

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CARDIOLOGIA E CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

SANDRA GEHLING BERTOLDI

**CONTRIBUIÇÃO DO DISCURSO PSICANALÍTICO  
PARA A FORMAÇÃO MÉDICA.**  
**Um Estudo de Caso na Faculdade de Medicina  
da Universidade Federal de Pelotas**

Porto Alegre, setembro de 2011

**SANDRA GEHLING BERTOLDI**

**CONTRIBUIÇÃO DO DISCURSO PSICANALÍTICO  
PARA A FORMAÇÃO MÉDICA.  
Um Estudo de Caso na Faculdade de Medicina  
da Universidade Federal de Pelotas**

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, sob a orientação do Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi.

Porto Alegre, setembro de 2011

SANDRA GEHLING BERTOLDI

**CONTRIBUIÇÃO DO DISCURSO PSICANALÍTICO  
PARA A FORMAÇÃO MÉDICA.  
Um Estudo de Caso na Faculdade de Medicina  
da Universidade Federal de Pelotas**

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, sob a orientação do Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi – Orientador**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Andreia Biolo - Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

---

**Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik - Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.Jadete Barbosa Lampert - Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Nestrovsky Folberg - Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

À minha mãe, Zulmira, que ao ensinar, fez arte do corte e costura,  
e ao meu pai, Hugo, presença que fez diferença.

## AGRADECIMENTOS

- Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Cardiologia e Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela confiança em mim depositada, em especial, ao professor Luis Eduardo Rohde, pelo apoio.

- Ao professor Waldomiro Carlos Manfroi, pela inspiração que representa ao ensino médico do país, por acreditar em meu trabalho e pela oportunidade de aprender com alguém sempre disposto a aprender.

- À professora Maria Nestrovski Folberg, pela excelente qualidade das aulas, pela riqueza das discussões, pelo constante apoio e carinho.

- A todos os colegas com quem tive a sorte de conviver, tanto do grupo de Pós-Graduação em Educação e Saúde, como do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Psicanálise e Educação (NEPPE). Grupos tão fecundos enriquecem as condições de pesquisa e as possibilidades de aprender.

- Aos colegas do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, dos pioneiros aos atuais, sem os quais este trabalho não existiria.

- Ao colega e amigo Fábio de Alencar Braga, um particular agradecimento pelo estímulo e disponibilidade constantes.

- Aos pacientes e alunos, que aceitam “viajar” comigo pela simples ventura de acreditar na verdade do ser, especialmente à turma de alunos/monitores de 2009, participantes da pesquisa.

- Às bolsistas voluntárias de pesquisa, Bruna Maia Amorim e Ellen Cristine Hoffmann, pelo dedicado trabalho de transcrição do material gravado em minucioso texto escrito.

- A Sérgio Messias, pela singularidade analítica, a partir da qual foi possível fazer deste texto, um ato.

- Aos meus amores - Carlos, incentivador e companheiro de todos os momentos, e nossos filhos, Eduardo, Fernando e Alexandre, razão primeira e de toda vida - por suportarem as ausências e compreenderem meu desejo.

## RESUMO

Este é o resultado de estudo desenvolvido com alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, com o objetivo de analisar a contribuição da Psicanálise na educação médica. No ensino da Medicina, a Psicanálise é apontada, desde Freud, como importante forma de melhorar a capacidade de atendimento de pacientes. O modelo de ensino de Psicologia Médica, implantado por Abuchaim (1980), na FAMED/UFPEL, de fundamentação psicanalítica, propõe o acompanhamento longitudinal do aluno durante o curso, estimula seu contato com as pessoas e com situações comuns da vida, instigando questões provocadas pelas vicissitudes do inconsciente e seu debate. O presente estudo utiliza o método psicanalítico de pesquisa. Foram ouvidos os alunos/monitores do Projeto de Extensão “Relação Médico-Paciente em Estudantes de Medicina”, de 2009, em grupos focais e feita análise de enunciação de seu discurso. Esta destaca temas como o saber, seus desdobramentos simbólicos e os sofrimentos diante do enfrentamento da morte. A referência a expectativas, diante de exigências e demandas do meio social também é notável. A tecedura de um aprendiz é feita com aqueles que ensinam a língua e vinculam o sujeito a um contexto que integra exigências do superego, ideais e contingências da vida. Demandas superegógicas insaciáveis e cruéis são capazes de embrutecer pessoas e significar um alto risco a estudantes de medicina. Nesse sentido, questiona-se: eles podem suportar como Quíron, ser feridos em seu narcisismo? O aluno/monitor, suposto-saber em um grupo, demonstra capacidades de construir as bases para sustentar relações transferenciais. Isso se verifica, quando ele tem a coragem de dirigir-se ao outro, suportando o não saber, o que pressupõe a verdade do inconsciente como fundamento. Ao sustentar a estranheza, fazendo o corte na ilusão de um saber absoluto, o grupo cria possibilidades de que surjam as diferenças de cada um, oportunizando, através do enfrentamento do vazio, o surgimento de estilos próprios. Carregado das marcas de suas singularidades e responsabilidades, o sujeito é convocado a aprender diante dos desafios.

Palavras-chave: Psicanálise; Educação Médica; Pesquisa Psicanalítica; Transferência

## ABSTRACT

*This is the result of a study undertaken with students in the Federal University of Pelotas School of Medicine (FAMED-UFPEL), aiming to evaluate the contribution of psychoanalysis in medical education. Psychoanalysis in the teaching of medicine has been recognized, since Freud, as an important means to improve the ability of patient care. The teaching model of Medical Psychology established by Abuchaim (1980) in FAMED-UFPEL, of psychoanalytic background, proposes longitudinal follow-up of students during the course, encouraging their contact with people and with common life situations, prompting questions that are provoked by the vicissitudes of the unconscious, and their debate. The study uses the psychoanalytic method of research. Student-monitors in the 2009 extension project "Doctor-Patient Relationship in Medical Students" were heard in focus groups, and their speech was subjected to discourse analysis. The analysis highlights issues such as knowledge, its symbolic aftermath, and the suffering brought by facing death. The reference to expectations regarding requirements and demands from the social environment is also remarkable. The weaving of a learner is made with those who teach the lingo and bind the subject to a framework that integrates superego demands, ideals and life contingencies. Insatiable and cruel superego demands can brutalize people and pose a significant risk for medical students. Can they endure, as Chiron, to be injured in their narcissism? The student-monitors, as supposed-to-know in a group, demonstrate the ability to build the foundation for sustaining transference relationships, as they have the courage to address the other supporting the not knowing, which presupposes the truth of the unconscious as a foundation. By supporting the strangeness and cutting the illusion of absolute knowledge, the group creates possibilities that arise from each other's differences, providing the opportunity, through the facing of the void, for the emergence of their own style. Born of the trademarks of their singularities and responsibilities, the subject is called to learn in the face of the challenges.*

*Keywords: Psychoanalysis; Medical Education; Psychoanalytic Research;*

*Transference*

## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>II PSICANÁLISE E FORMAÇÃO MÉDICA.....</b>	<b>11</b>
<b>III A PSICANÁLISE NA FORMAÇÃO DOS MÉDICOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFPEL – A LEIGA .....</b>	<b>16</b>
<b>IV PROJETO DE EXTENSÃO EM RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....</b>	<b>18</b>
<b>V PSICANÁLISE COMO MÉTODO DE PESQUISA.....</b>	<b>20</b>
<b>VI CONSTRUÇÃO DA PESQUISA PSICANALÍTICA NA LEIGA .....</b>	<b>23</b>
<b>VII SABER, SEXO E MORTE .....</b>	<b>25</b>
<b>VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>

Artigo: Atender à Tirania ou Desejo de Bem Atender? Psicanálise na Formação Médica.

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>2 PSICANÁLISE E FORMAÇÃO MÉDICA.....</b>	<b>54</b>
<b>3 A PSICANÁLISE NA FORMAÇÃO DOS MÉDICOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFPEL – A LEIGA .....</b>	<b>57</b>
<b>4 PSICANÁLISE COMO MÉTODO DE PESQUISA .....</b>	<b>60</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO - SABER, SEXO E MORTE .....</b>	<b>63</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>

## I INTRODUÇÃO

Este trabalho situa-se na intersecção Psicanálise e formação de médicos, e analisa a contribuição do método psicanalítico na Faculdade de Medicina da Ufpel. O modelo de ensino de Psicologia Médica, implantado por Abuchaim (1980), na Universidade Federal de Pelotas, é essencialmente baseado no método psicanalítico, e vem participando da formação de cerca de quatro mil médicos, desde 1968.

As evoluções da Ciência Médica respondem a demandas crescentes, muitas vezes com custos altos para quem se encontra na linha de frente. Pressionados por ideais sociais enlaçados a suas singularidades, os jovens chegam às faculdades de Medicina com extensa bagagem, mas com um importante caminho a ser trilhado junto a seus professores. Observa-se que médicos são convocados para atender sofrimento e morte e, nesse sentido, a busca contínua pela excelência promove avanços constantes, mas envolve riscos.

Gigante (1983) nomeia a Medicina como ciência das incertezas – de saber, de poder e de ter. O autor sugere colocar a soma destas incertezas - grande demais para ser suportada pelos seres humanos - como numerador de uma fração, cujo denominador seja a certeza de ser. Para isso, é preciso estar ancorado na consciência das incertezas, no amor, e na ética. (Gigante, 1983. p. 58)

Kehl (2002) fala de uma crise ética contemporânea, ligada à dificuldade atual de reconhecimento da lei e à desmoralização do código. A lei universal de interdição ao incesto, mítica, funda nossa condição de seres da cultura, com uma renúncia ao excesso de gozo, e impõe-se, sem estar escrita em lugar algum, delimitando os agrupamentos sociais humanos. A origem e a transmissão da lei se dão pela linguagem, pela inscrição no inconsciente de formações da cultura. A dívida simbólica representa o preço a pagar pela condição humana, é uma dívida com os antepassados e com a coletividade a que pertencemos, seja ela representada pela cultura, pelo país ou pela classe social. Para a autora, cada geração se constitui pelo rompimento com a anterior, sustentando-se na valorização individual, no consumo e no gozo. Ao mesmo tempo, quando situa o corpo teórico atual da Psicanálise, coloca-o num patamar que leva em conta modalidades de alienação e liberdade específicas do período.

Levantam-se as perguntas: Como pode um médico constituir-se na contemporaneidade? Como fica o sujeito que faz Medicina, diante das demandas do corpo social, diante das demandas inesgotáveis de excelência da Ciência Médica, do mercado, da indústria farmacêutica?

