
O PEDIATRA E SUA FUNÇÃO APOSTÓLICA: PERCEPÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES SOBRE SUAS PRÁTICAS¹

Paulo Dickstein²

Pontifícia Universidade Católica (PUC-RJ), Rio de Janeiro, Brasil.

Júlio Sérgio Verztman

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

Daniela Romão Barbutto Dias

Pontifícia Universidade Católica (PUC-RJ), Rio de Janeiro, Brasil.

Beatriz Pinheiro de Andrade

Pontifícia Universidade Católica (PUC-RJ), Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO. Este estudo é o resultado de um trabalho pedagógico, realizado com médicos residentes em pediatria em um hospital público no Rio de Janeiro. Durante um mês os residentes se encontraram diariamente com um supervisor para uma conversa sobre as suas consultas ambulatoriais. Os sentimentos que esses atendimentos despertavam nos médicos eram trazidos para os encontros. O foco da consulta era a relação médico-paciente e os padrões defensivos dos médicos. O estudo buscou apreender as estratégias subjetivas, utilizadas pelos médicos pediatras em formação para enfrentar a sua prática clínica cotidiana. Oito residentes do primeiro ano de pediatria foram entrevistados com foco nas questões relacionadas à puericultura. Seguiu-se o Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS) no campo da pesquisa qualitativa em que as entrevistas são realizadas com uma mescla de perguntas abertas e outras específicas. Observou-se que o zelo apostólico, ou seja, os padrões defensivos dos profissionais, tal como formulado por Michael Balint, se manifesta como uma exigência acentuada sobre as mães, como uma dificuldade de conhecer a dinâmica da família. É possível que esses comportamentos estejam relacionados à excessiva idealização da mãe e da criança, como demonstrou a análise das narrativas. O trabalho direcionado para os conceitos idealizados sobre as mães e as crianças pode ajudar no arrefecimento do zelo apostólico nos profissionais em formação.

Palavras-chave: Pediatria; relação médico-paciente; psicanálise.

THE PEDIATRICIAN AND HIS APOSTOLIC FUNCTION: PERCEPTIONS OF RESIDENT PHYSICIANS ABOUT THEIR PRACTICES

ABSTRACT. This study is the result of a pedagogical work with medical residents in pediatrics at a public hospital in Rio de Janeiro. The doctors met every day during a month with a supervisor to report about their daily practice. During these meetings they talked about the feelings that arouse in the doctors while they were with their patients. The focus of the consultation was directed on the doctor-patient's relationship and the defensive patterns doctors may have. The study seeks to learn how subjective strategies used by pediatricians in training are applied in their everyday clinical practice. Eight residents of the first year of Pediatrics were interviewed focusing on issues related to childcare. These interviews were conducted following the Underlying Discourse Unveiling Method (UDUM) in the Field of Qualitative Research in which there are both opens another specific question. It was observed that the apostolic zeal, ie, defensive patterns of professionals, as it was defined by Michael Balint, manifests itself as a strong demand on the mothers, as well as a difficulty in knowing family dynamics. It is possible that these behaviors are related to an excessive idealization of the mother and the child as demonstrated by the analysis of the narratives. The work directed towards the idealized concepts of mothers and infants may be usefin mitigating the apostolic zeal in professionals in training.

Keywords: Pediatrics; physician-patient relationship; psychoanalysis.

¹ Estudo derivado da tese de doutoramento do primeiro autor. Título: Subjetividade dos médicos em formação e a prática pediátrica. Realizada em 2015 no IESC, UFRJ, orientadora: Lígia Bahia.

² E-mail: paulo.dickstein@gmail.com

EL PEDIATRA Y SU FUNCIÓN APOSTÓLICA: PERCEPCIONES DE MÉDICOS RESIDENTES ACERCA DE SU PRÁCTICA

RESUMEN. Este estudio es el resultado de un trabajo pedagógico con los médicos residentes en pediatría en un hospital público en Rio de Janeiro. Durante un mes los médicos se reunieron todos los días con un supervisor para comentar lo que había surgido en las consultas ambulatorias. En estas reuniones el tema se centró sobre los sentimientos que se despertaban en los ellos durante las mismas. El foco de la consulta estaba dirigido a la relación médico-paciente y los patrones defensivos de los médicos. El estudio examina las estrategias subjetivas utilizadas por los pediatras en formación para poder cumplir con su práctica clínica diaria. Ocho residentes del primer año de pediatría fueron entrevistados centrándose en cuestiones relacionadas con el cuidado de niños. Se ha seguido el Método de Explicación del Discurso Subyacente (MEDS) en el Campo de la Investigación Cualitativa en el cual las entrevistas se llevan a cabo con una mezcla de preguntas abiertas y otras específicas. Se observó que el celo apostólico, es decir, los patrones defensivos de los profesionales, tal como fue formulado por Michael Balint, se manifiesta como una fuerte exigencia con las madres y como una dificultad de conocer la dinámica de la familia. Es posible que estos comportamientos estén relacionados con la idealización excesiva de la madre y del niño, como lo demuestra el análisis de las narrativas. El trabajo dirigido hacia los conceptos idealizados de las madres y de los niños puede ayudar a reducir el celo apostólico en los profesionales en formación.

Palabras-clave: Pediatría; relación médico-paciente; psicoanálisis.

Introdução

Pode-se dizer que Michael Balint, médico psicanalista húngaro e radicado na Inglaterra, foi o primeiro médico a se interessar e a realizar pesquisas sobre as implicações da relação médico-paciente sobre a evolução da doença. Clínico experiente antes de ser psicanalista, Balint voltou seu interesse para os pacientes que vagavam pelos ambulatorios de clínicos e especialistas sem um quadro clínico definido. Para o pesquisador, as queixas trazidas pelos doentes eram expressão de uma desorganização interna e um pedido de socorro ao médico. A reorganização poderia ser conseguida na relação intersubjetiva médico-paciente: o médico ofereceria um lugar para que o paciente manifestasse as suas queixas e, a partir dessa escuta, o paciente seria capaz de iniciar um processo de reorganização interna (Faure, 1978, pp. 222-224). Os médicos, porém, não pensavam assim. Queriam classificar as queixas do paciente e dar a elas um único nome. Com um diagnóstico, o médico saberia como o paciente deveria se comportar.

