alberto comentou algo com o pediatra, dizendo que a paciente estava calma. Ela imediatamente retrucou:

- *“Calma, eu? Eu tô apavorada. Eu nunca passei por isto. Só vi isto tudo aqui em filme...!”*.

O residente e a enfermeira tranqüilizaram-na, dizendo que estava indo tudo bem. Alberto narrava todos os seus movimentos, explicitava tudo o que estava fazendo e, junto com a enfermeira, orientava Irene em como fazer a força necessária para que o bebê nascesse.

Neste momento, duas técnicas de enfermagem abriram a porta e perguntaram sobre o que fazer com uma outra paciente que estava com pressão alta e ficaram comentando sobre a luz. O residente visivelmente irritado disse:

- **“Vocês não estão vendo o tipo de parto que estamos fazendo aqui? E ficam aí tagarelando...Depois eu vejo o que vocês querem”**.

E voltou-se para a paciente, avisando que ia anestesiá-la.

Em seguida, entrou na sala a médica que estava respondendo pelo plantão naquele dia, rindo, falando alto, debruçando-se na mesa acima da cabeça da paciente, fazendo “Hum!” olhando para a luz e falando de uma paciente do Centro Cirúrgico. Como não podia fazer com a médica o mesmo que fez com as técnicas, o residente nada comentou sobre seu comportamento, dirigindo-se sempre à paciente, olhando para seu rosto. A médica se retirou.

Fora da sala podia-se ouvir risos e comentários de pessoas da enfermagem e de outros residentes:

- **“Coisas do Alberto!”**.

- **“Só podia ser o Alberto!”**.

- **“Parto à francesa!”.**

Dentro da sala, de vez em quando, o residente ensinava algo à doutoranda, usando termos técnicos, mas sua prioridade era a paciente. Nos minutos finais perguntou a ela com quem se parecia a sua filha, ela disse que era com o pai. Ele então comentou:

- **“Vamos ver com quem o Nicholas (como será chamado o bebê) se parece. Teu bebê está vindo, mais uma força comprida! Vamos lá! Já dá para ver o cabelinho!”.**

Mais uma força e pela primeira vez acompanhada de um grito e o bebê nasceu.

- **“Bemvindo, Nicholas!”**, disse o residente, enquanto a paciente agradecia a Deus em voz alta.

Alberto continuou seus procedimentos, sempre explicando para Irene que olhava sorridente para o bebê. Conversaram sobre os pontos. Quando ela sentiu dor durante a sutura, ele se desculpou e disse que havia sido “barberagem” dele.

Ele explicava também alguns detalhes da sutura para a doutoranda, quando a técnica que interrompera o parto voltou e perguntou se agora podia ter sua resposta. Ele respondeu que era só seguir o que estava prescrito no prontuário.

Após o atendimento pediátrico, a enfermeira colocou o bebê no colo de Irene, que o aconchegou. A enfermeira estimulou e o bebê começou a mamar.

Quando terminou tudo, Alberto baixou as pernas da paciente, perguntou se estava melhor assim. Depois de tirar o avental, o residente se aproximou de Irene e lhe deu os parabéns. Ela agradeceu e perguntou quanto tempo iria ficar ali. Ele respondeu:

- **“Elas já vêm te tirar daqui”.**

Sempre com os olhos fixos nos olhos do residente, Irene disse que queria saber quanto tempo ficaria na Maternidade. Ele respondeu que se tudo estivesse bem, sairia

em dois dias. Ela então perguntou se não iria mais vê-lo, ao que ele respondeu que agora ela seria acompanhada pelo médico da Unidade.

- *“Ah, mas eu queria te ver amanhã que eu já vou estar melhor”* e pegou a mão dele.

- **“Tá, eu vou ver se passo lá amanhã de manhã então. Parabéns, viu! Foste ótima!”**

- *“Parabéns pra ti também. Eu gostei muito de ti. Tu foste muito queridinho comigo. Obrigada”*.

Alberto saiu da sala sorrindo e emocionado e comentou com a observadora:

- **“Pra mim, ó, isso aí do final vale mais que cinco mil, que cinco milhões. É ver que a paciente ficou bem, que deu tudo certo”**.

DISCUSSÃO

Esta é a ilustração de um parto, onde parturiente e médico residente foram beneficiados e saíram gratificados pelo contexto favorecedor do nascimento tranquilo.

A paciente, embora tensa e assustada por ter uma cesariana anterior, o que, segundo crença popular (reforçada pela atitude médica em geral, mormente em atendimentos de nível particular) já é indicativo de nova cesariana e, por não ter a vivência prévia do parto normal, parece ter encontrado na forma afetiva, tranquila e acolhedora do médico residente a segurança necessária para enfrentar a situação.

Irene é um exemplo também de como a mulher pode controlar seu processo de parto, conforme citado por Maldonado (1997) e Langer (1986), já que mesmo com oito centímetros de dilatação decidiu esperar pelo médico no qual confiara.

O médico residente, por sua vez, parece ter conquistado esta confiança na medida em que conseguiu empatizar com a forma de ser e os temores de Irene, respeitando seu ritmo e não sendo intrusivo, impondo condutas desnecessárias.

Igualmente, sua forma encorajadora com que estimulava a paciente, pareceu fazer com que Irene confiasse em si e enfrentasse a situação temida.

Pouco se sabe da história da paciente, mas o fato de carregar uma medalha religiosa, seu jeito pudico de se comportar, sendo discreta até mesmo nas dores mais fortes, a idade tardia com que estava tendo seus filhos, podem levar à hipótese de uma mulher mais reprimida e que encontrou no médico residente a continência necessária para poder se expor e “se abrir”.

O resultado, como foi dito anteriormente foi bastante satisfatório, culminando com a amamentação imediata de Nicholas, mais uma vez comprovando que a mãe acolhe o bebê da mesma forma como é acolhida no momento do parto.

Alguns detalhes desta situação, porém merecem mais discussão. O primeiro deles é o quanto soou estranho à equipe o parto feito na penumbra, suscitando as mais diversas reações. Algumas de concordância e empatia com a idéia, como no caso da enfermeira, mas a maioria de estranhamento e ridicularização por ter sido um parto diferenciado, realizado de forma distinta daqueles que seguem uma “série”, com atendimento personalizado, sem seguir as normas da massificação e da eficiência que se confunde com pressa, conforme lembrou Raphael-Leff (1997).

O desconhecimento, a não compreensão e o não respeito por este tipo de atendimento mais individualizado, ficaram denotados pela atitude das duas técnicas que, na verdade, apenas repetiram um comportamento usual, rotineiro e corriqueiro que é a invasão da sala de partos por várias pessoas para tratar de assuntos os mais diversos que nada têm a ver com a paciente em processo de parto e que vive ali um momento único de sua vida.

A médica agiu da mesma maneira que as técnicas, demonstrando que este é o modelo de atendimento institucional. Alberto parece ter lidado bem com a questão

hierárquica que se impôs, já que não podia recriminar a médica como fez com as técnicas. Demonstrou sua postura mantendo-se atento à paciente e mostrando assim qual era sua prioridade naquele momento. A médica parece ter compreendido, pois se retirou.