Aprendemos com Freud (1926) a importância de conhecer e saber manejar a transferência para atender alguém, seja onde for. Para tanto, é preciso manter vivo o sujeito, tanto no paciente como no médico. Estudantes de Medicina correm riscos. Tal como Asclépio, será “fulminado pela ira dos deuses” o médico que ousar “tornar-se senhor da vida e da morte?” Qual o lugar reservado ao médico? Podendo haver morte e criação de palavras, mantém-se o sujeito-médico fiel ao juramento hipocrático, “de per si”?

## II PSICANÁLISE E FORMAÇÃO MÉDICA

No artigo Ensino da Psicanálise Nas Universidades, Freud (1919 [1918]) discute o valor da Psicanálise para a formação de médicos e cientistas. Ao fundamentar a importância da Psicanálise para a formação médica, Freud destaca, inicialmente, a deficiência na educação médica, gerada pela maneira parcial que dirige o estudante para os campos da Anatomia, da Física e da Química, enquanto falha no esclarecimento do significado dos fatores mentais nas funções vitais, bem como nas doenças e seu tratamento.

Esta deficiência na educação médica faz-se sentir mais tarde numa flagrante falha no conhecimento médico. Essa falha não se manifestará apenas na sua falta de interesse pelos problemas mais absorventes da vida humana, na saúde ou na doença, mas também o tornará inábil no tratamento dos pacientes, de modo que até mesmo charlatães e “curandeiros” terão mais efeito que ele. (FREUD, (1919 [1918]), p. 217).

Portanto, os cursos de Psicologia Médica surgiram como tentativas de resposta a essas deficiências no currículo universitário. Em seu artigo, Freud afirma: “A psicanálise, na verdade, mais do que qualquer outro sistema, é adequada para o ensino da psicologia ao estudante de medicina.” (Freud (1919 [1918]), p. 218)

Em suas considerações, o autor pondera que o estudante de Medicina jamais aprenderia a Psicanálise propriamente dita. Explica que, para cumprir os objetivos pretendidos, é suficiente que o aluno aprenda algo *sobre* psicanálise e que aprenda algo a *partir da* psicanálise. Freud (1919 [1918], p. 220) Ao mesmo tempo em que salienta a especificidade do método psicanalítico, aponta-nos os efeitos fecundadores do pensamento psicanalítico sobre outras disciplinas.

A Psicanálise foi colocada, por Freud (1937), junto da Educação e do ofício de governar como profissões 'impossíveis': “[...] quanto às quais de antemão se pode estar seguro de chegar a resultados insatisfatórios”. (Freud, (1937, p. 282)

Quase meio século mais tarde, Lacan (2006b) considerava que o psicanalista está envolvido em sua função, mesmo que não se mexa e se cale a maior parte do

tempo. Segundo ele, isto ocorre na medida em que o psicanalista é capaz de ser função do desejo do Outro. “Só que é preciso saber o que se faz. Menos aí, aliás, que em todos os outros lugares, não se pode ignorar que o verdadeiro móbil de uma estrutura científica é sua lógica, não sua face empírica”. (Lacan, 2006b, p. 58)

Assumindo o inconsciente freudiano, não apenas como o que escapa à consciência, mas como o lugar onde se faz reconhecer o desejo ignorado pelo locutor, mostra-se sua relação com a verdade. O inconsciente fala de acordo com sua própria gramática e lógica. Para Lacan, é disto que Freud fala quando diz: “*Wo Es War, soll Ich werden*” (“Onde isso estava, eu devo advir”), ou seja, “Eu deveria ousar me aproximar do lugar de minha verdade”. Zizek lembra-nos: “[...] o que espera ali, não é uma Verdade profunda com a qual devo me identificar, mas uma verdade insuportável com a qual devo aprender a viver” (Zizek, 2010, p. 9). Assim, nesse sentido, o sujeito só deseja na medida em que experimenta o Outro como desejante. É como Outro que ele deseja, confrontando-se com o enigma, com a impossibilidade de decifração final.

Freud (1914) introduziu os referenciais ego ideal (*Ideallich*), ideal do ego (*Ich-Ideal*) e superego (*Über-Ich*), para os quais Lacan marcou a distinção, através de seu princípio estruturante imaginário-simbólico-real. A autoimagem idealizada, a maneira como eu gostaria de ser visto, é designado de *ego ideal*, é da ordem do imaginário, uma imagem especular do eu. Já o *ideal do ego* corresponde ao que tento impressionar com minha imagem do eu, o grande Outro ideal, para o qual invisto todos os esforços no sentido de dar o melhor de mim, identificando-me, é simbólico. O *superego* corresponderia a essa mesma instância; porém em seu aspecto sádico, punitivo; é real, insaciável, com exigências impossíveis.

O superego, constituído por interiorização das exigências e das interdições parentais, é definido como herdeiro do Complexo de Édipo. Ocorre identificação com a instância parental, ou seja, o superego da criança forma-se à imagem do superego dos pais, tornando-se o representante da tradição, de juízos de valor que subsistem por gerações. (Laplanche e Pontalis, 2001)

Autores como Muniz e Chazan (1992), Zaidhaft (1992), Nogueira e Martins (2003) e outros têm desenvolvido o ensino da Psicologia Médica, ampliando a capacidade dos médicos para enfrentar angústias e incertezas geradas pela atividade que envolve o contato inevitável com o sofrimento e a morte.

Eksterman (1986) cita os primeiros grupos Balint <sup>1</sup> no Brasil, organizados por Danilo Perestrello, na UFRJ, como matriz de conhecimentos necessários ao ensino da Psicologia. O autor veicula à Psicanálise a tradução do mundo simbólico como essência do existir humano.

Para Balint, o melhor remédio para o paciente é a própria pessoa do médico, apontando para a importância da prática médica e as implicações transferenciais daí decorrentes.

Gauer e col.(2006) descrevem dificuldades encontradas por profissionais de saúde para cuidarem de si e estratégias para proporcionar apoio.

Os professores, por outro lado, não transmitem atitudes magicamente aos estudantes: é preciso que haja intenção nessas atitudes, e que se instaurem cenários de ensino-aprendizagem como dispositivos adequados ao desenvolvimento de competências.

A extensão universitária configura-se em um papel importante na formação médica, não apenas por concretizar uma interação com a sociedade, mas por permitir a construção do conhecimento advindo do contato direto com ela. Através de atividades de extensão, pode-se favorecer a conscientização crítica, criando condições para que a formação não fique restrita a aspectos técnicos, integrando-se à rede assistencial e ao papel socialmente demandado de humanização, sensibilização, percepção de necessidades sociais, trabalho em equipes multidisciplinares e desenvolvimento de competências.

Souza (1998) associa pesquisa no campo da Psicanálise à experiência pedagógica na formação médica. A pesquisadora defrontou-se com incertezas, enigmas e limites do conhecimento médico, legitimando a pertinência da dúvida e do questionamento no espaço da prática.

Cohen (2004) investiga a problemática do fracasso escolar, na intersecção Psicanálise e Educação, para, em um espaço coletivo e interdisciplinar, verificar o singular do fracasso na lógica contingente - a lógica que inclui o real, isto é, o impossível, o ineducável.

---

1 Os 'Grupos Balint' foram desenvolvidos pelo psicanalista húngaro Michael Balint e pressupõem a ênfase à aliança terapêutica, ao vínculo estabelecido entre profissional-paciente como propulsor ao bom atendimento. O trabalho se realiza em grupos, a partir de casos/problemas, trazidos por um médico, com um coordenador da área da saúde/mental, para que sejam discutidos e analisados, buscando ampliar a compreensão e a possibilidade terapêutica.

Demandas sociais à humanização, nos grupos científicos encontraram respostas através da definição de parâmetros pela Política Nacional de Humanização - PNH (Brasil, 2004), com a responsabilização e participação de todos os envolvidos no processo saúde-doença, reconhecendo diversidades e vulnerabilidades dos sujeitos envolvidos.

A CAPES (2008), por sua vez, criou uma nova área de pesquisa, chamada Área Multidisciplinar, voltada à adoção de atitudes interdisciplinares e humanistas, colocadas como possibilidades enriquecedoras e ampliadoras da ciência. Essa área representa o reconhecimento do desafio imposto na formação de alunos, docentes e pesquisadores, diante das várias formas de produção de conhecimento, propostas no mundo contemporâneo, e do enfrentamento das novas perspectivas teórico-metodológicas de pesquisa. Neste aspecto, Deslandes e Mitre (2009) chamam atenção para o fato de que o conceito de humanização enfrenta certo processo de banalização dos desafios que anuncia e conseqüentemente, algum esvaziamento.

A contemporaneidade confronta-se com mudanças paradigmáticas nos conceitos da ciência, com avanços tecnológicos extremamente rápidos, ou ainda com a desesperança e os novos sintomas criando formas de enfrentar o vazio.

Lacan (1997) afirma a verdade como causa, destacando, em especial, o valor de verdade do sintoma. Para tal, um saber é suposto ao analista, fundando os fenômenos da transferência. Como “sujeito suposto saber”, o psicanalista é colocado, pelo paciente envolvido no tratamento, como aquele que conhece suas respostas, seus segredos: ou seja, há o reconhecimento de outro sentido, inconsciente, para os seus atos.

Da mesma forma, o professor será colocado no lugar do saber, estabelecendo condições para a transferência professor-aluno, possibilitando uma relação que sustente o surgimento do desejo de aprender.

Eizirik (1994) compara a tarefa de professores e alunos de Psicologia Médica com a de Sísifo, no que diz respeito à resistência e ao desafio, aspectos que se reiniciam a cada semestre. Ele diz: “Não queremos ensinar e eles não querem aprender” (Eizirik, 1994).

Folberg (2009) sustenta que a educação pode apoiar-se e construir-se como uma projeção do que se pretenda ser o resgate do saber não sabido e, talvez, a possibilidade de sacudir o interior de cada um, ao provocar deslocamentos. Propõe a reverberação da palavra, no sentido de provocar deslocamentos, constituindo,

quem sabe, um mito: a escrita brotando de uma fenda entre escritor e leitor, para que as palavras sejam lançadas como palavras dirigidas, intencionadas, endereçadas e depositadas propositalmente. Segundo ela, isso é feito, pretensamente, com propósito de fazer algum efeito, provocar deslocamentos no oco de cada um, por onde escorrem e circulam os significantes, criando a pluralidade de sentidos.