Para Balint, os conflitos na relação médico-paciente, evidentes no dia a dia das enfermarias e ambulatorios, têm como principal motivo as dificuldades que este último encontra em atender às expectativas dos médicos. O profissional passa a exigir dele um comportamento esperado para o diagnóstico oferecido (Balint, 1957/2005, pp. 13-14). Essa defasagem pode ser bastante apreciada em um ambulatorio de pediatría, particularmente na puericultura. Enquanto as mães despejam queixas inespecíficas (seus filhos não comem, não dormem e não se comportam), os médicos tentam encontrar um diagnóstico. Embora as referências de grupos Balint sejam frequentes em várias áreas da medicina (Mahoney et al, 2013; Lelorain. et al, 2013; Bar-Sela, Lulav-Grinwald, Mitnik, 2013; McKensey & Sullivan, 2016), em pediatría elas são quase inexistentes (Biermann, Böhm, & Berz, 1968), revisões recentes da literatura recomendam que novas pesquisas sejam realizadas (Van Roy, Vanheule, & Inslegers, 2015; Eider, 2015). Inicia-se aqui um estudo para conhecer a relação médico-paciente na área de pediatría.

As motivações para o trabalho de campo

O presente trabalho foi realizado a partir de entrevistas feitas com médicos pediatras durante o primeiro ano de um programa de residência médica. O interesse dos autores era conhecer o que pensavam esses jovens médicos a respeito de questões como a maternidade, o desenvolvimento de bebês, o papel dos adultos, entre outros. Além desses temas mais genéricos e conceituais, foram concebidas perguntas para se conhecer suas formas de pensar e agir em diversas situações da prática clínica em nível ambulatorial. O foco foi deslocado para situações percebidas como possíveis geradoras de conflito, ou seja, situações nas quais as condutas e orientações, preconizadas pelos médicos, não eram atendidas pelos responsáveis dos pacientes.

O interesse pela presente investigação surgiu de uma experiência realizada em um hospital federal no Rio de Janeiro (Dickstein, 2015). No início dos anos 2000, um dos autores deste trabalho, pediatra e atuante na preceptoria do referido programa de residência, começou a se interessar pelos aspectos subjetivos da medicina, resultando num redirecionamento de sua prática rumo à psicanálise. Após várias tentativas de aplicar ferramentas didáticas de intervenção que levassem os residentes a entrar em contato com elementos menos objetivos de suas condutas, esse profissional concebeu um modelo inspirado nas teorias de Michael Balint. Tal modelo de intervenção vem sendo aplicado em situações não grupais, diferentes das configurações usuais. Foi montado, a partir dessa proposta, um setor para se discutir com os residentes casos por eles atendidos nos ambulatórios, especialmente na prática da puericultura.

Esta proposta possuía, a seu ver, características muito semelhantes às pesquisas *balintianas*: 1. não se discutiam os casos com prontuários e anotações, mas sim a partir de relatos espontâneos; 2. os sentimentos que esses atendimentos faziam aflorar nos médicos deveriam ser trazidos para o centro da discussão. Numa palavra, o setor estaria centrado no trabalho sobre o zelo apostólico dos médicos (Balint, 2005). A principal diferença em relação às pesquisas de Balint era a ausência do grupo. O trabalho era individual: um participante para um líder. Para que fosse possível a realização dessa experiência, era preciso criar um ambiente com um mínimo de críticas e julgamentos, onde cada médico participante pudesse, segundo Balint (2005), “ter a coragem da própria estupidez” (p. 225).

Outra particularidade desse modelo era o próprio pediátrico. Na pediatria não é sempre simples se identificar aquele que deve ser tratado. Às vezes é apenas a criança, em outras ocasiões é claramente a mãe ou outro responsável. No entanto pode-se dizer que o pediatra deve estar sempre voltado para a relação mãe-bebê. Essa era a visão teórica do setor. O desenvolvimento afetivo do bebê, tal como formulou Winnicott (Dias, 2003), seria a base teórica norteadora das discussões. Em resumo, a partir de 2007, os residentes de pediatria passaram a participar de um programa no qual haveria um setor responsável pela supervisão dos atendimentos ambulatoriais com base nas experiências balintianas da relação médico-paciente (Balint, 2005) e da teoria winnicottiana do desenvolvimento afetivo do bebê (Winnicott, 2000). Com o passar do tempo, o setor ganhou estabilidade e foi incorporado ao programa de residência. A presente investigação visou à construção de ferramentas para instrumentar a continuidade desta experiência.

O zelo apostólico como defesa profissional

Por se tratar do tema central desta pesquisa, antes de se dar prosseguimento aos achados, far-se-á uma recapitulação sobre o conceito balintiano de defesa profissional, denominado pelo psicanalista de zelo ou função apostólica (Balint, 2005).

As pesquisas de Balint tinham como objetivo estudar o papel da *pessoa do médico* tal como se fora um fármaco. Em outras palavras, o autor interessava-se por saber quando, quanto e como “aplicar” o médico na relação com seu paciente. Qual seria o efeito dessa “droga” sobre a evolução da enfermidade? Foi no estudo dessa “farmacologia” que Balint chegou ao conceito de “função apostólica”. Esse conceito foi formulado quando o autor percebeu que os médicos tinham um padrão de atuação repetitivo e do qual não abriam mão. Seria, portanto, necessário trabalhar com o profissional para que ele pudesse modificar certos padrões automáticos de comportamento. Ao longo do livro *O médico, seu paciente e a doença*, publicado pela primeira vez em 1957, Balint (2005) esclarece o que seriam esses padrões:

A missão ou função apostólica significa em primeiro lugar que todo o médico tem uma vaga mas quase inabalável ideia sobre o modo como deve se comportar o paciente quando está doente. Embora este conceito pouco tenha de concreto e de explícito, é imensamente poderoso e influi, segundo podemos comprová-lo, praticamente em todos os detalhes do trabalho do médico com o seu paciente (pp. 161-2).