Pode-se observar também neste parto que nem mesmo a presença da doutoranda, a quem Alberto eventualmente se dirigia para esclarecer alguns procedimentos, prejudicou o vínculo estabelecido entre parturiente e médico residente, demonstrando assim a possibilidade de conciliar as situações de ensino-aprendizagem com atendimento humanizado.

A reação emocionada de Alberto ao final do parto demonstra ainda o que foi afirmado por Canella e Maldonado (1988), ou seja, que a impossibilidade ou abdicação de acudir com serenidade o sofrimento e a dor psíquicos, e a conseqüente renúncia às experiências psicológicas que acompanham os atos médicos, privam o profissional médico de algumas das mais formativas vivências que é possível ter e do crescimento pessoal que a convivência com essa dimensão do ser humano pode permitir.

3- “Me mata!”.

O presente parto foi observado durante um plantão à noite, no qual já haviam nascido aproximadamente quatro crianças. A paciente que será chamada de Etelvina, 19 anos, primigesta, bolsa das águas rompida espontaneamente, já adentrou o Centro Obstétrico gritando: “Ai!” com sua voz forte. Durante todo o pré-parto gritou. Seus gritos e descontrole aumentaram gradativamente até o bebê nascer. Chamava a atenção por gritar muito, andar muito, não conseguindo ficar sentada ou deitada. Dizia:

- *“É muita dor! É dor demais! Ai, que dor!”.*

A residente doravante chamada Ângela acompanhou-a o mais próximo que pode, já que tinha outras pacientes para examinar. Tentava acalmar a paciente dizendo que a dor era normal, que fazia parte de todo o parto, que ela estava evoluindo muito bem e realmente estava dentro de todos os parâmetros. Sem auxílio de ocitocina, evoluía rapidamente com dilatação adequada e apresentando o que se avalia como boas contrações. A residente pedia que pensasse na companheira ao lado, que estava com a mesma dilatação e que não estava gritando.

Durante os toques e exames, Etelvina foi apresentando uma crescente atitude negativa, pedindo que não a tocassem, querendo levantar-se e mover-se durante o controle do Batimento Cardíaco Fetal. A residente intervinha:

- **“Etelvina, agora tu precisas ficar quieta um pouco, que eu preciso ouvir o coraçãozinho do teu nenê. É para saber se ele está bem, ta?”.**

Mostrava firmeza na voz, manifestando algo de irritação apenas quando fechava os olhos demoradamente a cada manifestação ansiosa de Etelvina. A residente precisou apelar várias vezes para o chamamento à realidade e ao cuidado com o bebê, mas a paciente parecia absolutamente descontrolada só se referindo à intensidade da dor que

sentia, movia-se de um lado para outro no leito, tirava a roupa, batia na parede que dava para o leito ao lado.

- **“Não bate, Etelvina! Coitada da companheira ao lado! Ela também tem dor.”**

- *“Mas dói muito. Não tem outro jeito?”*

- **“Outro jeito, pra que? Tá tudo bem contigo! Logo, logo tu vais ver teu nenê!”**

Ângela referia-se neste momento ao andamento fisiológico do parto de Etelvina. Esta, por sua vez, parecia fora de si às vezes, fechava os olhos e os abria depois lentamente, como se estivesse num transe. Arrotava alto, ameaçava vomitar, caminhava, entrava em todas as salas até ser impedida pela técnica de enfermagem que lhe disse que só poderia andar pelo corredor. Ia ao banheiro anunciando que ia “cagar” e não fechava a porta do banheiro de onde continuava a gritar.

De vez em quando, Etelvina recebia a visita de uma amiga sua, funcionária da Maternidade, e que parecia não saber o que fazer ou dizer para a amiga que estava descontrolada. Olhava para ela com um misto de surpresa e pena. Depois de assistir um exame em que ela se agitou muito, dificultando o trabalho da residente, a funcionária comentou no ouvido da residente que a mãe de Etelvina havia morrido no puerpério após dar à luz a ela. A residente ficou muito séria e parecia admirada com o que ouvira, comentando:

- **“Imagina, né, nesta hora a cabeça dá um nó!”.**

A reação da residente e de toda a equipe em relação à paciente foi mais ou menos a que segue. No começo, Etelvina parecia uma criança assustada e as pessoas chegavam a se divertir com o jeito infantil com que ela se queixava e se recusava a enfrentar a situação. Depois, o ambiente ficou insuportável com tantos gritos, pois havia outras pacientes para atender, outros partos a serem feitos, uma paciente com pressão alta que precisava de repouso e ela monopolizava as atenções. Até a funcionária da

limpeza comentou com ela que estava deixando todos com “dor de ouvido”. Mas Etelvina seguia como se estivesse muito voltada para suas dores e sensações, sem nada poder ouvir. O clima de tensão foi crescendo. As técnicas que até então estavam sorridentes e cantarolando, apesar dos vários partos realizados naquela noite, foram ficando sérias e visivelmente irritadas, com o rosto pálido, parecendo cansadas e evitando chegar perto de Etelvina. Apenas a residente se aproximava dela.

Etelvina mostrava-se cada vez mais agitada, querendo escolher um leito mais próximo do ar condicionado, negando-se a ser examinada onde estava, não permitindo ser tocada, parecendo querer um fim para aquela situação de qualquer forma. A residente assentiu, mas as técnicas não permitiram a troca de leito. Convencida pela residente a ser examinada, Etelvina gritava e chorava:

- *“Não, eu não quero! Por que tu não me matas? Me dá uma injeção, qualquer coisa! Me mata, eu quero morrer, eu quero!”.*

A paciente estava sentada, encostada à parede, olhos semi-abertos. A residente se abaixou, se aproximou e disse parecendo atônita:

- **“Olha só o absurdo que tu estás falando! E a tua filhinha? Não queres ver a tua filhinha? Quem vai cuidar dela?”**

Por um instante, Etelvina parou, abriu os olhos, mas na contração seguinte começou de novo a pedir que a matassem. A residente conduziu-a até o leito para um novo exame e constatou nove centímetros de dilatação. Pediu então que ela tentasse poupar suas forças para fazer força para baixo, que logo ela iria para a mesa ganhar seu nenê. Etelvina se agitava e gritava alto:

- *“Não, eu vou cagar! Me mata, eu não quero”.*

A residente disse-lhe que podia fazer cocô, que não tinha importância, que esta sensação se dava porque o nenê estava fazendo força para nascer. Ela continuava

batendo na parede, se virando rapidamente de um lado para o outro e gritando “*Não*”. A residente pegou suas mãos e disse em voz alta e firme:

- **“Etelvina, olha aqui para mim, olha aqui! Tu queres que eu te ajude ou tu queres ganhar o teu nenê sozinha?”**

Ela fez que não com a cabeça.

- **“Então tu tens que fazer o que estou mandando!”**

- *“Tá, tá! Posso levantar?”*

- **“Levanta, Etelvina, faz o que tu quiseses!”**, disse a residente irritada, saindo de perto da paciente. Ajudada pela amiga, Etelvina foi caminhar mais um pouco, sempre gritando, queixando-se da dor, pedindo para morrer. Vomitou algumas vezes também.