### **III A PSICANÁLISE NA FORMAÇÃO DOS MÉDICOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFPEL – A LEIGA**

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (FAMED/UFPEL) foi fundada em 1963, como uma instituição particular. Em seus primórdios, não pertencia a nenhuma das universidades - federal ou católica - e ganhou o apelido que até hoje é sua marca, e pelo qual alunos, professores, ex-alunos, pacientes e comunidade a reconhecem. A instituição é chamada “Leiga”, ou seja, a não católica e não federal. Nesse sentido, vale lembrar que a palavra “Leiga” tem como definição aquele que é laico, não clérigo; ou ainda, o que é estranho ou alheio a um assunto; desconhecedor.

O sentido conotativo de “Leiga”, considerado como um atributo, puro e simples da prática da Ciência Médica, poderia sugerir uma indicação contrária aos ímpetos de um Médico? Pode-se questionar, então: como a instituição se manteve, por tantos anos, orgulhosa e repetidamente citada por seus “filhos”, em sites, fotos, festas, cartazes, formaturas, reuniões acadêmicas e de conselhos diretivos, através do carinhoso apelido da faculdade: Leiga.

Levanto a hipótese que esta peculiaridade da faculdade situe-se entre suas especificidades, em uma estrutura de ensino de Psicologia Médica de fundamentação psicanalítica com características especiais. Pode-se afirmar “Leiga”, como um nome que ocupa um lugar simbólico, ligado aos princípios ético-humanistas que fundamentaram a fundação da faculdade?

Para Lacan, o inconsciente se estrutura como uma linguagem. O significante denominado por Lacan O 'Nome-do-Pai' é a imposição simbólica de um Nome que articula uma linhagem, uma narrativa, uma história – trata-se do Nome que antecipa, ordena e perpetua a existência de alguém. (Lacan, 1998)

É pelo enfoque do inconsciente, da narrativa em busca de sentidos, que o estudo foi produzido. Isso foi feito, sem perder de vista que a Psicologia Médica está inserida no compromisso curricular de uma escola médica, visando a atender às necessidades básicas de saúde (NBS) da população: “na graduação de conferir formação geral e competências básicas ao médico para inserir-se no mercado de trabalho tão logo receba o diploma”. (Lampert, 2002)

Os Professores, Psicanalistas Darcy Abuchaim e David Zimmermann idealizaram um modelo de ensino baseado no acompanhamento longitudinal do aluno ao longo do curso médico, através de quatro disciplinas de Psicologia Médica e uma de Psiquiatria. A inserção precoce do aluno em atividades práticas é promovida através de observações semanais de uma pessoa da comunidade, durante o primeiro semestre, e posterior discussão com um monitor. O trabalho envolve mulheres grávidas, crianças, adolescentes, velhos, pessoas enlutadas, pessoas morrendo. As aulas ocorrem em pequenos grupos e utilizam a problematização<sup>2</sup>, como metodologia fundamental de ensino, tendo a teoria psicanalítica como base de fundamentação. Os problemas são propostos e discutidos pelo grupo, a partir das questões trazidas pelos alunos, provocadas pelas situações vividas nas diversas práticas. Estas práticas são vivenciadas junto aos pacientes, no convívio com colegas, com a equipe de trabalho, com professores ou, mesmo a partir dos temas sociais emergentes no momento. Os temas teóricos básicos são desenvolvidos, além de ser feita a exibição e discussão de alguns filmes relevantes ao conteúdo estudado.

A idealização do programa teve como objetivo preparar médicos para o atendimento integral do paciente. “O aluno tem de adquirir experiência e habilidade de falar com pessoas, de ouvir histórias e de acelerar, através de vivências diversas, seu desenvolvimento emocional” (Abuchaim, 1980, p. 13).

A proposta fundamentou-se “[...] em características eminentemente práticas ou vivenciais, de apreensão ou compreensão dos fenômenos psíquicos e sociais, com poucas ou mínimas concepções teóricas” (Abuchaim, 1980). Era intenção que o aluno: “adquirisse experiência e habilidade de falar com pessoas, ouvindo histórias e acelerando, através de vivências diversas, seu desenvolvimento emocional”. (Abuchaim, 1980)

A ‘Psico’, como é chamada por alunos e professores, estabeleceu-se ao longo da estruturação da faculdade, incorporando-se ao reconhecimento da própria faculdade, por alunos, ex-alunos, professores e pacientes, que a reconhecem no discurso: A ‘Psico da Leiga’. Apesar de que o programa seja continuamente revisto e avaliado, quase não há produção escrita a respeito do trabalho realizado.

---

<sup>2</sup>Construção de problemas a partir de questões propostas em práticas vividas por alunos com pacientes e com a sociedade em geral, desenvolvendo estratégias de aprendizagem, a partir destes contextos e retornando em seus atos. (Berbel, 1996; Freire, 1977)

#### **IV PROJETO DE EXTENSÃO EM RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE<sup>3</sup>**

Desde 1997, vem sendo desenvolvido o projeto de extensão 'Relação Médico-Paciente em Estudantes de Medicina'. O desafio tem sido, mais uma vez, incorporar questionamentos da Psicanálise à prática de jovens graduandos em Medicina.

Este projeto surgiu como resposta a angústias sentidas, como professora de Psicologia Médica de jovens que iniciam a difícil prática com pacientes. Apesar de várias questões serem acolhidas nas aulas, em pequenos grupos, o momento em que o aluno começa a se colocar diante do paciente, executando um ato onde é percebido como médico, torna-se marcante na sua formação, capaz de estabelecer crises e marcar seu futuro profissional. Assumir a posição médica, caracterizada pela transferência, apresenta, pois, dificuldades, riscos e desafios.

Além das disciplinas já disponíveis, a criação deste projeto permitiu trabalhar com o aluno em dois aspectos. Ao mesmo tempo em que é aluno, é ensinante, e assim se põe como sujeito suposto-saber em um grupo, imerso em todas as consequências advindas daí. É importante que os fenômenos surgidos, da ordem da transferência e do desejo de saber sejam trabalhados semanalmente no grupo de monitores, coordenado por psicanalista devidamente atento.

A monitoria, também chamada aprendizagem entre iguais ou tutoria entre iguais (Duran, 2007), instaura-se como uma metodologia facilitadora, promovendo uma prática compartilhada ao jovem aluno, para que possa se posicionar, além de propiciar, ao grupo, a oportunidade de falar a respeito das angústias surgidas durante o atendimento. Os grupos pequenos facilitam a intimidade e ajudam a quebrar exigências idealizadas do grande saber exigido ao médico.

Como a universidade não dispõe de vagas de monitoria em número suficiente, o recurso empreendido foi o de criar um projeto de extensão, ofertando quatorze vagas para alunos/monitores. A turma da Psicologia Médica correspondente é, então, dividida em pequenos grupos de três alunos para que sejam acompanhados semanalmente por um ou dois monitores. Cada grupo reúne-se no mesmo dia e hora, escolhe um paciente, e um dos alunos faz a anamnese e o exame físico. Depois, em outra sala, o grupo conversa sobre o atendimento, sobre

---

<sup>3</sup> Projeto de Atividade de Extensão, desenvolvido na Universidade Federal de Pelotas, Pró-Reitoria de Extensão e Cultura, Código DIPLAN/PREC: 52546019. Coordenadora geral: Sandra Bertoldi.

as dificuldades enfrentadas, ou sobre questões que julga importante a respeito do paciente, do atendimento e os sentimentos vivenciados. É criado um espaço para a fala das situações vividas, dificuldades, conquistas e sentimentos vivenciados. O monitor escreve um relatório.

Semanalmente é feita reunião com todos os monitores onde são debatidas livremente questões, a partir da leitura de seus relatórios, com os coordenadores do projeto, utilizando o método psicanalítico como referencial.

Os pacientes, ao agirem/reagirem aos tropeços da doença ou da inexperiência, ensinam, ou melhor, possibilitam reflexões, angústias. A partir disso, criam-se possibilidades de novas escritas, em busca de sentidos e competências.

Constantes desafios são enfrentados a cada semestre na execução da tarefa. Reconhecer e enfrentar as resistências, quando a demanda é outra, torna-se parte da construção invisível da Psicanálise, na medida em que o inconsciente permeia e constitui o Sujeito.

Não se cria a ilusão de que os problemas são/estão resolvidos. As resistências são comuns - “A Psico” é uma viagem! “Nós temos aula de Psico demais”. “Não entendo o porquê dessas aulas!”. Nesse sentido, é preciso manter claramente a posição do psicanalista, como não detentor do saber, suportar o desconforto de estar em “outra cena”, para não atender às demandas de colocar ordem, buscando referências na ética do desejo e mantendo constantes as indagações, tensões e inquietações. Bertoldi e Braga (2007)

## V PSICANÁLISE COMO MÉTODO DE PESQUISA

No artigo Dois verbetes de enciclopédia, Freud (1923), formulou um dos conceitos mais aceitos de Psicanálise, afirmando tratar-se de: 1) procedimento para investigação de processos mentais que, de outra forma, são praticamente inacessíveis. 2) De um método, baseado nessa investigação, para o tratamento de distúrbios neuróticos. 3) De uma série de concepções psicológicas adquiridas por esse meio e que se somam umas às outras, para formarem progressivamente uma nova disciplina científica.

Freud (1923) relaciona a essência de seu método à regra técnica fundamental da associação livre. Segundo ele, isso deve ser feito junto de uma atitude de atenção imparcialmente suspensa (entregar-se à sua própria atividade mental inconsciente), pautando a exploração do inconsciente com seu próprio inconsciente.

Lowenkron (2004), após ampla discussão, conclui que toda linha de investigação cuja direção da pesquisa estiver fundamentada nos conceitos fundamentais da Psicanálise - o inconsciente dinâmico, a resistência e a transferência, tem o direito de chamar-se psicanalítica.

Freud definiu a transferência (1926) como uma peculiaridade das relações emocionais com o médico, lembrando que ela não se baseia na situação real, tanto de caráter afetuoso como hostil, e que deriva de suas relações com os pais.

Para Caon (1994), uma leitura dirigida pela escuta é a base para que o pesquisador identifique significantes nos dados trazidos por sua investigação, abrindo novos sentidos. A essência da pesquisa psicanalítica ocorre na abertura de sentidos para os dados com os quais o pesquisador está vinculado.