Mais adiante o autor oferece outros componentes desse padrão ao afirmar que o médico tem que ser bom e reconhecido como uma pessoa boa:

Um aspecto particularmente importante da função apostólica é a necessidade que o médico sente de provar ao paciente, ao mundo inteiro e, sobretudo, a si mesmo, que é bom, um profissional bondoso, digno da confiança e capaz de ajudar. Ainda que nos doa, nós médicos sabemos muito bem que se trata de uma imagem por demais idealizada (p. 173).

Os capítulos 16 e 17 do livro são dedicados exclusivamente à função apostólica. O autor confunde o leitor, pois modifica o próprio conceito, anteriormente formulado. A expressão não mais se limita ao desejo do médico de trazer o paciente para a sua fé e nem à sua necessidade de ser considerado boa pessoa e bom profissional. Balint estende o conceito de função apostólica para alcançar todas as limitações da “elasticidade” nas relações com seus pacientes. É evidente o seu cuidado em evitar termos e conceitos da psicanálise como os de resistência e defesa, por exemplo. Balint não queria expor os resultados de suas pesquisas para psicanalistas, mas para médicos, leigos em psicanálise. O termo contratransferência, por exemplo, só é utilizado no apêndice dedicado aos líderes de grupo que eram, na época, psicanalistas. Fica claro que o conceito de função apostólica se confunde com o conjunto de defesas dos médicos contra as angústias provocadas em suas práticas. Autores dedicados às pesquisas e à difusão dos grupos Balint como John Salinsky, Paul Sackin e Michael Courtenay preferem a expressão “padrões defensivos” ao termo função apostólica (Courtenay, 2000; Salinsky & Sackin, 2000).

Método

O objetivo do estudo consistiu em investigar as visões que os residentes de pediatria de um hospital federal do Rio de Janeiro têm sobre seu trabalho. Foi conduzida uma pesquisa qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, protocolo 000.460. A investigação foi naturalística, ou seja, a interferência na rotina do setor foi restrita à participação livre e consentida na pesquisa. A fim de se entrevistar residentes com um pouco mais de experiência clínica, selecionaram-se pediatras que haviam passado pelo setor a partir do segundo semestre do primeiro ano de residência.

Seguiu-se o método para entrevistas, criado por Nicolaci-da-Costa (2007; 2013), denominado Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). O MEDS foi escolhido por ser um método introduzido e aplicado há mais de 20 anos no campo da psicologia clínica. Ele tem o discurso do entrevistado como o seu objeto principal de interesse e oferece, portanto, uma atenção particular ao material discursivo, tanto nas entrevistas como em sua análise. Esse método parte de pressupostos de Foucault, de Berger e de Luckmann, e afirma Nicolaci-da-Costa (2007) que,

Ao internalizarmos uma língua nos contextos em que ela é naturalmente usada, internalizamos todo um conjunto de conceitos, regras, valores, etc. que caracterizam uma determinada sociedade ou grupo social em um determinado período. Esse processo de internalização, por seu turno, nos constitui como sujeitos individuais (p. 66).

O MEDS incorporou pressupostos da psicanálise ao entender que o discurso informal livre revela contradições entre a subjetividade do indivíduo e o seu comportamento frente à realidade: “De modo a subsidiar a pesquisa em psicologia clínica, foi desenvolvido com o principal intuito de trazer à tona transformações e conflitos psicológicos que muitas vezes não são verbalizados explicitamente pelos entrevistados porque deles eles próprios não têm consciência” (p. 67).

Participantes

No programa de residência do referido hospital, são admitidos 14 pediatras a cada ano. A amostra deste estudo foi constituída de oito destes residentes com idade entre 25 e 30 anos, dentre homens e mulheres. Todos estavam no segundo semestre do primeiro ano de residência.

Procedimentos

Após estabelecida a amostra, seguiu-se uma fase de construção do roteiro de entrevistas. Para atingir o objetivo de conhecer o discurso livre do entrevistado, o MEDS prevê uma condução livre desse roteiro pelo entrevistador. Para simular uma conversa natural e espontânea, a entrevista é composta de

três modalidades de perguntas: questões abertas, que se iniciam, por exemplo, por: “O que você acha..?” ou “O que é que isso provoca em você...?”, perguntas de aprofundamento: “Por que...?” ou “Dá para me explicar melhor...?”, e perguntas fechadas do tipo: “Você gosta disso?”, que são esclarecidas com outras perguntas.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, preparo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, com autorização para gravação das entrevistas pelos residentes, foi realizada uma entrevista-piloto. Ocorreram ajustes e um novo roteiro foi preparado.

As perguntas formuladas foram voltadas para se conhecer a subjetividade dos participantes e foram separadas em quatro categorias. Primeiramente versaram sobre as motivações, desmotivações e expectativas em relação à profissão. Um segundo grupo de perguntas foi idealizado para se conhecer o conceito dos residentes sobre questões técnicas da especialidade. Buscou-se saber sobre a técnica em situações ligadas à puericultura por lidarem com questões que se encontram no limite entre a saúde do corpo e a subjetividade, tais como o aleitamento materno e desenvolvimento do bebê. A terceira etapa foi constituída de perguntas sobre a prática que buscaram conhecer as reações dos médicos em momentos de conflito com seus pacientes e sobre como eles lidavam com casos que envolviam aspectos mais claramente comportamentais e psíquicos. Os entrevistados eram estimulados a contar casos vividos em suas práticas. Finalmente, houve também perguntas sobre as experiências pessoais com doenças pessoais ou na família e sobre as expectativas profissionais.