Quando os gritos ficaram mais fortes, a residente pediu que se deitasse e constatou que a paciente estava com os dez centímetros de dilatação necessários para o nascimento do bebê. Pediu com voz firme que Etelvina fizesse força para baixo, mas só foi atendida na terceira vez, depois de insistir e precisar falar bem alto.

- **“Vamos para a mesa, vamos ganhar este nenê de uma vez!”**, e em voz baixa disse para si mesma:

- **“Vamos acabar com isto logo!”**.

Etelvina gritava tanto, que a sala de partos se encheu de gente que vinha por curiosidade. A paciente se negava a fazer força. Ângela teve de intervir:

- **“Etelvina, olha pra mim! Quando a dor vier, fecha a boca e faz força como se fosse fazer cocô”**.

- *“Não, eu não quero!”* E novo grito de dor.

- **“Etelvina, eu vou te aplicar a anestesia, tu não vai pular, hein!”**

- *“Vou!”*

- **“Então eu não vou anestesiá-la e vais sentir mais dor!”**

Ela nada respondeu e a residente anestesiou e fez a episiotomia sob muitos gritos. A amiga chegou e ficou a seu lado, fazendo carinho, orientando-a a fechar a boca, a abaixar a cabeça, a concentrar-se no nascimento da filha. Ela continuava a dizer não, queixava-se de calor. A residente se colocou novamente:

- **“Esquece o calor, pensa no nenê! Etelvina ela não pode ficar aqui muito tempo!”**.

Ângela parecia preocupada com a criança, mexia-se, olhava para Etelvina num misto de súplica e ordem para que ela fizesse força, apelando sempre para que ela pensasse no bebê. O pediatra havia sido chamado, pois o bebê estava trancado no canal vaginal, não conseguindo descer totalmente sem a força de Etelvina. Nada acontecia até que a residente parece ter encontrado as palavras mágicas:

- **“Etelvina, tu queres que aconteça alguma coisa com a tua filha? Ela não pode ficar aqui. É perigoso para ela! Vamos lá, força!”**

- *“Mas eu não tenho força!”*

- **“Acha tua força, tu não és mais criança!”**

Etelvina fechou os olhos, fechou a boca, respirou fundo e fez uma força comprida e o nenê nasceu. A amiga chorou, a residente ficou pálida e os olhos atentos ao bebê, passando a mão na testa quando viu que ele estava bem. Quando viu o nenê chorando, Etelvina pediu desculpas à filha e depois comentou com a residente que ela estava roxa. Ângela respondeu que era assim mesmo e disse:

- **“Viu? E tu aí fazendo esta vergonha, falando em morrer!”**

Etelvina que parecia outra pessoa, agora mais calma e lúcida, comentou com a amiga que era muito gritona e continuava a gemer, mesmo sem ninguém tocar nela.

A residente readquiriu seu controle e voltou a falar em tom baixo de voz e a fazer todos os esclarecimentos sobre os procedimentos seguintes. Etelvina comentou:

- *“Ainda bem que passou. Era muita dor!”*

A observadora perguntou se ela tinha medo de morrer no parto. Ela respondeu choramingando:

- *“Minha mãe morreu!”*

A sala ficou vazia e a residente se concentrou na sutura. Etelvina ficou quieta, de olhos fechados. Quando terminou, Ângela se dirigiu a ela e disse:

- **“Pronto, deu tudo certo, viu? Agora descansa!”**

Mais uma vez ficou difícil de saber se a residente falava para a paciente, para si mesma ou para ambas.

DISCUSSÃO

Este caso foi selecionado por ilustrar o quanto a vivência e história passadas da parturiente podem influenciar na forma como vai se comportar no momento do parto, conforme as referências de Maldonado (1997) e Videla (1990). Etelvina, uma paciente com algumas características de personalidade histérica, vivenciou esta situação de forma muito regredida e intensa. Como ela não foi entrevistada, pois este não era o objetivo do estudo, ficou dificultada a compreensão exata do que com ela se passava. Porém, pela informação obtida casualmente sobre a morte de sua mãe logo após seu nascimento, pode-se inferir a ligação inconsciente direta da situação do parto com a morte. Pode-se questionar inclusive se a dor insuportável a que se referia Etelvina era a dor física ou a psíquica da revivência de seu próprio nascimento, fato psíquico passível de ocorrer durante o parto, tanto mais intensamente quanto mais traumática tenha sido a vivência (Videla, 1997).

O fato de pedir insistentemente que a matassem levanta duas hipóteses. Na primeira poderia estar uma atitude contrafóbica, ou seja, podia estar pedindo para ser

morta antes de morrer como a mãe, tentando enfrentar logo uma situação à qual temia muito. A segunda remete a um inconsciente sentimento de culpa, geralmente presente em filhos cuja mãe morreu de parto, que exigia que ela também morresse como castigo.

Para a residente Ângela, esta certamente foi uma situação muito estressante, pois requereu manejo de aspectos para os quais não foi treinada. A informação casual da morte da mãe da paciente durante seu parto pôde dar-lhe uma idéia do que se passava com ela, mas não modificou em nada sua conduta objetiva, pois não tocou neste assunto com Etelvina em nenhum momento. Seu manejo, na maior parte do tempo, porém foi firme e adequado, tentando chamar Etelvina para a realidade e principalmente tentando conectá-la com a criança que estava para nascer, o que, segundo Soifer (1980) é a única forma de resgatar a mãe do estado confusional em que pode se encontrar durante o trabalho de parto.

Embora muitas vezes visivelmente irritada, Ângela parece ter intuído que sua presença era importante para a parturiente, ficando a seu lado a maior parte do tempo, mesmo quando ninguém da equipe se aproximava dela, reagindo negativamente à conduta regredida e, às vezes agressiva de Etelvina.

Durante o parto, Etelvina “trancou” o bebê, negando-se a concluir o nascimento. Mais um exemplo de que os fatores emocionais interferem significativamente no andamento do processo fisiológico e de quanto uma intervenção empática e eficaz pode auxiliar mãe e filho nestes momentos, evitando conseqüências desastrosas para todos os envolvidos. Neste momento do nascimento, Ângela se mostrava visivelmente ansiosa e preocupada com o bebê, mas mostrou manejar bem seus sentimentos, conseguindo fazer com sua conduta que Etelvina percebesse que podia perder sua filha, já que ela corria perigo, o que parece tê-la motivado a reagir, evitando mais uma perda importante em sua vida.

Quando o bebê nasceu, Etelvina conversou com ele, desculpando-se enquanto ainda estava sendo atendido pelo residente em pediatria, repetindo esta atitude quando a filha foi colocada no seu colo, parecendo mais uma vez confirmar a importância e influência da forma como a mãe foi atendida em seu trabalho de parto pode refletir em sua forma de vinculação com o bebê.

Este caso remete novamente às questões psicológicas envolvidas no ato médico de assistência ao parto, primeiro demonstrando o quanto é importante saber ainda que minimamente a história prévia da parturiente e de suas fantasias e temores para poder fazer as intervenções adequadas, tendo um nível maior de compreensão do que se passa com ela. Além disso, o preparo psicológico do médico residente também se mostra evidente.