Segundo Caon (1994), o pesquisador psicanalítico deverá passar por três momentos. O primeiro acontece quando realiza a pesquisa do Inconsciente, em sua própria análise, imerso no amor transferencial, ao viver a situação psicanalítica de tratamento. Autorizado a ocupar o lugar de analista, instala-se o segundo momento de pesquisa, baseado na atenção livremente flutuante e na associação livre. A recomendação de Freud (1912, p. 150), de “[...] prestar igual reparo a tudo, constitui a contrapartida de que o paciente comunique tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção”. A análise, através da transferência, permite uma identificação com o trabalho de investigação do analista, propiciando ao analisando o desenvolvimento

de uma atitude investigativa. Esta é, como nos ensina Kehl (2002), a ética da Psicanálise, uma “[...] ética de investigação, segundo a qual a dúvida deve sempre poder abrir uma brecha na fortaleza das certezas imaginárias com as quais o narcisismo do *eu* se defende.” (Kehl, 2002, p. 145) A situação psicanalítica de pesquisa surge como o terceiro momento de investigação, devendo ser examinada à luz da situação psicanalítica de tratamento, pois daí retira seu modelo. O que as distingue, fundamentalmente, será o destino dado à transferência em cada uma, buscando a dissolução na primeira ou sendo instrumentalizada, para a produção do texto, na pesquisa psicanalítica. (Caon, 1994)

O pesquisador psicanalítico é o primeiro sujeito de sua pesquisa, na medida em que está implicado no processo transferencial. O campo de ação é o inconsciente, sendo que os objetivos e métodos utilizados serão as vias ou perspectivas de acesso. (Caon, 1994, p. 23)

Sauret (2003) chama a atenção dos pesquisadores da área para que, se não se desconsiderar a Psicanálise, a estrutura do sujeito é, em todos os lugares, a mesma; por outro lado, o autor mantém em aberto os questionamentos sobre a validade dos conceitos da Psicanálise e sobre a própria pesquisa psicanalítica, transportados fora do dispositivo da análise. Sauret (2003) indica, contudo, pistas que permitem alguns passos seguros. Os fatos de observação são referidos à própria estrutura, ou seja, à relação do sujeito com o significante, de acordo com o esclarecimento fornecido pela teoria psicanalítica. Salienta ser preciso haver encontro que mobilize a palavra, suscetível de avaliação com os elementos da estrutura. Distingue Psicanálise de Método Psicanalítico.

A partir de Lacan, tem-se que:

A psicanálise só se aplica, em sentido próprio, como tratamento, e, portanto, a um sujeito que fala e que ouve. Fora desse caso, só pode tratar-se de *método psicanalítico*, aquele que procede à decifração dos significantes, sem considerar nenhuma forma de existência pressuposta do significado. (Lacan, 1998, p. 758)

Para Sauret (2003), o método psicanalítico “dá a palavra ao sujeito, leva em conta o efeito de falta introduzido pela linguagem e permite que essa falta, fundamentalmente inconsciente, seja mantida”. (Sauret, 2003, p. 98). Este autor

concebe o método psicanalítico, baseando-se nos quatro conceitos fundamentais da Psicanálise, propostos por Lacan - inconsciente, transferência, repetição e pulsão – sendo passível de transposição fora da análise, apenas sem romper o laço com o discurso analítico. O real se manifesta como um enigma, como um limite do saber, e também como único, o estilo próprio.

## VI CONSTRUÇÃO DA PESQUISA PSICANALÍTICA NA LEIGA

Como psicanalista e “filha da Leiga” comprometida com a “Psico”, enfrento os novos desafios provocados pela Ciência Médica na formação de médicos. Investigar a contribuição dos saberes psicanalíticos em práticas de ensino-aprendizagem e o espaço ocupado pelo método psicanalítico no processo de formação médica, tornou-se uma construção, elaborada a partir da hipótese fundante da pesquisa, baseada em Freud (1919), de que a Psicanálise contribui para a formação de médicos. Assim nasceu a escolha transferencial do tema: “a contribuição da Psicanálise para a formação médica da Leiga”, bem como do grupo de Alunos/Monitores participantes do Projeto de Extensão “Relação Médico-Paciente em Estudantes de Medicina”, como amostra do grupo social da Faculdade de Medicina para a pesquisa. (Minayo, 2006)

Os alunos referidos procuram voluntariamente o projeto de extensão citado e permanecem, durante um ano, exercendo a atividade de aluno-monitor. Forma-se, assim, um grupo heterogêneo, pois se misturam alunos de vários semestres, a partir do quarto semestre da graduação. A única exigência é que o aluno já tenha cursado a disciplina. Há bastante procura; por isso, é feita uma seleção, através de uma entrevista e da discussão de um texto escrito ou de pequenos casos clínicos, correspondentes ao semestre cursado.

A convicção dos idealizadores foi de que o ensino de Psicologia Médica, com fundamentação psicanalítica, seria necessário em uma faculdade de Medicina. Apesar da integração com outros professores e alunos, da convivência agradável entre alunos e professores, bem como pela participação ativa e continuada de alunos, nos Projetos de Extensão, o trabalho defronta-se com desafios e resistências, que se repetem a cada semestre.

No decorrer dos anos, modificações foram feitas, em busca de sentidos e de reverberações das inúmeras especificidades e subjetividades dos sujeitos que formaram o corpus pulsante da “Psico da Leiga”. Foi mantido o fio condutor original: fomentar o contato com pessoas e situações, aumentando, com isso, o laço social, sempre propiciando a reunião em pequenos grupos e instigando questões provocadas pelas vicissitudes do inconsciente. O contato com o aluno ao longo de sua formação, de forma continuada, longitudinal, sustentado por Abuchaim, é obtido

através das quatro cadeiras de Psicologia Médica e uma de Psiquiatria. Esta condição permite o desenvolvimento da vinculação transferencial indispensável para que o aluno se mantenha desejando aprender e enfrentando os desafios impostos.

Toda a hipótese deve suportar ser interrogada. É onde situamos nossa pesquisa, questionando, em relação à formação médica: Como se configura o saber da Psicanálise? Qual o espaço ocupado pelo método psicanalítico?

Os alunos foram convidados para a pesquisa e distribuídos em três grupos, de modo a criar grupos menores. Com dois grupos, foram feitas três reuniões; com um grupo, foram feitas duas reuniões, todas gravadas. O material foi transcrito com a ajuda de duas alunas participantes do projeto, e analisado pela pesquisadora, a partir dos pressupostos psicanalíticos, segundo as concepções da análise da enunciação. (Minayo, 2006) O registro contou com anotações escritas das gravações de voz, a respeito das falas e das atitudes dos sujeitos, isto é, dando atenção aos significantes, sinalizando interrupções, suspensões, hesitações, gestos, entonações, com o intuito de capturar sinais sutis, fundamentais da produção do Sujeito para as conclusões do estudo. (Minayo, 2005)

## VII SABER, SEXO E MORTE

Partindo de uma leitura psicanalítica, referenciada nos paradigmas que orientam a formação médica na Leiga, e da transferência que mobilizou a pesquisa, foi possível construir a rede significante de um discurso.

Foi feita uma primeira leitura do material, acompanhada de pequenas anotações, sem preocupação com sentido ou compreensão.

Como ensina Fábio Herrmann (2001, p. 23) “[...] a demora no preenchimento da significação [...] Deixa que surja, o que há de surgir”.

Na medida em que novas leituras foram feitas, foram emergindo algumas questões significantes, permeando o discurso, em meio aos temas emergentes em cada reunião. Foram feitas anotações pontuais e destaques, na leitura de cada reunião. Semelhanças, diferenças e contrapontos foram sendo identificados. À medida que foi evoluindo a análise, foi sendo possível configurar um discurso, capaz de dar sentido a um texto e, espera-se, capaz de abrir-se em novas reverberações. O discurso que se foi configurando é apresentado juntamente com referenciais teóricos, pois são as redes simbólicas que dão sustentação.

Pode-se perceber, no discurso do grupo, a busca de um saber ilimitado, idealizado, exigente, atribuído a uma figura mítica de Médico, que transcende aos conhecimentos possíveis. Esse saber correspondente a uma figura idealizada, advinda de um Outro lugar, estabelecida muito antes do juramento hipocrático, feito no ato solene da Colação de Grau. Surge antes mesmo do vestibular de ingresso na faculdade.

Schüller (2009) ensina que o mito é palavra de verdade nos contos homéricos. Para conhecer o homem, tem que se ir ao mito, à verdade do mito, pois as concepções do homem se manifestam no mito. O mito confere uma fórmula discursiva a alguma coisa que não pode ser transmitida na sua definição de verdade.

É na narrativa grega de uma trindade ferida que o mito médico se desenvolve. Asclépio é filho de Apolo, o deus da saúde, da música e da beleza, e de uma mortal, Corônis. Temendo que o deus a abandonasse na velhice, Corônis, embora grávida de Apolo, une-se a outro. O deus manda matá-la, mas retira o filho do ventre materno e o entrega ao centauro Quíron, para ser educado. Quíron, centauro

imortal, tutor de heróis famosos, entendia a dor e o sofrimento dos enfermos, por ser portador de uma ferida incurável, e ensina Medicina a Asclépio, que, com seu formidável empenho, chega a ressuscitar defunto. Provoca, assim, a fúria de Hades, o soberano do reino dos mortos, que se queixa a Zeus, pela insolência de Asclépio de ousar tornar-se senhor da vida e da morte. Asclépio é fulminado por um raio. Apolo extravasa sua dor, matando aqueles que fabricaram os raios que mataram seu filho, pedindo ainda a Zeus que o immortalize. (Tuoto, 2010; Felix, 2011).

O discurso mítico, conforme ensina Folberg (2009, p. 8), "[...] levanta o véu sobre as possibilidades com as quais o inconsciente se estrutura: verdades não sabidas de um saber sabido".

Neste sentido, durante a pesquisa, observou-se que, na formação médica, emergem exigências de saber ilimitado, expectativas advindas de diversas figuras do relacionamento próximo: mãe, namorado, colegas, assim como da sociedade em geral, a respeito do "médico ideal".

As falas transcritas adiante são recortes significantes das questões pesquisadas.