A seguir apresentam-se os itens do roteiro utilizado:

1. Conte um pouco sobre a sua escolha pela medicina. / 2. E por que a pediatria? / 3. Você já fazia pediatria antes de entrar para a residência? / 4. Do que você gosta na pediatria? / 5. E do que você não gosta ou acha difícil na prática pediátrica? Conte uma situação. / 6. Na sua percepção, do que depende o bom desenvolvimento do bebê e da criança? / 7. Em sua opinião, por que a amamentação é desejável? / 8. Como você aborda as dificuldades de amamentação? / 9. Já aconteceu de a mãe não cumprir a prescrição? Como foi? Como você reagiu? / 10. Quais os fatores que influenciam a mãe a seguir a prescrição médica? / 11. Você acha importante saber sobre a vida pessoal, independente dos pais? Por quê? / 12. Na sua concepção existe relação entre as doenças emocionais e as doenças orgânicas? / 13. Você já fez encaminhamento para psicólogo ou psiquiatra? Em que circunstância você o faria? / 14. O que significou seu pediatra na sua vida? Você tem lembranças do seu pediatra? / 15. Você já esteve doente? Ou teve alguém doente na família? O que você achou do médico? / 16. Como você escolheu seu médico? / 17. Que pediatra você quer ser?

Como o pesquisador era também o preceptor dos residentes, o que poderia interferir negativamente nas entrevistas (Seidman, 2013), as mesmas foram conduzidas por outra pesquisadora, experiente em entrevistas qualitativas. O material foi gravado e transcrito integralmente, sem alterações nas falas dos participantes. As transcrições foram abertas para o pesquisador apenas após o término da última entrevista. Esse procedimento visava à não interferência com a prática pedagógica no setor.

No que tange à análise do material, também de acordo com o MEDS, realizou-se uma análise êmica, ou seja, extraíram-se categorias a partir do discurso dos participantes, não havendo, portanto, categorias pré-estabelecidas quando se debruçou sobre o material. Ainda em conformidade com o método, tais categorias foram extraídas a partir do que Nicolaci-da-Costa (2007, 2013) denomina análise interparticipantes. Isso consiste em analisar sistematicamente as falas dos participantes, item a item do roteiro, de forma a poder estabelecer comparações, semelhanças e diferenças entre as categorias que aparecem nos discursos dos entrevistados.

Apresentam-se a seguir os resultados da análise das perguntas mais fortemente relacionadas ao tema das defesas profissionais.

Resultados

Dos oito participantes que compuseram a amostra, dois eram do sexo masculino e seis eram do sexo feminino e tinham entre 25 e 30 anos. Para os fins deste trabalho, não haveria espaço para se apresentar todo o material coletado na pesquisa. Foram selecionados, desse modo, cinco perguntas que

mais se relacionavam às defesas profissionais. Apenas o material oriundo das respostas a essas perguntas foi contemplado.

É importante ainda destacar que, em se tratando de um grupo tão específico, a fim de se preservar a identidade dos participantes, não foram reveladas suas idades, e o gênero de alguns dos entrevistados foi trocado.

Dificuldades e temores na escolha da especialidade

Se se considerar o zelo apostólico como uma “tomada de partido” do médico na consulta, pode-se pressupor que é em situações nas quais os residentes manifestam dificuldades que se encontrarão as origens das reações imediatas e dos conflitos nos atendimentos. Por outro lado, se se estende o conceito do zelo apostólico não apenas para a predisposição ao conflito, mas também para a fuga dele que pode ocorrer em relações de tanta responsabilidade, deve-se ter em conta que aquilo que é fácil e agradável para o residente poderá também ser a origem de situações avaliadas sem a devida isenção.

As perguntas foram formuladas no intuito de se saber do que o residente gostava e do que não gostava na especialidade. As respostas revelaram as aspirações e os prazeres com a atividade profissional e também as dificuldades e os sofrimentos vividos na prática.

Os pediatras manifestaram que a especialidade permitiria o acesso à família. A criança é a porta de entrada para a família e isso os instigava. Uma residente se expressou assim sobre o que gostava na especialidade: “*Acho que o contato com a criança mesmo, tentar entender a família. Acho que na consulta de criança, por exemplo, você tem que tentar entender mais o que tá acontecendo por trás do que só: ‘Ah não vamos examinar, é isso, é isso, é aquilo’...*”. Outra demonstrou uma concepção semelhante: “*Você tem que conhecer mais a fundo, conhecer a família, que é fundamental na criança. Acho que mais que num adulto até. Você tem uma influência muito forte da família, que é o universo da criança, ainda*”.

Quando perguntadas do que não gostavam na especialidade, é interessante notar que o interesse pela família não se conflitou com a dificuldade em lidar com o adulto. Uma delas relata: “*Eu não sei, nunca consegui me relacionar muito bem com adultos. Eu acho que a criança tem uma linguagem mais simples, acessível, sempre tive mais sinceridade*”. E complementa o seu discurso ao falar de suas experiências nos plantões de emergência em clínicas privadas:

A mãe normalmente é poliqueixosa, as que eu tive contato até agora. ‘Ah, meu filho está com tosse.’ Não é só essa queixa. ‘Ele não tá comendo, na escola está ruim também.’ ‘Aí começam várias queixas. É complicado também lidar. E o pai muitas vezes fica agressivo.

Portanto, é possível conjecturar que, para alguns residentes, a criança é uma porta de entrada para se chegar perto de toda a família, mas será difícil se alcançar esse lugar sem superar algumas dificuldades em lidar com os adultos.

A oposição entre o adulto e a criança foi apresentada, associando-se a criança à verdade e à pureza, e o adulto, à mentira, à farsa. Vários residentes fizeram comentários dessa natureza. Cite-se um desses discursos. Uma das residentes diz:

Eu acho que crianças são muito verdadeiras, mais puras, não têm muita mentira. Não sei, você tem mais até coração, você se empenha, acaba se empenhando mais, porque... acaba se doando mais, tem uma diferença dentro você quando você olha uma criança, pura, falando a verdade, não está mentindo quando está sentindo dor, do que quando você não sabe realmente o que é, porque tem muita coisa por trás quando você vai lidar com adulto, assim.