A residente Ângela destaca-se por sua capacidade de empatia e continência, segundo Zimerman (1992), dois atributos importantes no desempenho da atitude médica ou da atitude clínica, conforme preconizam Canella e Maldonado (1988). Sua postura em relação à parturiente foi firme, clara e direta, funcionando quase como um “ego auxiliar”, ajudando Etelvina a pensar quando parecia ter perdido esta capacidade por seu estado psicológico de regressão e descontrole.

Fica o questionamento de como teria se desenrolado este parto, se a médica residente tivesse entrado em ansiedade junto com a paciente e agisse de forma essencialmente reativa, o que poderia resultar em efeitos nocivos para a mãe, para o bebê e para a própria médica residente.

Neste sentido, seguem-se algumas reflexões e sugestões técnicas.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES TÉCNICAS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que as principais conclusões e discussões relativas ao presente estudo foram delineadas ao longo do capítulo anterior e referendadas de alguma forma pela escolha do referencial teórico, seguem algumas considerações para finalizar.

Embora, como afirmado anteriormente, neste trabalho, as peculiaridades e as características psicológicas institucionais não estejam sendo consideradas, a não ser como pano de fundo, como cenário, onde estão sendo averiguados os fenômenos emocionais vivenciados pelos médicos residentes, não se pode negar a relevância e a marcante influência das dinâmicas e patologias presentes em todas as instituições, implícitas em suas normas e códigos, marcando e definindo os contextos e os acontecimentos, determinando e organizando as relações entre as pessoas.

Conforme as constatações precedentes, a ênfase nas instituições e na maternidade, campo deste estudo, parece ser a reprodução do instituído, o reconhecimento da ordem estabelecida como natural e autêntica, desconhecendo-se a possibilidade de se instituir novos tipos de relações. Segundo Bleger (1984), a normatização da conduta nas instituições para que se atinjam os objetivos explícitos transforma-se num fim em si, exigindo a fidelidade dos integrantes, de maneira que a perpetuação enquanto organização torna-se a meta a ser atingida. Esquece-se, inclusive, da opinião e percepção dos usuários que, se atendidos de forma mais próxima e conseqüentemente confirmados na sua condição de cidadãos, podem avaliar o atendimento recebido de forma positiva, conforme pesquisa realizada por Crepaldi (1999).

Os fenômenos emocionais vivenciados pelos médicos residentes durante sua formação em ginecologia e obstetrícia, alvo desta pesquisa, parecem então claramente.

influenciados pela exigência, às vezes não tão implícita desta padronização de condutas, bem como pelo peso do discurso da Ordem Médica, gradativamente interiorizados desde a formação acadêmica que, em nome da manutenção da ilusão da onipotência e de um papel idealizado e poderoso na sociedade, excluem as dimensões psicológica e humana não só das pacientes assistidas, como dos médicos que as assistem, conforme afirmou Clavreul (1983).

Porém, a própria escolha da medicina como profissão, conforme apontado por Zimerman (1992), baseia-se em várias motivações psicológicas conscientes e inconscientes. Pode-se pensar que a busca da ilusão da onipotência seja uma delas. Milan (1997) aponta, como resultado de um estudo realizado com estudantes de medicina de diferentes regiões do mundo, algumas outras características de personalidade peculiares, tais como: a necessidade de reparação que se expressa por meio da dedicação ao próximo, grande obstinação e uma certa rigidez superegógica, que algumas vezes se põe a serviço de um sentimento de culpa latente.

Embora estas características possam ser adequadas à disciplina que a medicina exige, como herança do modelo militar, apontado por Foucault (1985), Milan (1997) alerta que:

“esses aspectos primitivos da personalidade podem, no transcorrer da formação médica, se transformar, de maneira autêntica em generosidade e na capacidade de doação ao outro, dentro dos limites impostos da realidade. Podemos afirmar que as fantasias onipotentes de cura seriam a ‘pedra bruta’ e fundamental a ser lapidada no transcorrer da formação médica e de toda vida profissional. A meu ver, a vocação médica só existe naqueles que têm dentro de si tal ‘pedra bruta’. Estes poderão um dia ser médicos, enquanto outros irão trabalhar como médicos” (Milan, p.136).

Como foi evidenciado pelo estudo realizado por Milan, para que esta “pedra” seja lapidada e não fossilizada, impõem-se algumas mudanças desde a formação médica. Eizerick (1994), enquanto professor da disciplina de Psicologia

Médica na Faculdade de Medicina no Rio Grande do Sul, levanta a questão das resistências a mudar o estabelecido e classifica sua função como “impossível”, pois:

“Não queremos ensinar e os alunos não querem aprender, na medida em que nossa matéria se propõe a desvendar, reconhecer, estudar e propor a discussão do mundo interno, o mundo das fantasias inconscientes de nossos pacientes e de nós mesmos, como médicos e professores” (Eizerick, 1994, p. 134).

Este autor confirma assim a dimensão inconsciente como alvo de resistência, a partir da eficiência e do avanço tecnológicos, das conquistas diagnósticas e terapêuticas, passando-se a negligenciar a necessidade de trabalhar com as reações emocionais do paciente, do médico, da equipe e de sua recíproca interação. Autores como Milan (1997), Videla (1993, 1997e 1998) e Zimerman (1992), entre outros, alertam, porém, para a importância do auto-conhecimento do médico para que possam sublimar fantasias primitivas de intensa agressividade ou reparação, que podem interferir negativamente na interação do médico com suas pacientes.

Sobre este tema, chamou a atenção nas entrevistas realizadas com os médicos residentes, o fato de que quase todos, com exceção de um, tiveram dificuldades em seus próprios nascimentos, com histórias de necessidade de repouso por parte da mãe, de hemorragia pós-parto, de uso de fórceps, de trabalho de parto muito demorado, entre outros. Um dos residentes não tem notícias deste tipo em relação a seu parto, mas em relação ao de um irmão, tendo sua mãe, portanto, vivenciado também, um parto difícil, pelo menos.

Esse dado levanta a hipótese a ser confirmada em novas pesquisas sobre a influência da vivência do próprio parto como força inconsciente motivadora da escolha da obstetrícia, não só como fonte de reparação aos “danos” reais ou imaginários causados ao corpo da mãe, conforme preconiza a teoria de Melanie Klein (Segal, 1975),

mas também como forma de elaborar, através da repetição, ainda que em outro papel, o trauma do nascimento referido por Winnicott (1982).

Segundo este autor, o nascimento pode se tornar traumático quando se constitui numa interrupção significativa do continuar-a-ser do bebê, com muitas invasões e fatores adversos, passando o indivíduo então a tentar elaborar este trauma no decorrer de sua vida. A escolha e o exercício da profissão médica, em especial, a obstetria como uma destas formas de elaboração é, como salientado acima, uma hipótese a ser confirmada.

O presente trabalho tentou salientar ainda que, principalmente no período perinatal e no momento do parto, os aspectos emocionais devem estar incluídos por sua relevância na prevenção da saúde mental. Há interações observadas que são favorecedoras de um parto tranquilo, quando o médico residente evidencia características próprias de disponibilidade, paciência e abertura às questões individuais de cada parturiente.