### **Grupo B - Reunião 1**

***BA- Eu falo assim: eu quero ser médica. Quando eu prestei vestibular, eu não sabia direito o que que era. Eu sei o que é que eu quero: eu quero ter qualidade de vida, eu quero ficar com minha família e quero ter qualidade de vida. Tipo assim, a Medicina é importante pra mim? É, mas... Mais importante é qualidade de vida, e às vezes eu fico: será que eu faço?? Aí eu fiz. Gostei - de ter a relação, assim, é... Não sei.. Você se sente importante ali, né? Você sente assim, que depende de você, que é só de você. Mas assim, até que tanto? Será que eu não tô... atropelando, né?***

***GF\_ É que a gente é muito cobrado. Na sociedade também, né? Ah, é médico. Médico tem que saber tudo. Se tu não sabe...***

***SB\_ Tem que saber tudo?***

***HA\_ Não. Médico não tem; ninguém sabe tudo.***

***AF\_ Mas a gente...***

***HA\_ Mas a gente, cobram bem mais.***

**AF\_ Não, eu acho que a gente até sabe que não precisa saber tudo, mas as pessoas, não: “- Mas como?! Tu não sabe?? Tu tá fazendo Medicina, como que não sabe?”**

**VD\_ Tu chega, a pessoa te pergunta o que você estuda. Tu fala: Medicina. Nossa!! Medicina, você é inteligente! Que orgulho, hein!**

**HA\_ Por exemplo, minha mãe me ligou, falando que meu vô tava com caxumba. Eu tinha que saber tudo de caxumba.**

**NB\_ Ah é, na família do meu namorado, cada semana uma pessoa tá doente, né? E cada semana aquela pessoa que tá doente tem uma coisa diferente, e daí eles ligam e me perguntam: ah, o médico falou isso e isso. Deu tal e tal remédio, o que tu acha?? E eu vou saber..!? (risos, comentários). Se eu for todo dia lá, todo dia tem uma pergunta!**

**VG\_ E não responde!! - (ironia).**

**Risos.**

**NB\_ E daí eles me perguntam. Eu digo: bah, eu não sei. Daí, tipo, as pessoas viram as costas pra ti e vão procurar em outro lugar, né? Agora tu não serve mais. Como é que não sabe?! Tu faz Medicina e não sabe? Então não serve mais. 'Amanhã já não pergunto pra ti'.**

**GP\_ E não é só de Medicina que perguntam, não! É qualquer coisa que acontece, eles querem sua opinião, assim, lá em casa eles ligam. A minha mãe: ah, GF, eu vou fazer isso, o que você acha? Sabe, assim, é uma coisa que mudou depois que eu comecei a fazer Medicina.**

**GF\_ Não é só doença que eles querem saber, é pra tudo.**

**GP\_ Ahã, é pra tudo, tu é inteligente, tu é o responsável, tu é tudo...**

**VD\_ Eles acham que você pode ajudar a resolver qualquer problema.**

**VP\_ Isso é uma coisa muito cobrada.**

**LP\_ Mas é cobrado em tudo, tipo: médico não pode errar, em nada...**

**NB\_ Tem que ser o exemplo, não pode errar em atitude.**

**LP\_ Não pode errar na Medicina. Não pode errar em diagnóstico, não pode errar remédio. Não pode ter uma vida diferente, tipo, tem ser aquele padrão, tem que ser aquele exemplo, sabe.**

**VG\_ É. Tem que ser “o cara”, tem que saber...**

**AV\_ Tu já é cobrado na tua turma, pelos teus colegas! Sabe? Tu é mal olhado, se tirar nota baixa!**

As exigências do estudante de Medicina, quanto à aquisição de competências e saberes, são percebidas como advindas de um Outro, lugar simbólico onde a consciência não tem acesso. Através de uma demanda a este Outro, articula-se, na Psicanálise, o sujeito na linguagem, dividido em sua verdade e saber.

O ideal de ego pode ser mantido como ponto de identificação simbólica e representar um suporte ético para o desejo de aprender. Pode sustentar os grandes esforços, dedicação e empenho, reclamados, durante a formação e mesmo depois, pela excelência que é exigida por qualquer pessoa que busca atendimento médico. A inconstância do saber científico, no entanto, exige estudos permanentes, sendo a arrogância a única possibilidade de sentir-se completo e em dia com o conhecimento.

Lacan (2006b) situa a origem de seu ensino nos primeiros livros de Freud. Chama atenção para os chistes, tropeços da fala, furos no discurso, trocadilhos, jogos de palavras e equívocos abordados, servindo de apoio às descobertas sobre o que se trata na experiência psicanalítica. Ele convida, também, para a análise das palavras, não pelo que significam e sim para seu cruzamento em uma rede associativa, a partir da qual surgirá o ponto-núcleo, o centro de gravidade do desejo.

Ao mesmo tempo em que o grupo traz expectativas, idealizações de um saber impossível ao médico, míticas, advindas do Outro, introduz, através do humor, da ironia, a capacidade de um reconhecimento ético de suas limitações e da manifestação de seu desejo de “ter sua família e qualidade de vida”.

Lacan (1997) sublinha a correlação da ignorância com o saber, referindo-se à “douta ignorância”<sup>4</sup>, como um saber elevado, um requisito aos médicos que tentam fazer dela um saber estabelecido.

Na pesquisa sobre a acumulação do saber, Lacan fala da subversão da descoberta freudiana, dizendo:

---

<sup>4</sup>A douta ignorância foi o conceito estabelecido por Nicolau de Cusa, no século XV, como a ignorância resultante das limitações do entendimento humano, uma consciência do não saber, ou seja, quanto mais o homem sabe do seu não saber, mais se avizinha da verdade; a consciência do não saber é saber.

[...] há um eu penso que é saber sem o saber; que a ligação está disjunta, mas ao mesmo tempo báscula, nesta relação do eu penso ao eu sou; [...] Ali onde eu penso, eu não sei o que sei, e não é ali onde eu discurso, ali onde eu articulo, que se produz esse anúncio que é aquele de meu ser de ser, do eu sou do ser, é nos tropeços, nos intervalos desse discurso que eu encontro meu estatuto de sujeito. Ali me é anunciada a verdade onde eu não mais vigio àquilo que vem em minha palavra. (Lacan, 2006a, p. 411)

O grupo, em sua fala, introduz o erro, a bobagem, a angústia e as falhas comuns, fazendo com que possam obter algum alívio de exigências superegóicas. Dando a palavra aos sujeitos, há possibilidade de uma circulação metonímica de significantes, possibilitando “rachaduras” e articulação de novos sentidos, para lidar com o inexorável, o imponderável, a morte, o impossível real.

### **Grupo C - Reunião 1**

**F: No oitavo semestre, a gente faz uma anamnese ruim, né? E então, eu acho que, neste sentido de acolher o aluno, de dizer para ele que ele vai ou que ele pode fazer errado, acho que isto ajuda um monte. Eu me lembro, o meu monitor de Psico uma vez falou isso, e isso me ajudou muito também: -Cara! Sério! Não precisa ser perfeito, não precisa ser maravilhoso, o negócio é fazer do jeito que dá...**

**S: Tu achavas que tinha que ser maravilhoso?**

**F: Acho que todo mundo acha isso. Tu passa esperando um tempo, acaba idealizando uma situação, com tanta expectativa em volta disso, né?! Tu já entra sendo visto como médico, mas não tem nem idéia de como é que alguém atende, como é que se atende alguém, né? Tu não faz idéia de como é atender alguém. De repente, tu te vê como protagonista e acaba idealizando a coisa toda. Sempre se tem alguma fantasia. Outra coisa muito legal que o meu monitor, falou, é que: ‘Olha tchê, não tem que... que..., azar, sabe? Tenta muito que..., o negócio sai errado! e estamos aqui para errar mesmo. Somos alunos’. Até, outro dia: eu e a minha monitorada no corredor, e a gente, assim, sem vontade de conversar com o paciente. Aí eu disse: Bah! Esqueci de perguntar um monte de coisas.**

**E... Assim: ela se rachou rindo, se rachou rindo, de alívio, porque se deu conta que todo mundo faz isso, né? E a gente notou aquele sorriso que ela deu, tipo: ‘Com todo mundo acontece isso, com todo mundo acontece a mesma coisa! Que alívio!’.**

Anamnese é uma palavra que vem do grego, significa trazer *mnemósyne* - a memória - à tona. Nos templos de Apolo, ela seria inspirada pelos deuses, nos sonhos, mas seu sentido sempre foi o de procurar, no histórico pessoal e dos antepassados, as doenças físicas e angústias psíquicas. Idealizações, negações, seriam pistas na demanda ao deus?

Pesquisadores chamam atenção para a necessidade de controlar as observações, viabilizando-as à comunidade científica. Pesquisadores de diferentes áreas, entretanto, declaram que muitas situações específicas de pesquisa puderam ser realmente consideradas não durante a observação, mas “só depois” ou “a posteriori”<sup>5</sup> (Roudinesco, 1998, p. 32).

A lógica que sustenta o método psicanalítico, confiando em uma escuta flutuante e na associação livre, descobre um sujeito dividido em verdade e saber. Diante da falta, da fenda do sujeito, na tentativa de suturá-lo, desfilam significantes que o representam por metáforas, em uma cadeia metonímica. A verdade da alienação aparece nas partes perdidas: no 'eu não sou'. O dito espiritual é uma das formações do inconsciente, reveladoras não do pensar, mas do ser, manifestando-se, por exemplo, pelo riso espontâneo.

### **Grupo A - Reunião 1:**

**M: A gente, na Leiga, até sabe que deveria fazer, mas não consegue. É pior do que não saber! Sabe que deveria dar mais atenção, sabe que deveria conversar mais, perguntar mais, mas não tem como!**

**V F: O que eu acho é que a gente tem uma boa fundamentação sobre atender o ser humano. Só que acontece que a gente chega pra atender, no final**

---

<sup>5</sup>*Nachträglichkeit, après-coup* - palavra introduzida por Freud, em 1896, para designar um processo de reorganização ou reinscrição, pelo qual os acontecimentos traumáticos adquirem significação para o sujeito, apenas num contexto histórico e subjetivo posterior, que lhes confere uma nova significação.

da faculdade. É uma loucura de atender demanda, ficam te apressando, e tu não consegue colher a história que tu quer.

**P:** Querem transformar isso em uma assistência. Que tu atenda à demanda! É isso. Nosso objetivo, na... universidade, é aprender como atender paciente, aprender como ver tudo daquele paciente, não ficar atendendo dez, e, depois, não saber nenhuma coisa de nenhum.

**F:** Parece até bobagem, não é nem questão de não valorizar, é questão de te criticar, de querer ver a pessoa como pessoa e não como doença, como órgão. É estranho isso, que parece que o médico, que quer ter uma humanização, que quer atender realmente de verdade, assim, a pessoa como um todo, ele tem um, não sei como é que é, mas parece que é mais, assim, inferior, que é por isso que ele faz aquilo. Que o médico bom é aquele que não... que chega e fala, olha e em cinco minutos vai embora. Ele é bom, ele é o cara!

São frequentes, nas faculdades de Medicina, exigências exageradas entre colegas, dos professores ou de familiares. O médico precisa “ser ferido”? Aprendiz de médico, para aprender, precisa apanhar?

Médicos sempre são feridos? O que fazer com os ideais, quando seus pacientes morrem, sofrem, reclamam, pioram?