As respostas ajudam a refletir sobre algumas das dificuldades pelas quais passam os pediatras no exercício de sua atividade profissional. O desejo é estar perto da família, mas lidar com o adulto e com suas demandas gera tensão e essa pode até ser penosa. Alguns se distanciaram da clínica médica e foram buscar na pediatria um lugar de apaziguamento dentro da medicina. Ficar mais perto da criança deveria trazer mais afeto e paz para esses residentes. A ilusão começa com a escolha profissional, pois o adulto é parte inerente da prática médica, mesmo na pediatria. A escolha profissional poderá trazer sérias desilusões para esses residentes.

Concepções sobre a puericultura

Perguntou-se quais seriam os fatores responsáveis pelo bom desenvolvimento da criança. Com essa questão os entrevistados mostraram suas ideias sobre os cuidados maternos, o bebê e o vínculo mãe-bebê. Na pergunta anterior conjecturou-se que as maiores ou menores idealizações sobre os adultos e as crianças interferem na relação médico-paciente. Da mesma maneira as ideias sobre a maternidade, a mãe e o bebê devem ter um papel na maneira como os médicos exercem as suas práticas.

Todos concordaram que o bom desenvolvimento da criança depende da atuação dos pais. Para alguns residentes, a palavra “cuidado” ganhava conotação geral e inespecífica como na resposta a seguir: *“Criança pequena precisa de muito cuidado pra ter essas preocupações todas mesmo, adequadas de higiene, de comida, de o mínimo de educação também”*.

Chama a atenção o uso da palavra “mínimo” no discurso, pois se verá que a ideia de “dar o máximo” aparecerá em outros discursos.

No discurso de muitos residentes o termo estímulo é utilizado com frequência quando falam sobre o cuidado materno. Seria como se o estímulo compreendesse a essência do cuidado com a criança. Assim se expressa uma das residentes: *“Não adianta a criança ter muitos brinquedos, uma criança ser super bem alimentada, ter tudo de bom e não ser estimulada pela família. Não só pelos pais, né? Pela família. Não é só deixar: ‘Deixa ali que ela vai falar, vai aprender’. Não, não é assim”*.

Outra colega tem um discurso semelhante: *“Depende dos pais também, de estímulos... eu acho que é mais estímulo dos pais mesmo. Não é só deixar: ‘Deixa ali que ela vai falar, vai aprender’”*.

Finalmente, chama a atenção outra concepção de cuidado em que os pais devem passar por grandes provações e sacrifícios. Na opinião de um dos entrevistados, a mãe se sacrifica e não pode falhar: *“Aí, assim, a mãe está preparada emocionalmente e psicologicamente e querer aquilo, ter carinho pela criança, se doar mesmo. Não deixar passar nada, ter acompanhamento, desenvolvimento físico, motor, de linguagem”*. Outra residente apresenta um discurso semelhante e cita um caso em que uma mãe faz uma dieta para evitar passar alérgenos pela amamentação:

Acho que quando a mãe quer que o filho fique bem, ela não se importa em abrir mão de algumas coisas. A gastroenterologista falou: ‘tira tudo e você vai comer só isso’. E durante um bom tempo ela fez só isso, porque ela queria que a criança crescesse, se desenvolvesse, não tivesse um problema mais grave. Isso para mim foi um exemplo, apesar de às vezes eu achar radical. Ela emagreceu dez quilos.

Observa-se pelos discursos que poucos residentes trazem consigo a ideia de que cuidar e amamentar a criança são atividades prazerosas tanto para a mãe como para a criança. O prazer que a mãe tem em cuidar do bebê é, na realidade, um excelente instrumento de aferição para se saber se o bebê está sendo bem cuidado, porém isso não parece ser compreendido pelos residentes. A maioria dos residentes, no entanto, associou os cuidados maternos a tarefas que deveriam ou não ser realizadas. Os cuidados estão muito associados aos estímulos à criança. São tarefas pedagógicas como ensino e estímulos cognitivos que, tradicionalmente, ficariam a cargo das escolas, mas que hoje, ao menos nesta amostra, parecem estar muito associadas à função materna.

Outros residentes focaram no sacrifício e abnegação da mãe. Essas duas maneiras de conceber a função materna – estímulos e abnegação – têm em comum a vigilância e a tensão. A função materna não é pensada como prazer e relaxamento. Para esses residentes, como colocado por um deles, a maternidade está associada a uma tensão constante e o relaxamento está associado ao descuido, de modo que não se pode e não se deve estar relaxado.

A prática e o zelo apostólico

Quando aparecem as questões sobre a prática, surgem os conflitos inerentes ao encontro entre médico e paciente. Alguns embates podem ser até desejáveis, outros, porém, são contraproducentes – trata-se do zelo apostólico. Pergunta-se como reagem os médicos quando as mães não cumprem as prescrições. Observa-se que muitos dos casos relatados se referem às medicações profiláticas ou a enfermidades de baixo risco, no entanto o comportamento do médico em nada difere quando há

situações de risco ou quando se trata de uma criança saudável. Aparece a indignação do médico que não consegue a cooptação do cliente. A reação do médico pode colocar em risco não só a relação médico-paciente, mas o próprio paciente. Neste primeiro caso, relatado a seguir, a mãe deu alguns dias a mais do antibiótico. Isso foi suficiente para indignar a colega.

É, eu fico chateada, eu fico bem chateada, mas eu tento explicar de novo porque é necessário fazer a medicação. Mas assim o que já aconteceu muito comigo foi: por exemplo, você passa antibiótico. Aí o antibiótico é por sete dias. 'Ah, doutora resolvi fazer dez'. Aí tento explicar pra ela por que fazer a mais também é ruim. Tudo que é de menos, tudo que é demais é ruim. Mas eu tento explicar o que é melhor pra criança. Mas eu fico chateada, bastante.

No caso a seguir, trata-se de vitaminas com ferro. Medicamentos profiláticos para um bebê saudável. A revolta da médica parece desproporcional.