Mas há interações que não o são, ao contrário, comprometem claramente a qualidade do parto pelas reações e conseqüências observadas, quando o médico residente está sem condições pessoais de trabalhar no momento, quando vivencia pressões externas muito acentuadas, quando suas exigências superegóicas são colocadas acima das possibilidades das parturientes, contribuindo para a exacerbação de sintomas, ansiedades e trazendo distúrbios orgânicos que só fazem recomeçar o ciclo de tensão para ambos, residente e parturiente.

Outro resultado evidenciado nestas diferentes interações entre médicos residentes e parturientes é as diferentes formas de interação das mães com os bebês, ao lidar com seus bebês de forma similar à que foram tratadas. Tais constatações corroboram os estudos citados como os de Odent (2000) e Klaus, Klaus e Kennel (2000)

que destacam os momentos do parto como fundamentais na formação do vínculo pais-bebê, base de toda personalidade humana, apontados atualmente como fonte potencial da violência no mundo (Odent, 2000). O que se verifica, portanto, é uma tendência médica a ver a gravidez e o parto, por mais normais que sejam, como doença ou ato médico, “desnaturalizando” este momento e despertando em muitos profissionais o desejo de uma busca intuitiva de re-humanização do parto.

Com base nos resultados, pode-se concluir que os médicos e, sobretudo, os residentes, devido à especificidade de sua formação, não têm que estar necessariamente prontos para exercer sua função, desempenhando seu papel com a “dose” certa de empatia e continência em interação com seus pacientes. Este é, com certeza, um exercício difícil em qualquer profissão. A *atitude clínica*, conforme recomendada por Canella e Maldonado (1988), pode ser adquirida através de treinamento especializado.

O fato é que os fatores emocionais envolvidos na prática médica durante o parto, podem ser instrumentos de enriquecimento e desenvolvimento pessoal para médicos residentes e parturientes, desde que ambos consigam se livrar do ciclo vicioso em que se colocam, quando da impossibilidade da inclusão da dimensão psíquica envolvida na vivência do parto, tão primitiva e tão antiga quanto a própria humanidade.

Sem a conscientização da dimensão psicológica, presente onde quer que o ser humano intervenha, médicos residentes e parturientes ficam sujeitos às suas reações emocionais, muitas vezes inconscientes, ativamente presentes nos distúrbios fisiológicos das parturientes e no desgaste emocional e físico dos residentes na busca de soluções tecnicistas e intervencionistas para os impasses surgidos durante o parto, confirmando a tese de Videla (1998) de que nos hospitais há atendimentos desumanizados, mas se trabalha desumanizadamente também.

Nogueira-Martins (1991) afirma que como curso e como profissão o exercício da Medicina apresenta uma elevada toxicidade psicológica, que como as radiações e as infecções, os fenômenos psicológicos são irradiados e contagiosos. E aqui é que adquire importância a aplicação dos recursos da ciência psicológica conforme preconizada por Bleger (1984), como instrumento disponível no diagnóstico compreensivo e como agente de mudanças através da aplicação de técnicas que visem não somente o tratamento de patologias, mas principalmente a promoção e a prevenção da saúde mental de quem assiste e de quem é assistido pela medicina, numa tentativa de re-integrar as dimensões física e psíquica, o consciente e o inconsciente, o paciente e o médico como figuras humanas sujeitas a todas as vicissitudes desta condição.

Embora nos hospitais (e a Maternidade é um hospital), enquanto unidades de atenção terciária, privilegie-se o ato médico por excelência, Crepaldi (1999) destaca a importância de um trabalho integrado das equipes de saúde que, se bem preparadas e interessadas podem fornecer uma assistência de boa qualidade, deslocando-se o foco da atenção assistencial da doença para a “pessoa que está doente”.

A ação integrada de diversos profissionais implica em uma mudança, onde a atenção à saúde deixa de ser responsabilidade exclusiva do médico, transformando-se esta em uma das formas de atendimento destinado ao indivíduo que procura a instituição. Crepaldi (1999) acrescenta que uma atuação conjunta desta natureza, embasada no diálogo constante, pode incrementar as condições interativas da própria equipe e desta com a população atendida.

Acreditando com Videla que:

“aquilo que fazemos e como o fazemos não é só uma atividade, mas é parte de nossa personalidade e que uma mudança de conhecimentos e técnicas, tanto quanto uma mudança na administração de nossos recursos, significa uma crise na estrutura de nossa personalidade” (Videla, 1998, p. 45),

seguem-se algumas sugestões técnicas do conhecimento da Psicologia, que podem desencadear esta mudança.

SUGESTÕES TÉCNICAS

Diante das conclusões para as quais este trabalho convergiu, como a necessidade da inclusão da dimensão psicológica na prática médica, impõem-se algumas sugestões de *caráter eminentemente preventivo*, a título de contribuição e possíveis aplicações do mesmo. Vale ressaltar que as sugestões se restringem ao objeto da pesquisa, não sendo abordadas situações mais amplas institucionais ou específicas referentes a outros profissionais, tais como médicos do *staff* ou da enfermagem, a não ser enquanto contextualizando as possibilidades de relacionamento entre residentes e parturientes.

Para a elaboração destas sugestões foram utilizados conceitos da área da psicologia denominada *Psicoprofilaxia Obstétrica* e que tem como definição: “*um conjunto de técnicas psicológicas que incluem tomar precauções de forma antecipatória, de todas as variáveis pessoais, familiares, profissionais e institucionais, centradas no nascimento humano*” (Videla, 1997., p.251).

A - Em relação aos médicos

Diversos recursos podem ser propostos para evitar as conseqüências da insalubridade psicológica do trabalho médico:

1) *Inclusão da dimensão psicológica na formação do estudante de Medicina*, não apenas em forma de conceitos em Psicopatologia, que ficam perdidos e esquecidos, principalmente entre aqueles que ainda não mantêm contato com pacientes e cuja aplicação é questionável, sem um contexto mais amplo de desenvolvimento de uma postura psicoterápica. A dimensão psicológica aqui sugerida refere-se a um trabalho de

sensibilização do aluno aos seus próprios aspectos psicológicos - motivações para a profissão, idealização do papel do médico - e suas reações vivenciais dentro do curso de Medicina. Trata-se não só da inclusão do ensino da disciplina de Psicologia Médica, centrada nas vicissitudes do curso médico e do exercício da Medicina, mas da criação de um serviço de orientação psicopedagógica, como sugere o modelo da Faculdade de Medicina da USP (Milan, 1997).

2) Implantação de grupos de discussão e reflexão sobre a tarefa assistencial na residência médica, “onde os residentes possam expor suas dificuldades e temores ligados ao exercício profissional” (Nogueira-Martina, 1991, p. 363). Tais grupos têm como objetivos o reconhecimento e a inclusão da dimensão psíquica no trabalho médico; a possibilidade de fazer novas identificações e compartilhar um novo código de valores que não aqueles que estimulam fantasias irrealísticas e heróicas veiculados muitas vezes pelo corpo docente das faculdades; a percepção das cargas projetivas que fazem e que sofrem, permitindo-se, melhor reconhecer-se nos outros, diferenciar-se dos outros e se colocarem, no lugar destes, bem como a vivência dos problemas fundamentais que cercam a comunicação entre as pessoas e o desenvolvimento do senso de identidade médica e de alguns atributos inerentes à profissão (Zimerman, 1997).