Percebe-se um saber curativo, poderoso, idealizado, um saber que se diria mítico, aparecer como uma exigência do Outro (A), de um Ideal do Ego, permeando o discurso dos alunos, desde seu ingresso na faculdade, pela voz da família, de amigos, da cultura em geral. Pode-se questionar, então: qual o destino que estes jovens adolescentes dão aos seus ideais, no transcorrer do curso médico? A exigência pautada na idealização será reforçada, no decorrer do curso?

Atitudes que aterrorizam alunos, de um corpo social perverso, podem, ao invés de transmitir e estimular a busca de conhecimentos, fazer com que jovens se endureçam, perdendo a capacidade de perceber o sujeito humano diante de si, e de si mesmos como sujeitos? Ou seja, o desenvolvimento do superego, como instância sádica, poderá ser estimulado na faculdade? As angústias, despertadas pela frequente ameaça de emergência do real, podem se relacionar com estas questões?

## Grupo A - Reunião II, paciente com afasia

VF\_ Eu fui evoluir o paciente que tem afasia de expressão, teve um AVC, só que... ele tá muito deprimido por causa disso, porque ele entende tudo, só que... tu pergunta como é que tá pra urinar, ele ‘a...a...a’. Às vezes sai um pouco de voz e ele começa a chorar que nem criança. Não pára, não pára. Te dá uma angústia, porque tu quer ajudar, e não consegue. Ele está com problemas respiratórios, mas só o que o angustia é não poder falar. Ele tem quarenta e poucos anos.

SM\_ Ai, professora, se eu não conseguisse falar, eu ia chorar muito, porque eu falo demais.

VD\_ O pior é entender tudo, todo o tempo, e não conseguir se expressar.

VF\_ Mas foi uma angústia fazer a anamnese. No final, ele já tava assim, ó.... Eu disse: “eu tô aqui pra lhe ajudar”. Os acompanhantes não sabiam nada. Eu disse: “olha, no revezamento, tem que dizer tudo o que aconteceu, pra ajudar a ele também”. Aí eles faziam, assim...

VD\_ Exatamente.

SB\_ Pra ele ter algum tipo de comunicação, tu seguisses tentando te comunicar com ele?

M\_ Sim, pra não ignorar o paciente.

VF\_ Sim, chegou uma hora que eu não sabia se eu tava fazendo bem, porque ele chorava, chorava, chorava, mas a primeira vez que ele chorou, eu continuei falando porque eu pensei assim, se eu parar, aí mesmo que ele vai se sentir um inútil. Eu falei assim: “não, eu vou achar um jeito, eu vou lhe entender”.

SB\_ “Eu nem sabia se tava fazendo bem, porque ele tava chorando”.

M\_ Eu acho que fez um monte.

SB\_ Hum.

M\_ Um monte.

M\_ Acho que sim, porque ele conseguiu pôr pra fora uma coisa que é... uma emoção que é o que mais tá incomodando ele.

VF\_ Na verdade, é a única coisa que incomoda ele, pra ele. Ele fala assim: óó. Eu cheguei pra falar com ele e disse: “bom dia, seu P, como é que tá? Como é que passou a noite?”. Ele fez assim ó [faz um gesto negativo com

as mãos]. E eu disse: “eu sei que o senhor tem dificuldade pra falar, mas eu quero conversar com o senhor”.

**M\_** Você foi alguém que mostrou interesse, que tá ali pra ajudar, tá com ele assim, por mais que ele não melhore.

**VF\_** É, eu ainda tentei animar, perguntando: “ah, o senhor consegue ler”. Ele disse que não. “E rádio, o senhor gosta de jogo?”. E ele: sim [gesto]. E eu: “bá, pra quem que tu torce, pro grêmio?”. E ele [gesto].. Eu: “ah, que bom que o senhor torce pro grêmio..., Então, por que não pede pra lhe trazerem um radinho ver o jogo e não sei que...”. “O senhor tem netos?”, e ele: “sim”. E tudo ele sacudia a cabeça, né?. Aí o acompanhante: “ih, ele tem um monte de neto”. Eu disse: “então o senhor tem que aproveitar esses netos pra fazer aquelas caretas que a fisioterapeuta lhe ensina. Quinze minutos com cada neto, o senhor fica bem...”, eu disse pra ele. Sabe? tentando animar.... Eu disse: “eu quero ver o senhor animado! Não é pra desanimar”.

**M\_** Acho que... mostrar que ele não tá sozinho e que, por mais que ele tenha dificuldade, ele ainda pode se comunicar de alguma forma e que não virou um vegetal, que ele ainda está presente.

**SM\_** Que alguém se importa com ele.

**M\_** Que ele vai ter o mesmo tratamento que outro...

A aspiração maior da Medicina é curar dores e sofrimentos do homem. Trata-se de um Ideal de ciência, que encontra obstáculos na prática clínica, bem como nas complexidades e subjetividades com que cada um enfrenta as vivências de adoecimento e as contingências de atendimento médico. Se o Médico atém-se ao Ideal de ciência, buscando atender às demandas, também ideais e exigentes, de um Outro (A) da cultura, limita não só o atendimento que oferece aos seus pacientes, mas também restringe a si próprio, como sujeito.

No relato acima, a aluna “conversa” com um paciente com afasia, limitado em seu objeto parcial do desejo - a voz. Na situação descrita, atender significa conviver com graves limitações físicas do paciente, suportar a ferida narcísica de não curar e conviver com o real da dor e do sofrimento de alguém impedido ao gozo da fala.

Esta conjugação de fatores, embora com variações quanto ao objeto de perda ou a configuração simbólica estabelecida, são frequentes na Medicina e podem ser razões de susto e fuga, impedindo um atendimento integral das pessoas. Isto pode

fazer com que o médico se refugie, unicamente, em sinais e sintomas físicos, excluindo o sujeito e deixando o ser que sofre enclausurado ou, no máximo, encaminhando-o a alguém da área “psi”.

Muitas vezes o obsceno do toque nos corpos nus inibe os primeiros exames físicos dos alunos, mas os jovens iniciantes encontram variadas justificativas, explicações e racionalizações para não realizarem sua tarefa.

Quando a aluna admite: “Eu não sabia se tava fazendo bem”, torna possível outra escuta, procurando, além da Pneumonia - que o paciente apresentava e precisava certamente tratar -, o sofrimento de um sujeito sem fala. Em seu desejo de saber, verdadeiramente, a dor de seu paciente, viabiliza outra comunicação, fazendo laço com o ó do paciente, dando sentido ao choro, à tristeza. Para tanto, aluno ou médico, além das habilidades específicas da Ciência Médica, precisa suportar a angústia gerada pelas limitações, seja nas questões do saber, da sexualidade como da morte. As pulsões parciais articulam-se em torno do objeto do desejo, mantido como alvo. “Os ouvidos são, no campo do inconsciente, o único orifício que não se pode fechar”. (Lacan, 2008, p. 190)

Freud (1905) utilizou a expressão pulsão, para designar a representação psíquica de fontes endossomáticas, que fluem continuamente. Em 1920, introduziu o conceito de pulsão de morte, a partir da observação da compulsão à repetição, em seu caráter inconsciente, incontrolável.

Lacan (2008, p. 49) acentuou a função pulsativa do inconsciente - tudo que, por um instante, aparece na fenda, destinado a escapular, a desaparecer. A pulsão é considerada na categoria do Real. O real é o que retorna sempre ao mesmo lugar, onde o sujeito não o encontra.

## **Grupo A - Reunião III**

### **A Morte**

**M: já vi muita coisa, mas esta foi angustiante pelo contrário, de não deixá-la morrer, de investir, investir. E ela olhando, assim, "por favor", sabe? Nossa, foi horrível. Ela estava em anasarca. Aí tiveram que pegar um acesso até na jugular. E ela ansiosa assim, gemendo, com falta de ar, com oxigênio. Aí tem um doutorando que quer ser cirurgião: Ah, então tah bom, eu vou tentar**

pegar a jugular. Aí, fez, botou a paciente em cento e oitenta graus (com a cabeça pra baixo) - já estava com dispnéia, os enfermeiros não conseguiram. Aí foi lá, ela estava bem hipotensa, não dava para sentir (o pulso), né? Tentou: não... Tah. Vamos então levar para passar um intracat na cirurgia... Aí a residente: vamos tentar. A residente da clínica. Pôs ela em Trendelemburg. Piorou, né? [o desconforto da paciente]. Aí eu que tinha que segurar a cabeça dela e ela não queria, estava gemendo e eu segurando na mão dela, que ela sentia, né? E ela segurando na minha mão e ela me olhando assim com aquele olhar: “Ai meu deus, por que disso, né?”

V: Por que estão fazendo isso comigo?

M: Sim.

S: Não! e tu via que isso não ia resolver nada para ela!

M: E aí a residente: vamos anestésiar. Aí, vamos pegar, né? A veia. E nada, e furava e furava e furava. Mais de três vezes tentando. Para quê? A mulher sofrendo. Parecia um órgão, uma parte do corpo. Ninguém ligava para ela, sabe? E eu, que estava ali vendo o rosto dela, e ninguém se importando. Aí foi lá, depois de muitas tentativas, foi a cirurgiã (tentar o procedimento) e ela não sabia. Para que se meter numa coisa, se não sabe? Ela já está sofrendo, ninguém percebeu que ela estava com dispnéia. Ela estava com dor, estava mal. Aí só piorou, assim, horrível. Eu nunca passei tanta angústia, horror. Muito angustiada, até que ponto um aluno pode treinar num paciente? Né? Um procedimento... tem que treinar, né? Mas até que ponto? Para que isso? E para que fazer tudo isso? Saíram, entraram como se ela não estivesse... era um corpo, nenhum momento falaram com ela... só eu sofria. E eu que estava segurando ela e ela segurando na mão e ela se mexia, ela segurava na minha mão. Ela entendia.

P: E é uma coisa que tu vê muito, né? Que é muito difícil para a pessoa entender. Tu é médico e não é só para ajudar para melhorar, tu pode ajudar na morte também.