Na semana passada, inclusive, teve uma mãe que, exatamente isso que eu falei. 'Ah, quantas gotas?' 'Ah, acho que sete ou oito'. 'Você faz esse remédio todo dia, você não sabe?' 'Ah, mas nem sou sempre eu que coloca na colher'. Eu: 'Ah, quem coloca?' 'Não, então, sou eu mas, não me lembro'. Eu falei: 'Ah, você não conta?' 'Eu fiquei meio que indagando pra ver se ela assumia que ela não dava realmente'.

Esses relatos têm em comum a ideia de que os bebês estão muito desprotegidos e que as mães não estão capacitadas para cuidar, de forma apropriada. O médico teria o direito de se indignar, pois a mãe teria todas as condições de seguir a prescrição. Se ela não cumpriu, é porque lhe faltou zelo com o seu filho(a) e isso é revoltante!

Na resposta dada abaixo não seriam as crianças, mas as próprias mães as desprotegidas. Se não cumpriram as prescrições, é porque lhes faltaram as condições intelectuais ou sociais mínimas necessárias e o residente passa a assumir uma posição protetora com as mães. Veja-se como se coloca uma residente:

Eu tentei explicar de novo, perguntei por que que não fez. A maioria: 'ah, eu esqueci'. Ah, não lembro, não lembrava como é que é. Assim, sempre tento escrever tudo mais detalhado possível. Ontem mesmo atendi uma mãe: ah, não como é que você prepara a mamadeira? São duas medidas? Eu falei: 'É com morrinho? Ela falou: 'É, eu coloco com morrinho.' Mas Daniele, eu não te falei que não precisava do morrinho, que é para passar a faca? 'É mesmo, né?, você falou.'...Mas algumas eu acho que parecem que tem uma limitação mesmo para entender. Não sei se por causa de escolaridade ou alguma coisa assim.

A médica explica incessantemente até que a mãe adira ao seu modo. Finalmente, já não consegue entender por que as suas prescrições não são cumpridas.

A prática e o interesse em conhecer o relacionamento dos pais

Neste momento da pesquisa, indagava-se se os médicos achavam importante conhecer aspectos da vida pessoal do casal. A pergunta era conceitual, mas sabe-se que em uma residência médica o jovem profissional é marcado pelas experiências à beira do leito e pelas histórias de vida que passa a conhecer. O fato de apenas uma residente lembrar e relatar um caso sugere que os médicos não se aproximam o bastante de seus pacientes para que essas informações adquiram relevância no diagnóstico, na conduta e na evolução dos casos. Se se pensar que as mães enfrentam todos os dias o transporte público e as filas de atendimento para chegar até um espaço de privacidade onde possam falar de seus filhos e de suas vidas, é notória a falta de histórias e de casos clínicos relatados. Apenas uma das residentes contou casos que, como se verá, se mostraram de muito interesse para os diagnósticos e as condutas propostas.

Todos os entrevistados afirmaram que conhecer a dinâmica do casal é importante para a orientação de seus pacientes, mas essas afirmações eram, em geral, acompanhadas de ressalvas por parte dos residentes. Pode-se exemplificar com o discurso a seguir: "Na verdade se você ver que acha que alguma coisa da família está influenciando, você pode até tentar sugerir que a pessoa fale. Mas eu não tenho o costume." Outra residente expõe as suas dificuldades:

Muitas vezes não é passado isso pra gente... Mas eu sempre tento, assim, na medida do possível, saber pelo menos o básico, assim. Tudo bem em casa? Assim, né, entrar na família. Eu acho que é importantíssimo, mas eu não sei fazer isso muito bem, ainda.

Finalmente, transcreve-se o relato da residente que contou casos de sua própria experiência clínica. Esse relato é muito rico, pois mostra como o diagnóstico e a conduta se modificam quando se conhece a vida familiar e a sua dinâmica é enriquecida pela perspectiva de diferentes elementos da família. Pode-se observar que a dificuldade inicial, apresentada pela médica, em lidar com as mães é logo superada quando ela se deixa penetrar mais fundo nos casos:

Eu acho que o que mais me chama a atenção é que, às vezes, aquela história da mãe políquelxosa, né, que vem um milhão de queixas do filho e a criança é saudável. Não é, não tem nada. Eu acho que, às vezes, a carência emocional ou eu tive um paciente, na puericultura também, que era uma criança que ela botava o dedo na garganta e vomitava. Eu achei aquilo esquisito e por acaso eu perguntei. Aconteceu alguma coisa na sua família? Aí ela: Ah, doutora eu não te contei, mas meu marido foi assassinado. Tem quinze dias e foi justamente quando ela começou a fazer isso. Eu falei: Ah, então pode ser realmente alguma coisa, alguma forma de defesa, alguma forma de... E aí comecei aquilo ali como... Uma outra adolescente que eu atendi, que tinha muita dor de cabeça, muita dor de cabeça, mas ela nunca chegava aqui com dor de cabeça... Até um dia que eu pedi pra mãe sair da sala na última consulta, eu falei: vou pedir, porque vai que essa menina tem alguma pra me contar... Então nesse dia ela veio me contar: Ah, doutora na verdade é porque eu não sei como é que eu vou fazer. Porque eu não quero ficar em casa quando o fulano aparece. E aí quando ele aparece a minha mãe começa a perguntar por que que ele está estranho. Por que que as roupas que ele usa e eu não quero dar explicação. Então eu prefiro não encontrar com ele, então eu peço pra ser levada pro hospital, quando eu estou com muita dor, quando eu sei que ele vai aparecer... Essas duas histórias me marcaram muito.

O pediatra que desejam se tornar

Passe-se para a pergunta em que os médicos discorrem sobre o tipo de pediatra que desejariam se tornar. O nosso sistema público de saúde ainda privilegia a medicina hospitalar e leva o residente a confundir medicina ambulatorial com o consultório privado. Foi marcante a opção dos residentes pelo consultório. Para eles, a pediatria está associada a uma prática ambulatorial em que o médico atua cuidando da criança e da família. Esse é o lugar que desejam ocupar. Uma residente responde: “*Eu tenho vontade de ter um consultório particular, acho que é o meu perfil. Eu gosto de consulta ambulatorial, gosto de acompanhar paciente. Eu sempre quis assim*”.