Para uma melhor empatia com suas pacientes, mister se faz o estudo de algumas características emocionais das situações por que passam suas pacientes. No caso das parturientes, por exemplo, o que significa o parto como parte da evolução sexual da mulher e em termos psíquicos, o que significa ter um filho, as repercussões psicológicas do período perinatal, a importância do papel do pai, a importância dos primeiros vínculos e da amamentação, etc.

3) Grupos de Educação Continuada, com os mesmos objetivos que o anterior, mas voltado para profissionais formados que queiram continuar enriquecendo sua prática e oferecer um diferencial em seu trabalho junto à clientela, que cada vez mais busca práticas alternativas de medicina que oferecem, entre outras coisas tempo, disponibilidade afetiva e atenção aos pacientes, conforme conclusão do I Simpósio Catarinense de Iátrica (Arte Clínica) e Humanismo na Medicina, realizado pela Ummed em Florianópolis em novembro de 1999.

B - Em relação à equipe de saúde do Centro Obstétrico como um todo

1) Grupos de auto gestão: *“reuniões em torno de problemas, com a finalidade, entre outras, de fazer com que o conjunto de participantes compreenda que o poder pode se transformar e se tornar uma instância de múltiplos parceiros, atuando através de aliança e negociação e não de dominação entre instâncias hierarquizadas”* (Silva, 1994, p. 27)

Tais grupos teriam também como finalidade a quebra do pacto de silêncio patológico intra-equipe mencionado por Videla (1998) e a facilitação da comunicação, proporcionando um debate aberto e franco sobre as próprias vulnerabilidades e limitações, bem como, o compartilhar dos momentos de angústias, dúvidas e “não-saberes” em relação à clientela. Sua importância reside também na possibilidade da elaboração de uma filosofia comum e do estabelecimento de uma linguagem, determinando o fim das incoerências e contradições entre a equipe e na relação com as pacientes

2) A criação de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, que possibilite a troca de experiências e compartilhar diferentes óticas de acordo com cada especialidade, num intercâmbio enriquecedor para todos.

C - Em relação à assistência às parturientes

1) Preparação para o parto

Uma das principais queixas dos residentes quando em interação com as parturientes é o seu despreparo emocional e de informações a respeito do parto. As primigestas, porque não têm idéia do que vai lhes acontecer, apenas informações de terceiros e fantasias e as multiparas, exatamente porque já tiveram algum tipo de experiência desagradável, mostram-se assustadas, podendo mostrar-se resistentes às orientações médicas.

Muitas das pacientes atendidas no Centro Obstétrico são pacientes atendidas sistematicamente no Ambulatório desta Maternidade. Isto possibilita dois tipos de preparação para o parto:

A) Grupos de gestantes: grupos de discussão permanente sobre a gravidez, o parto, o puerpério e a relação com o bebê, coordenado por profissionais de diferentes áreas como a obstetrícia, enfermagem, pediatria e psicologia que podem oferecer informações completas às pacientes. O importante é que as informações sejam objetivas sempre como resposta a seus questionamentos e não como “aulas”, pois estas já se provaram ineficientes. Além disso, faz-se fundamental um espaço para a discussão de sentimentos

e ansiedades em relação aos seus temores e ansiedades frente à situação da gravidez, da internação, do parto, da amamentação, cuidados com o bebê, retomada da vida sexual, etc. (Moraes, 1997).

B) Orientações antecipatórias durante as consultas pré-natais:

“A orientação antecipatória consiste basicamente em descrever para a cliente o panorama geral de uma situação a ser enfrentada.(...) Destacam-se dois pontos fundamentais: dar informações e lidar com o impacto emocional por elas provocado” (Canella & Maldonado, 1988, p. 107).

Os próprios residentes podem desenvolver uma sistemática de informações sobre os momentos iniciais do trabalho de parto, quando a paciente deve se dirigir à maternidade, o que vai se passar durante o trabalho de parto, a forma de atendimento, etc. O importante é que as informações sejam veiculadas em termos simples, concretos, o menos técnico possível, restringindo-as a situações simples e úteis, preenchendo lacunas ou distorções de cada paciente, sem falsear a realidade.

“O uso da orientação antecipatória pode prevenir o surgimento de muitos problemas de relacionamento, tanto no vínculo médico-cliente quanto no vínculo cliente-instituição. Trata-se de esclarecer previamente as condições de trabalho ou de atendimento que, à guisa de limites, demarcam o terreno de forma que a pessoa saiba de antemão com o que poderá contar. Isto evita a criação de falsas expectativas e, conseqüentemente, de inevitáveis frustrações vinculadas a tais expectativas” (Canella & Maldonado, 1988, p. 108).

2) Na internação, durante o trabalho de parto

As pacientes internadas no Centro Obstétrico podem provir de vários locais do estado, tendo algumas sido acompanhadas no Ambulatório desta Maternidade, outras

em Postos de Saúde das prefeituras e outras ainda, podem não ter feito nenhum tipo de acompanhamento pré-natal. Independente de onde venham, quando procuram a Maternidade têm expectativas de serem cuidadas e de serem atendidas pelo representante social maior da saúde que é o médico. Embora o temor frente ao parto não possa ser totalmente eliminado e muitas vezes se instaurem situações de “emergência psicológica”, a utilização adequada e consistente de formas terapêuticas de comunicação possibilita ao médico ampliar seu potencial de ação como *agente de saúde*, na medida em que abre os canais de comunicação, aprofundando o diálogo pessoa-a-pessoa. Por isso, passa a ser indicado:

A) A técnica da orientação antecipatória também imediatamente antes do parto, ou melhor, quando da internação das pacientes no Centro Obstétrico.

Aplicada nos mesmos moldes e com os mesmos objetivos acima citados, a orientação antecipatória pode poupar muitas ansiedades, independente do nível sócio-econômico-cultural da cliente, pois ativa mecanismos adaptativos para que ela possa enfrentar melhor a tensão do parto e dos momentos que o antecedem. Esta técnica não funciona como um “calmante”, eliminador de ansiedades, mas como um mecanismo motivacional para que a parturiente concretize ações necessárias, diminuindo o efeito paralisante do pânico. “O objetivo básico desta orientação antecipatória feita minutos antes da situação real é, principalmente, aliviar o impacto da novidade e, portanto, reduzir a ansiedade e aumentar a sensação de segurança e confiança por saber, de antemão, o que esperar” (Canella & Maldonado, 1988, p. 110).

B) A técnica do reassseguramento, uma forma terapêutica de comunicação que também visa aliviar as ansiedades e temores da paciente sem recorrer a promessas onipotentes, à

mentira ou omissão de informações. Constitui-se basicamente numa *atitude de disponibilidade*, demonstração de interesse através de *ações concretas*, oferecimento de *informações factuais*. Nem sempre consiste em dar boas notícias, mas a angústia da incerteza pode ser mitigada quando a paciente sabe o que lhe está acontecendo e por que está acontecendo. Às vezes um resultado de exame ou informações corretivas também podem atuar como reassseguramento. O que diferencia o reassseguramento de qualquer outra técnica de apoio é que, como na orientação antecipatória, os sentimentos têm espaço para a expressão, são compreendidos e compartilhados, seguidos de nova informação esclarecedora (Canella & Maldonado, 1988).