S: Eu acho que, muitas vezes, o médico acaba pensando assim: ahh, mas eu vou tentar, porque, senão, o que é que vão achar que eu fiz? Eu estava com o paciente, e aí eu fui examinar em seguida ele, passando, vendo frequência, tudo, e ele, e ele parou assim de respirar assim, e eu fui pegar o pulso, e não tinha! Eu pensei assim: ele vai morrer na minha frente! Aí eu me

apavorei, me apavorei muito assim, sabe? Não tinha nada para fazer! Assim! É horrível ver que a pessoa vai morrer, assim, na tua frente. Aí o residente estava do lado, aí eu chamei o residente, e ele ficou assim, tipo, uns 40 segundos sem respirar, nada. Aí voltou. Aí, quando eu voltei, ele já estava respirando já. Aí eu falei assim: “Não, é que eu estou apavorada”, falei para ele. E ele disse que não tem o que fazer, se parar, parou. Sabe? A gente não vai tentar ressuscitar ele, tipo, é um paciente terminal. É angustiante tu ver alguém morrendo, mas, tipo, e naquele momento não tem o que fazer, sabe? Tu não vai reanimar um paciente assim, para que, sabe? Para ele ficar pior ainda.

M: Mas dá, se quiser. Com a dona Amanda, eu não me senti angustiada em nenhum momento. Eu me senti aliviada, ela morreu e eu estava presente, porque, assim, foi muito bonito. Achei muito bonito, como que eu acho que tem outra coisa além da vida assim, sabe? Tem alguma coisa além, eu acho, porque ela estava com 50/30 [pressão arterial], estava fria. Você via que ela ia morrer, assim, e foi de manhã isso. Eu cheguei, conversei com ela, por mais que ela não ouvisse. Estavam os familiares e estavam as duas filhas, né? Com ela. E aí tah, ela tem mais um filho. E aí chamaram para ir ao hospital e, quando ele chegou, estavam os três filhos na beira da cama, ela morreu. Ela estava mesmo só esperando os três chegarem assim. Foi muito... Parou... E a gente estava ali e aí eles estavam chorando tudo, o filho, assim, mas foi uma coisa bonita assim. Eu estava presente, me abraçaram, despediram, levei até a porta, agradeceram tudo, mas fiquei o momento todo ali. Não, me senti assim, ela pode descansar, sabe? E foi bonito, eu acho, os três. Eu não me senti angustiada de ela ter morrido, assim, na minha frente. Nunca tinha visto assim morrer mesmo na minha frente. Parar mesmo. Mas foi, ela esperou os três estarem juntos, assim, para partir assim, foi bonito.

P: A paciente que eu acompanhei agora teve o diagnóstico de câncer de pulmão, e ela disse que não queria fazer cirurgia. Aí, eu consegui, aí ela resolveu fazer quimioterapia. Aí, ela fez quatro sessões de quimioterapia e agora ela, isto há um ano, e agora ela internou, só que ela internou negando este câncer de pulmão. Ela: “ah, eu tenho tosse, a minha mãe tinha problema de tireóide. Então será que eu não tenho tosse por causa do mesmo problema?”.

S: Quando ela ia operar, tipo, o câncer dela era curável assim.

**P: Era curável.**

**S: E ela não quis. É claro, agora está bem pior, né?**

**P: E aí todo dia eu chegava lá, explicava para ela que o outro problema estava sendo causado pelo câncer de pulmão dela, mas ela seguia negando, mas eu dizia, todos os dias. Eu não chegava dizendo que ela ia morrer. Eu dizia que ela tinha câncer de pulmão, mas que ia ser que tinha indicação de nova quimioterapia para melhorar a condição de vida dela.**

**S: Ela não queria fazer corticóide para não engordar.**

**P: Ela não queria fazer corticóide para não engordar!**

**A: Eu, uma vez acompanhei uma cena que eu fiquei chocada, assim, era um residente que ele estava começando assim... não era daqui, da Leiga, mas... Era na onco, e veio uma paciente que estava fazendo ainda tratamento para câncer de mama e ela veio falando: “ahh, doutor. Eu não consigo largar o cigarro e tenho consciência que eu não vou conseguir. Sabe? De vez em quando, ainda estou bebendo. Aí, ele perguntou: “ai, a senhora sabe que tem que parar, né? Ela: ah, eu sei, mas não adianta. Eu já tomei estes remédios, eu já fiz tudo quanto é coisa e eu não consigo. Aí ele olhou assim para ela e disse assim: “Então é mais fácil a senhora se jogar de um penhasco do que continuar assim”. Então a senhora só volte aqui quando a senhora tiver parado de fumar e de beber. Tipo. Estava claro que ele estava frustrado, que ele estava querendo fazer alguma coisa e ela não estava, ããã, dando retorno, sabe? Para ele. Então, foi quando eu vi mais claro assim este tipo de frustração assim, sabe? Dele. Querendo ajudar e ela não dando este retorno, né? Foi... Mas ele foi engraçado, porque, foi engraçado, mas foi chocante porque ele elevou o tom da voz, sabe? Ficou chateado, assim, falou e tal. A mulher ficou assustada e foi embora, tipo, nunca achei que eu iria ver um troço daqueles.**

**P: Já que a senhora não vai fazer o que eu quero, eu vou mandar embora, vou abandonar, que eu não tenho nada que ver com o que vai acontecer, né?**

**P: E isto não tem em livro.**

**D: Não tem em livro. Exato. Não tem em livro.**

**P: Ele manda tu fazer assim, isso, isso e isso e é fácil seguir, assim, mas só racionalmente.**

**D: 30% vai evoluir assim, 50% vai fazer não sei o quê....**

**F: Mas nem sempre os pacientes fazem. Pacientes mentem. O meu pai toma duas, duas estatinas! Antes do exame de sangue. Vê só!!**

**Risos (gargalhadas).**

**E: Mas aí tu, tu vê diferença também, tipo, de profissional para profissional. O goiano tinha uma paciente no QG, uma vózinha, que aí, ãã, apareceu um adenocarcinoma de cólon, mas bem diferenciado, prognóstico bom até. Se ela se operasse, iria ficar tranquilo até. Só que aí ela não queria se operar de jeito nenhum, medo, né? Mas aí todos os dias a gente ia para lá e falava para ela, que ela tinha que operar. O goiano puxou a cadeira, sentou e com aquele jeitão: uai. Agora vamos conversar.**

**Risos.**

**F: Cara. O goiano ficou, eu acho, das nove ali, que a gente saiu da aula, até as dez e meia. Passou o round, chegou atrasado, e a mulher começou a mudar de ideia. E achou que queria ser operada. Sabe? Ela: não, porque não, botou mil empecilhos: E o H, calmamente, sentou, conversou, conversou, conversou, e ela foi para o ambulatório de cirurgia para marcar. Sabe? Troço legal, legal para nós, que, já antes de ser médico, já está conseguindo, né? Fazer alguma coisa e ajudar em alguns sentidos.**

Os avanços tecnológicos movimentam grandes custos financeiros, tornando a demanda da saúde como direito universal, a grande preocupação das políticas públicas. Como definir quais os limites da ação do médico e a que ele deve responder?

Chemama e Vanderersch (2007) fazem uma leitura do desejo como uma falta inscrita na fala, efeito da marca do significante sobre o ser falante. Ao relacionar o desconhecimento do desejo, pelo sujeito, como causa do sintoma, Freud (1898) descobre, em suas históricas, a conotação sexual proibida e sua articulação com a linguagem. Para Lacan (1998), o desejo desliza em uma cadeia significante que interdita o acesso ao objeto que o sujeito supõe perdido. Para constituir-se como sujeito desejante, é preciso simbolizar a falta primordial, angustiante vazio da condição humana. É na condição de sujeitos desejantes que se abrem possibilidades de dar nomes e construir objetos causa do desejo.

A demanda de um doente nem sempre é a cura de seu sintoma, sendo o corpo o substrato de um gozo. Ao mesmo tempo em que desafia e solicita que o tire

da miserável situação de doente, o paradoxo humano conserva, tantas vezes, nos meandros inconscientes, o desejo de manter seu estado.

Os pacientes procuram os médicos com sintomas e demandas. A transferência está articulada ao desejo como fenômeno nodal do ser humano. Um médico que suporte a sua posição, compreenda e saiba como lidar com a transferência, consegue atender de modo mais efetivo e competente.

### **GRUPO B - Reunião 1**

**GP\_ Na psico três, a gente aprende a não ignorar aquilo que a gente percebe no paciente, assim, da gente ver que o paciente tá bravo, que o paciente às vezes tá mal humorado, ou tá triste. E aí, aos poucos, a gente vai vendo que é bom, sabe, falar sobre isso. E nas outras psicoss também, não tirar conclusão precipitada das coisas, sabe, o “achismo” assim, ao invés de falar: “ah, eu” ... Ver que o paciente tá bravo e tá diferente e pensar: “ah, ele deve tá bravo por isso, isso e isso, né?”. Perguntar pra ele, tentar entender e não ficar imaginando coisas e agindo sobre as nossas suposições.**

**BA\_ Igual, eu tava evoluindo um paciente essa semana e ele suspirava muito. Ah, ah. Eu não sabia se era de dor, eu não sabia porque era, não sabia se doía, se tava bem, se ele tava com falta de ar, e ele não falava nada. E eu: “seu José, o senhor respira assim por que, o senhor tá com falta de ar? Por que o senhor tá suspirando? O que há com o senhor? Aí ele falou: eu faço assim pra puxar, pra puxar uma energia. [risos] Pra puxar uma coisa boa. Pra puxar uma coisa boa na minha vida: eu tô nessa cama e faço isso pra puxar um arco íris, o pôr-do-sol no horizonte, um rosto bonito. E eu pensei, eu nunca ia ouvir isso, se eu não tivesse pedido pra ele. Eu podia ter achado que era o jeito dele, mas eu quis ter perguntando. Hoje eu tenho coragem de falar assim, ver o paciente e falar assim: e esse olho cheio d’água é o que, é lacrimejando, é chorando? Eu tenho essa liberdade e eu não tinha isso. E a gente tem que querer.**

### Grupo C - Reunião III

**N\_** Eu acho que eu sou preguiçosa, eu acho que eu sou muito burra, porque eu ainda não...

**H\_** Eu sou inseguro.

**N\_** Eu fico pensando, meu Deus, tem diretrizes pra tudo, diretrizes pra tratar hipertensão. Eu sei que existe. Os professores falam sobre isso. Eu não sei como tratar nada.

**A\_** Na verdade, eu tava conversando, tá? Tem o doutor fulano, o doutor Beltrano. São Os Caras, assim, mas por que tu não vai ser assim também? Quando tu.. tu trabalha vinte anos naquela área, é impossível. Tu tem o direito de reservar duas horinhas, pra ler um artigo todos os dias, uma coisa nova que surgir sempre se atualizando. Vai trabalhar vinte anos nas mesmas coisas, vendo pessoas com as mesmas doenças.

**A\_** Tu vai te acostumar, vai chegar uma pessoa com isso, isso e isso, tu vai saber o que ela tem; “mas como ele consegue imaginar isso?”. Ele trabalha vinte anos com isso, entendeu? E trabalha há muito tempo com isso.