Em outro depoimento aparece o consultório associado ao acompanhamento do desenvolvimento da criança: “*E ter um acompanhamento certo, né, pra um bom desenvolvimento, crescimento.*” Quando a entrevistadora pergunta se ela está se referindo a ter um consultório, ela responde afirmativamente: “*É clínica*”.

Os planos de abrir ou não um consultório de pediatria não modificaram o desejo que os residentes expressaram – todos se manifestaram dessa maneira – de ir além das questões da técnica e estarem preparados para isso. Houve aqueles que manifestaram esse desejo pelo que gostariam de ser e outros que manifestaram temor no que poderiam se transformar. Vejam-se as respostas do primeiro grupo. Uma residente respondeu:

Que eu quero é ser uma pediatra completa... E também uma pediatra que tem uma relação boa com os pacientes, quanto com a família. Que consiga entender as outras questões envolvidas, não só a doença física da criança, né? Assim, uma pessoa com que eles possam contar, eu acho, nas dificuldades. Talvez não só naquela rotina de levar pro pediatra, de pesar, de ver gráfico, de crescimento, de ver vacina e tal.

Por que alguns médicos, ainda tão jovens, se preocuparam em “perder a sensibilidade” ao longo da vida profissional? Certamente, esse acontecimento é percebido nos médicos mais velhos, próximos a eles. Escolheram a profissão pela “vontade de ajudar”, como se viu, ou pelo intenso afeto que as crianças despertam. Porém se deparam com médicos que com o passar do tempo tornam-se embrutecidos, sem tempo para os pacientes e sem prazer em atender-lhes. Há algo que se perde em muitos dos colegas e

essa perda é uma ameaça ao jovem médico. Veja-se uma dessas respostas. Diz uma das residentes: “*Ter sensibilidade sempre, porque acho que isso é importante. Porque, às vezes, você vê gente muito mais velha, que acaba, né, acaba a sensibilidade... Acaba a sensibilidade, fica só a com a qualidade técnica*”.

Finalmente, gostaria de se destacar uma residente que aborda outros temores quanto ao seu futuro profissional. A sua resposta não está centrada nem nos aspectos financeiros e nem na perda de sensibilidade, como manifestaram outros residentes. A médica traz para a reflexão uma questão nova: o temor de que o envolvimento com as demandas das famílias possa levá-la a perder a sua individualidade. Essa resposta pode ajudar a compreender por que os médicos, com o tempo, se tornariam mais embrutecidos. Seria essa insensibilidade uma defesa contra a demanda emocional que o médico se sente impelido a despendar para lidar com a carência das mães e das crianças? Ouça-se a colega:

Eu espero ser carinhosa, atenta, lutar bastante pelos meus pacientes, assim, o máximo que eles precisarem de mim. Eu só tenho um pouco de medo de atrapalhar, assim, eu fico pensando em quanto que isso vai interferir na minha vida com os meus filhos, que eu tenho uma vontade louca de ser mãe, assim.

Discussão

A função apostólica e a pediatria

Pode-se dizer que um aspecto relevante do zelo apostólico se deve à dificuldade do médico em conhecer a história de seus pacientes em sua dinâmica familiar (Balint, 1969). A pediatria é uma especialidade complexa, pois a criança nem sempre é o foco principal da consulta. A mãe ou outro membro da família pode ganhar maior relevância. O que precisa ser levado em consideração é que não se pode compreender a criança fora de seu contexto familiar: a relação mãe-bebê está sempre em questão. Viu-se como os residentes que se interessam em conhecer o ponto de vista de vários membros da família e colhem histórias em separado das crianças e dos pais são capazes de compreender outra dinâmica do atendimento. Quando o médico não teme mais encontrar as falhas da mãe ou de outros membros da família, chega-se a novos diagnósticos e uma conduta distinta se impõe.

Em outro caso a residente se interessou em aprofundar as perguntas sobre a vida da família e só então soube da morte do pai e pôde formular novas hipóteses diagnósticas. Na opinião deste estudo, essa dinâmica só pode ser conhecida quando o pediatra é capaz de diminuir as idealizações a respeito das crianças e das mães.

Essas idealizações não devem ter sido adquiridas na formação médica, mas trazidas por cada um para a formação e a prática. A pesquisa, de fato, sugere que muitos residentes escolheram a especialidade pelas dificuldades em lidar com adultos e pelas representações idealizadas a respeito da criança. Como é possível imaginar que esse grupo possa estar próximo da família sem um trabalho sobre a subjetividade?

Por outro lado, a idealização do bebê cria a expectativa, segundo a qual, as mães deveriam tratar de seus bebês perfeitamente. Muitos dos residentes mostraram-se implacáveis quando qualquer falha em suas prescrições, por menor que fosse, era detectada. A partir de conceitos culturais tão arraigados, o zelo apostólico aparece com um fenômeno demasiadamente natural para boa parte dos pediatras.

O jargão, usado com frequência pelos residentes da “mãe poliqueixosa”, ou seja, aquela que exige demais dos médicos, pode ser compreendido a partir do zelo apostólico dos pediatras: são a idealização do bebê e a culpa que acompanha esse processo que levam o pediatra a exigir que as mães vigiem e cumpram rigorosamente as prescrições. No fundo, as mães querem apenas que os médicos se disponham a ter uma relação empática com elas. Se o profissional se dispuser apenas a ouvir as queixas e disser que não há motivos para preocupações, pois os exames clínicos atestam a boa saúde das crianças, elas sairão bastante confortadas dos consultórios. Viu-se que, em muitos casos, são os médicos que se comportam de maneira excessivamente exigente com as mães.