C) A técnica de colocação de limites, a qual “*implica, essencialmente, em explicitar com clareza, concisão e firmeza as características e estruturação de atendimento e delimitar áreas de atuação em termos do que pode e do que não pode ser feito*” (Canella & Maldonado, 1988, p. 97). Com esta atitude, trabalha-se em nível do real e estimula-se a parturiente a cooperar responsavelmente.

D) Apoio emocional contínuo através de doulas. No dia a dia da Maternidade e pelo acúmulo de atividades e pacientes, nem sempre é possível para os residentes oferecer um atendimento continuado às parturientes, no que resulta em um isolamento das pacientes durante o pré-parto. Pesquisas realizadas por Klaus, Klaus & Kennel (2000) revelam que o apoio emocional contínuo às pacientes tem vantagens obstétricas altamente significativas. Os resultados revelam que, quando o acompanhamento à parturiente é contínuo e completo, em nível emocional, a média de cesarianas é reduzida em 50%, a extensão de trabalho de parto em 25% e o uso de medicação analgésica em 30%, a necessidade de fórceps em 40% e as solicitações de epidural em 60%. Além

disso, em outro estudo dos mesmos autores, as mães acompanhadas demonstraram uma interação mais afetiva com seus bebês, com mais sorrisos, mais conversas e mais carícias, pegando-os mais no colo do que as mães não acompanhadas.

Klaus, Klaus & Kennel (2000) sugerem que este acompanhamento seja realizado por qualquer mulher capacitada a cuidar e com experiência em crianças, podendo ser uma enfermeira, uma parteira ou uma *doula*, cuja função é criar um ambiente “continente” para a mulher em trabalho de parto, apoiando a mãe física e emocionalmente, sem qualquer interrupção. Os autores ressaltam que não importam os procedimentos pelos quais tenha de passar, quando a mulher se sente acompanhada, apoiada, e valorizada, aumenta seu sentimento de crença na própria competência. *“Esse sentimento de segurança com outra mulher cria um tipo de força interna que possibilita a uma mulher começar a testar os limites de suas próprias capacidades e de passar por dimensões possivelmente ignoradas antes- ou talvez reconhecidas, mas não arriscadas”* (Klaus, Klaus & Kennel, 2000, p.47). A doula, segundo os referidos autores:

“deve ser capaz de entrar para o espaço de uma mãe e ser altamente responsiva e ciente de suas necessidades, humores, mudanças e sentimentos não-verbalizados. Ao mesmo tempo, ela precisa ser flexível neste processo, adaptando-se a cada necessidade de mãe sem tentar controlar ou sufocar. Em um sentido real, ela ‘serve de mãe para a mãe’ (...)” (Klaus, M., Klaus, P. e Kennel, pp.47-48).

Além disso, esta mulher preparada para a função de doula pode ser parte integrante da equipe.

Evidentemente para que este trabalho funcione, deve estar contido dentro de uma filosofia integrada de trabalho, com a concordância e anuência de todos os seus integrantes, para que não ocorram choques, competições e desentendimentos diante das parturientes. Ele só pode acontecer numa equipe que realize encontros de discussão como os sugeridos acima, por exemplo.

E) Outro fator que colabora com a tranquilização da parturiente, é o fato de estar acompanhada por algum familiar. Os acompanhantes têm a função de amenizar o estranhamento e a despersonalização provocados pelo ambiente hospitalar, além de oferecer apoio mais continuado à parturiente. Todos os possíveis inconvenientes que o acompanhante possa causar (intromissão, ameaças, etc.) podem ser amenizados pela mesma postura de diálogo, orientações antecipatórias e esclarecimentos dispensadas às pacientes. O acompanhante propicia mais segurança e confiança e, portanto, diminui as ansiedades que são múltiplas nesta situação.

F) Acompanhamento por um psicólogo, em casos de fatalidades como fetos mortos, bebês prematuros ou malformados, ruptura de útero, etc,

G) Outras medidas de humanização bastante simples podem ser adotadas:

- A equipe e, principalmente o médico que irá assistir à parturiente deve se apresentar, dizendo *sempre* seu nome, que vai acompanhar a paciente, de quanto em quanto tempo virá vê-la, qual será o procedimento de assistência, etc.

- Utilizando-se de todas as técnicas acima sugeridas, dispor-se a conversar com a parturiente para poder compreender o que se passa com ela. Às vezes uma só pergunta esclarece muitas dúvidas do médico e pode aliviar a paciente. Em observações realizadas, reações de ansiedade por parte dos residentes (transpiração, roer de unhas, olhar arregalado) puderam ser notadas porque não conseguiam completar um diagnóstico diante dos fatos observáveis que tinham à disposição (exames em um caso, paciente chorosa em outro, etc.). Até que em determinado momento, a própria paciente

trouxe um dado novo, que teria sido descoberto por uma simples pergunta, elucidou a dúvida do médico que se mostrou visivelmente aliviado, podendo esclarecer à paciente seu diagnóstico.

- Manter o acompanhamento da paciente pelo mesmo médico no pré-parto e no parto, fato que aumenta a possibilidade de vinculação e por consequência, maior confiança e segurança de ambas as partes na realização do parto.

- Embora a enfermagem geralmente colabore com efetividade no momento do parto, o diálogo com o médico que a acompanhou não deve ser interrompido. O médico, mesmo auxiliado pela enfermeira deve se manter em contato com a paciente que acompanhou para maior segurança de ambos.

- Para a paciente os fenômenos emocionais do parto não acabam após a saída do bebê. Ela passa às vezes por um momento depressivo pela saída do bebê ou por relembrar seu próprio nascimento, vivenciando este momento como separação ou perda de uma condição simbiótica, às vezes significativa para a mulher, conforme lembra Soifer (1980). Por isso, o contato continuado com o médico, possibilita uma solução de continuidade na continência e atenção recebida até aqui. Da mesma forma, conversar com a paciente depois do parto, diminui a caráter mecanicista de “missão cumprida” que o final do parto traz, que dissocia conforme lembrou Clavreul (1983) a pessoa atendida do corpo atendido.

- A *humanização do ambiente hospitalar* através de cores agradáveis nas paredes, nos móveis, a possibilidade de um espaço para caminhar, são outras medidas simples que podem amenizar estes momentos de tensão.

- A *criação de um espaço comum*, como uma sala ou um jardim onde as gestantes possam encontrar as demais, conversar, dividir sensações, compartilhar emoções, favorece a diluição da sensação de que o que ela está sentindo é só dela, etc. O

acompanhamento por um profissional aqui seria importante para poder intervir em casos patológicos de mulheres que ao invés de funcionarem como continentes umas das outras podem aterrorizar as companheiras.

- A possibilidade de não ir andando do leito do pré-parto até a sala de partos momentos antes da expulsão. Criar alternativas, como a cadeira de rodas, por exemplo, para casos em que as pacientes não tenham ou não se sintam em condições de ir andando até a sala. Mesmo que o espaço não seja longo, esta situação pode se constituir em um acréscimo de ansiedade desnecessário, já que muitas pacientes sentem medo de perder o bebê no caminho, fato às vezes confirmado por quem a acompanha: “Rápido, rápido, senão tu ganhas o bebê aqui no corredor!”, conforme foi observado.