Outro ponto a ser destacado refere-se à ideia da mãe como promotora da saúde do filho. Nessa concepção, a criança não se desenvolve adequadamente apenas por pertencer a um grupo familiar saudável e afetivo. São necessárias execuções de tarefas que são implicitamente aferidas e monitoradas pelos pediatras. Aquelas que se sacrificam mais e são mais vigilantes parecem receber mais empatia por parte dos profissionais. Há pouca valorização do prazer de estar com os filhos, do tempo de lazer e relaxamento, enfim, do *brincar* winnicottiano (Winnicott, 1975). Essa visão mais objetivada da maternidade parece refletir uma dificuldade de aproximação das questões subjetivas, envolvidas na relação mãe-bebê. Em um trabalho recente Morais e colaboradores (2015) mostraram que os pediatras podem se tornar mais leves e ter mais prazer nos atendimentos após uma intervenção da psicanálise na educação dos médicos.

Em resumo, as idealizações sobre os adultos e as crianças, por parte desses jovens pediatras, parece estar na base do zelo apostólico, verificado em suas práticas. O desejo do médico não é ser apenas a pessoa acionada para solucionar as questões objetivas, mas também aquela que tem a confiança da família para opinar em muitas outras questões. Entretanto as dificuldades em entrar em aspectos da vida pessoal do casal e conhecer a dinâmica familiar, de incluir o pai na consulta, de considerar as dificuldades da mãe dentro de seu contexto social mais amplo são impeditivas para que o médico alcance esse lugar desejado.

Pela naturalidade com que os residentes apresentaram os seus conceitos idealizados e manifestaram o zelo apostólico em tantas ocasiões ao longo das entrevistas, pode-se conjecturar que as dificuldades mostradas não devem ser apontadas e discutidas pelos preceptores, pediatras veteranos. Se os preceptores compactuam dos mesmos conceitos, pode-se imaginar que essas posturas não se modificarão ao final da formação.

Crê-se que conceitos winnicottianos podem despertar no pediatra um olhar voltado para o prazer da mãe na relação com o filho e torná-lo menos preocupado com o estímulo e a execução de tarefas. No entanto essa informação não pode ser apenas teórica. Métodos de discussão de caso, como os concebidos por Balint, ou modificações destes poderão ajudar o pediatra a reformular a sua prática.

Considerações finais

Procurou-se, com o presente artigo, conhecer aspectos da subjetividade dos residentes envolvidos em suas práticas. As idealizações sobre a criança e o adulto podem estar relacionadas às angústias dos médicos e às reações profissionais defensivas. Não foi objetivo deste estudo avaliar a intervenção pedagógica descrita, mas acredita-se que se precisará de maior escopo de investigações, capazes de instrumentalizar na construção de práticas pedagógicas inovadoras no campo da medicina, as quais possam aprofundar as intuições seminais de Balint.

Referências

- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*, 17(82), 269-276.
- Balint, M. (2005). *O médico, seu paciente e a doença* (2a ed.). São Paulo: Atheneu.
- Bar-Sela, G., Lulav-Grinwald, D., & Mitnik, I. (2012). "Balint group" meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and to reduce burnout level. *J Cancer Educ*, 27(4), 786-9.
- Biermann, G., Böhm, C., & Berz E. (1968). The Balint group: a method of psychotherapeutic refresher training in pediatric practice. *Monatsschr Kinderheilkd*, 116(6):375-6.
- Courtenay, M. (2000). *Patterns of avoidance: the variety of defensive behaviours*. In J. Salinsky, & P. Sackin. *What are you feeling, doctor?* (pp. 85-94). Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dickstein, P. J., (2015). *Subjetividade dos médicos em formação e a prática pediátrica*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Eider, A. (2015). The still point of the turning world? Building on Balint: a personal view. *Int J Psychiatry Med*, 49(2), 128-35.
- Faure, F. (1978). *La doctrine de Michael Balint*. Paris: Payot.
- Lelorain, S., Sultan, S., Zenasni, F., Catu-Pinault, A., Jaury, P., Boujut, E., & Rigal, L. (2013, março). Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in France general practitioners. *Eur J Gen Pract*, 19(1), 23-8.
- Mahoney, D., Diaz, V., Thiedke, C., Mallin, K., Brook, C., Freedy, J., & Johnson, A. (2013). Balint groups: the nuts and bolts of making better doctors. *Int J Psychiatry Med*, 45(4), 401-11.
- McKensy, A. & Sullivan, L. (2016). Balint groups: helping trainee psychiatrists make even better use of themselves. *Australas Psychiatry*, 24(1), 84-7.
- Morais, A. S., Bronzatto, E. M. K., Lerner, R., & Kupfer, M. C. M. (2015). Effects of Pediatric Training for Detecting Signs of Developmental Problems. *Psicol Cienc Prof*, 35(2), 359-373.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (2007). O campo da pesquisa qualitativa e o método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 65-73.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (2013). In A. M. Nicolaci-da-Costa & D. Romão-Dias. (Orgs). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. Rio de Janeiro: PUC-Rio e Edições Loyola.
- Salinsky, J. & Sackin, P. (2000). *What are you feeling, doctor?* Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Seidman, I. (2013). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences* (4th ed.). New York, NY: Teachers College Press.

Recebido em 04/07/2016

Aceito em 22/02/2017

Paulo Dickstein: pediatra e psicanalista, médico do Hospital Federal dos Servidores do Estado, mestrado em Saúde da Criança e Adolescente – UFF, doutorado em Saúde Coletiva –UFRJ, coordenador professor de Pós-Graduação em Pediatria, PUC-Rio.

Júlio Sérgio Verztman: psicanalista, psiquiatra, doutor pelo IPUB-UFRJ, professor permanente do programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, PPGTP-UFRJ, professor permanente de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, IPUB-UFRJ.

Daniela Romão Barbuto Dias: mestre e doutora em psicologia clínica pela PUC-Rio e professora adjunta da PUC-Rio.

Beatriz Pinheiro de Andrade: graduação em psicologia clínica pela PUC-Rio .