Além disso, esses são os momentos em que as pacientes sentem dores mais fortes. Parece um contra senso pedir para que elas andem neste momento quando, quase em sua maioria, são orientadas a ficar deitadas no pré-parto. Casos há em que as pacientes defecam ou urinam nestes momentos e têm de fazê-lo andando e rapidamente até a sala de partos, o que lhes provoca profundo constrangimento, principalmente pela constante presença de várias pessoas neste espaço (enfermagem, residentes, doutorandos, estagiários, etc.).

- Da mesma forma, a falta de privacidade durante os exames parece constituir outro fator de constrangimento. A sugestão é de que as cortinas existentes sejam utilizadas e, quando houver doutorandos, que apenas um acompanhe o exame de cada vez, após ser devidamente apresentado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, F. (no prelo). Método clínico: método clínico? *Psicologia: reflexão e crítica*.

Andolfi, M. (1996). *A linguagem do encontro terapêutico*. (R. S. Di Leoni, Trad.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

• Balint, M. (1975). *O médico, seu paciente e a doença*. 2ª edição (R. O. Musachio, Trad.) Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

Batista, C.G. (1996). Observação do comportamento. Em Pasquali, L. (Ed.). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília: INEP, pp. 263-303.

• Bleger, J. (1984). *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Canella, P. & Maldonado, M.T. (1988). *A relação médico – paciente em ginecologia e obstetrícia*. 2ª edição. São Paulo: Livraria Roca Ltda.

Casseb, A. R. (1993). *Repensando a relação médico – paciente à luz do método observacional – compreensivo: considerações balintianas sobre a prática médica em consultórios de médicos de família*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

• Clavreul, J. (1983). *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. 1ª edição (Jorge, G A., Noujaim, J.G., Silveira Jr., P.M., Trad.) São Paulo: Editora Brasiliense.

Coronel, L.C. (1997). Grupos de reflexão. Em Zimerman, D.E. & Osório, L.C. (Org.) *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Crepaldi, M. A. (1995). *Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos em Unidade de Pediatria*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

Crepaldi, M. A. (1999). Bioética: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização e interdisciplinaridade. *Cadernos de Psicologia e Educação PAIDÉIA*, 9(16), 89-94.

Crepaldi, M. A. (1999). *Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos*. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária.

Eizerik, C. L. (1994). Ensinando uma profissão impossível. *Revista Associação Brasileira de Psiquiatria –Asociacion Psiquiatrica de la América Latina*, 16(4), 133-135.

Eksterman, A. (1968). Fatores iatrogênicos na relação médico – paciente. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 15, 414-421.

Fenichel, O. (1981). *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. (S. P. Reis, Trad.). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

• Fiorini, H.J. (1979). *Teoria e Técnica de Psicoterapias*. (C. Sussekind, Trad.). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves editora S.A..

• Foucault, M. (1985). *Microfísica do Poder*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Graal.

Gauderer, E. C. (1991). *Os Direitos do Paciente: um manual de sobrevivência*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Record.

Gómez, I. E. (1999). *Breve análisis de alguns postulados sobre la propuesta de la epistemologia calitativa como marco epistemológico para los planteamientos de un tema de investigación*. Trabalho apresentado no Curso de Mestrado na Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Halbe, H. W. (1987). *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: Livraria Roca Ltda.

Hübner, Maria M. (1998). *Guia para Elaboração de Monografias e Projetos de Dissertação de Mestrado e Doutorado*. São Paulo: Editora Pioneira, Editora Mackenzie.

Ispizua, M. A. & Olabuenaga, J.R. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Klaus, M.H. & Kennel, J. H. (1993). *Pais/bebê: a formação do apego*. (D. Batista, Trad.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Klaus, M. H., Klaus, P. H. & Kennel, J. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. (M. R. Hofmeister, Trad.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Lacroix, M. & Monmayrant, M. (1997). *A observação de bebês: os laços do encantamento*. (F.F. Settineri, Trad.) Porto Alegre: Editora artes Médicas.

Langer, M. (1981). *Maternidade e Sexo*. (M.N. Folberg, Trad.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

• Laplanche, J. & Pontalis, J. (1986). *Vocabulário de Psicanálise*. (P. Tamen, Trad.). 9ª edição. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.

• Machado, M.H. (1997). *Os médicos do Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Maldonado, M. T. (1976). Dificuldades na relação médico - paciente. *Revista Femina*, 4, 456-459.

Maldonado, M. T. (1978). A ilusão da onipotência na relação médico - paciente. *Revista Femina*, 6, 324- 331.

Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da Gravidez*. 14ª edição. São Paulo: Editora Saraiva.

Mayer-Gross, W., Slater, E. & Roth, M. (1969). *Psiquiatria clínica*. (C. Martins e H. Rosa, Trad.) São Paulo: Editora Mestre Jou.

Millan, L.R. (1997). A saúde mental do estudante de medicina. *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática*. 1(3), 133-140.

Moraes, M. H. (1997). Noções em Psicoprofilaxia Obstétrica. *Revista do Centro de Estudos em Psicoterapia de Florianópolis*, 4, 19-26.

Nogueira - Martins, L. A. (1991). Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Revista Brasileira Clín. Terap.* 20, 355-364.

Odent, M. (2000). *A cientificação do Amor*. São Paulo: Terceira Imagem.

Paiva, L.M. (1959). Psicopatologia do Parto: o mecanismo da dor e a importância da psicanálise para a aplicação do método de Dick Read. *Resenha Clínico-Científica do Departamento de Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina*. Ano XXVIII, 12.

• Pitta, A. (1999). *Hospital: dor e sofrimento como ofício*. 4ª edição. São Paulo: Editora Hucitec.

Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. (R.D. Pereira, Trad.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Resende, J. (1993). *Obstetrícia*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.

Rezende, J. & Montenegro, C.A. (1995). *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.

Rocco, R.P. (1992) Relação estudante de Medicina - paciente. Em Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (pp.45-56). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Rostfelter, P. (1994). *El nacimiento de una madre: bebe blues*. (C. Slavutzky, Trad.) Buenos Aires: Editora Nueva Visión.

Segall, H. (1973). *Introdução à obra de Melanie Klein*. (J.C. Guimarães, Trad.).Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

Selltiz, C. et. al. (1974). *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: EDU/EDUSP.

Silva, C.O. (1994). *Curar adoecendo: um estudo do processo hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola de Saúde Pública. Centros de Estudos do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro.

Soar Filho, E. (1998). *A interação médico - paciente*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44 (1), 35-42.

Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (I.V. de Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

• Tākhā, V. (1988). *O relacionamento médico – paciente*. (J. O. Abreu, Trad.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.

Videla, M. (1993). *Parir y nacer en el hospital*. 1ª edição. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Videla, M. (1997). *Maternidad: mito y realidad*. 2ª edição. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Videla, M. (1998). *Prevención*. 4ª edição. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Winniicott, D.W. (1982). *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*. 2ª edição. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.

• Zimerman, D. E. (1992). A formação psicológica do médico. Em Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (pp. 64- 69). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.