**N\_** Racionalmente...

**H\_** Nesse geralzão, eu fico com medo.

**A\_** É claro que a gente vai ser bom no que a gente for fazer, viu? A gente vai ficar com medo, quando a gente se formar, mas eu tenho certeza que eu vou ser boa naquilo que eu escolher sabe, porque tipo...

**H\_** Eu tenho certeza também.

**A\_** Eu fui esforçada a vida toda, por que é que eu não vou ser com a coisa que eu escolher? Só que, no início é ruim, no início tu fica inseguro assim porque... ah. E também tem uma coisa, a gente tá lidando com vida, e isso é complicado. Um administrador errar uma conta, ele refaz a conta, dá um jeito aqui, um jeito ali. Agora, a gente dá uma medicação errada pro paciente - passa mal, é muito difícil.

**N\_** E a gente fica preocupada, fica pensando, pensando, será que eu errei, será que não errei? Às vezes, o professor: “Ah, dá orientações sobre isso e isso para o paciente”. Aí tu vai lá, pega, orienta e esquece uma coisinha...

**A\_** No exame de competência, eu fiquei louca porque eu tinha esquecido uma coisa do geniturinário. Perguntei e esqueci de escrever, e agora o que eu vou fazer? Aquilo ficou me martelando na cabeça, muito assim, sabe? Muito tempo, uns dois meses. Eu fiquei, putz, esqueci de dizer isso, esqueci. E é bem isso, a gente fica se sentindo um horror. Depois eu acho que passa...

**N\_** Eu acho que a gente vai se sentir, só, assim, mais confiante, a partir do... Não sei, às vezes, eu acho que eu estudo de menos, assim, por que: cadê as diretrizes?

**A\_** Não dá tempo também, não dá tempo, você não vai fazer nada da tua vida? E a gente tem que ter uma vida, sabe? Tu vai ficar dentro de casa, estudando, estudando, estudando...

**N\_** Eu acho que a gente se cobra, assim. Cada aula que a gente tem, é o especialista daquela área que dá aquela aula. Ele sabe tudo sobre aquilo, porque ele só estuda aquilo. Ele trabalha há vinte anos, que nem tu disse, com aquilo, e daí a gente se cobra que a gente quer ser que nem ele, só que em tudo!

**G\_** Tudo, não dá certo.

**N\_** Eu acho que é esse nosso problema: a gente se cobra pra ser que nem os professores, que tão dando aula pra gente. Só que eles são especialistas naquilo, trabalham há um milhão de anos naquilo, e a gente nem se formou ainda.

**H\_** Eu penso assim: eu vou me formar, quando eu for ter um paciente, eu acho que ele vai confiar em mim muito, igual eu confio no médico que eu vou, entendeu? Então vai ter muita confiança. Se eu errar, vai ser uma decepção grande, tanto pra ele quanto pra mim”.

**A\_** Tu, eu acho vai ficar mais frustrado. [tom de ironia]

**H\_** Ah, com certeza.

**H\_** Aí gente entra num outro lado, que a psico ajuda muito. Se a gente conversar bem com o paciente, passar confiança, assim, amizade, uma relação médico-paciente boa, a gente pode até errar que ele vai continuar acompanhando a gente.

**N\_** Eu vejo isso: vários pacientes na Pediatria, as mães..., lá no Espírita também. Às vezes, as pessoas chegam querendo internação, tu não interna e, mesmo assim, eles vão embora e dizem: “Muito obrigado pelo atendimento. Eu

adorei. Como é teu nome? Muito obrigada, tchau”. Sabe? E às vezes o que eles queriam era internação, e tu não deu a eles o que eles realmente queriam e, mesmo assim, eles tão agradecidos.

A\_ Você deu atenção a eles, ou sei lá o que pra eles.

N\_ Sim, eu acho que isso é o mais importante. Tu não tá ali pra ser...

N\_ É que a gente quer ser superespecialista em tudo. A gente queria saber tudo sobre tudo, agora, ontem.

A\_ Mas sabe o que é que eu noto? Quando tem essas provas de caso clínico, sabe, a gente nota que alguma coisa a gente sabe.

H\_ Mas é o básico do básico.

A\_ Mas, tu tá, sabe, tu tá aprendendo, como que tu vai saber só o básico, não precisa saber mais do mais, do que o Dr. fulano sabe?

N\_ Eu acho que a gente se cobra demais, assim, e até em relação aos colegas, nas conversas com os colegas, eu vejo que todo mundo tem essa ânsia, essa mesma ansiedade, esses medos, mas todo mundo continua com esses medos, né? Todo mundo quer ser o melhor, todo mundo quer, não assim ser o melhor de aí, ser o bam bam bam, mas todo mundo quer saber alguma coisa pra, na hora que eu alguém perguntar: “Ah, eu sei, eu me lembro disso, ou, ah, eu faria tal coisa”. E, na verdade, a gente, eu acho que a gente se cobra muito e cobra dos colegas, porque se cobram também.

## VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa propõe-se como desafio à Psicanálise, seja onde ela se apresente. Na coleta dos dados, o farto material mostrou-se à medida que os grupos conseguiram desenvolver uma fala solta, espontânea e livre, discorrendo sobre os temas por associação livre, após a proposição inicial sobre a “Contribuição da Psico na Leiga”.

Ao iniciar a análise, a opulência de material significativa proporcionou alegria e aflição, com uma impotência inicial diante da magnitude da tarefa, mobilizando sofrimento e inquietude. Foram oito grupos, doze horas gravadas, com a transcrição de muitos cruzamentos discursivos importantes para a formação médica, e o surgimento de vários questionamentos sobre o rumo a ser adotado na pesquisa.

Foi preciso esperar um tempo para calar a angústia e permitir que certo emudecer criasse rupturas, para que, assim, no retorno, os recortes significantes e alinhavos iniciais fossem estruturando uma lógica capaz de pôr em curso a construção de um discurso que emergisse dos sujeitos da pesquisa e que os articulasse ao corpo social onde estão situados.

A escuta psicanalítica do material e sua análise colocou, então, em cena, a angústia de cortar, tomando significantes por associações, numa espécie de tecido, deixando cair fora um resto, por impossível apreensão.

No discurso dos alunos, alguns temas se destacaram. Esses temas variaram desde a aquisição de conhecimentos, como símbolo de competência profissional, aos sofrimentos causados no enfrentamento de questões com a morte. Foram destaque ainda as angústias e temores gerados pela percepção da falta ou da incompletude de saberes, bem como o temor de enfrentar as responsabilidades após a formatura, sem ter o apoio dos mestres para tomar decisões, especialmente em questões que ameaçam vidas.

“Presta bem atenção no peso da tua caneta!!”. Frase emblemática, ouvida como um chamado à responsabilidade quanto à prescrição médica conscienciosa, baseada no estudo, na ética médica, no dedicado atendimento do paciente, de sua patologia, e das consequências que podem advir do relaxamento destas premissas, especialmente após a formatura. “E quando eu tiver o meu CRM??” é outra indagação inquietante.

É notável, no discurso dos alunos, a referência às expectativas advindas do meio social, de ideais, exigências, demandas em graus variáveis de intensidade. Demandas ocultas do superego acabam transparecendo em algum código social de grupo, mesmo que viole as regras explícitas, como apresentado na situação A III, quando uma pessoa que está morrendo é maltratada, para que alguém “treine” um procedimento.

Ideais do ego podem servir como suporte, referência a questões éticas? Qual seria esta ética??

Em nosso mito, Quíron é ferido, bem como Asclépio, ao buscar o saber para ressuscitar os mortos. Será suportando ser ferido, em seu narcisismo, que o médico pode buscar verdadeiros saberes?

O aluno/monitor, bem como o professor, é colocado na posição de suposto saber em seu grupo. A partir daí, ao ganhar a coragem de dirigir ao outro a palavra como quem não sabe, abre-se o espaço para começar a criar o estilo de cada um. Tendo a sublimação como uma forma de contornar o vazio da falta-a-ser, é possível tornar-se desejante de saber, sem deixar de lado as responsabilidades que acompanham o processo.

Os conceitos passaram por mudanças, na obra freudiana. Continuamente ouvindo seus pacientes, interagindo com o mundo social e cultural onde estava inserido, e, ao mesmo tempo, inquieto, sempre buscando novos saberes, Freud elaborou valiosas construções conceituais, ao longo de sua obra.

De acordo com Miller (2009), Lacan, em *O momento de concluir*, coloca a ênfase na tecedura do aprendiz, ou seja, enfatiza a aprendizagem com aqueles que nos ensinaram a língua, e que nos veicularam a um contexto cultural, às exigências do superego, ideais e contingências da vida.

A pessoa devia deixar-se inundar pela alegria aos poucos – pois era vida nascendo. E quem não tivesse força de ter prazer, que antes cobrisse cada nervo com uma película protetora, com uma película de morte para poder tolerar o grande da vida. (Lispector, 2005, p. 33)

Reporto-me à palavra poética de Clarice, para refletir sobre a morte, como película protetora; a repetição inconsciente, mas que nunca é igual, buscando simbolização através da palavra.

O mal estar da modernidade líquida<sup>6</sup> aumenta a inquietude do homem diante de seus desafios (Bauman, 2004). Defrontar-se com a condição humana na subjetividade e complexidade de questões provocadas pelo sofrimento e pela morte, vividos pelos estudantes de Medicina, ultrapassa limites toleráveis, exigindo medidas para o extravasamento, criação de metáforas e espaços de criação.

A capacidade de sustentar a estranheza, fazer o corte na ilusão de um saber absoluto permite que surja a diferença de cada um. Cada paciente, cada aluno, cada situação a ser enfrentada comporta algo radicalmente único a ser enfrentado, convocando-nos a aprender sempre.

---

<sup>6</sup> Zygmunt Bauman sugeriu a metáfora da “liquidez” para caracterizar o estado da sociedade moderna, que, como os líquidos, se caracteriza pela incapacidade de manter a forma, mudando instituições, estilos de vida, crenças e convicções antes de se solidificar como costumes, hábitos e verdades.

## REFERÊNCIAS

- Abuchaim, D. Uma experiência de ensino de psicologia médica e psiquiatria. *Rev Bras Educ Med* 1980; 4(1):11-19.
- Balint, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1988.
- Bauman, Z. Amor Líquido: sobre a fragilidade das relações humanas. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2004.
- Berbel, NAN. Metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da praxis. *Semina* 1996; 17:7-17.
- Bertoldi SG., Braga, FB. Psicanalistas na universidade. O que se Pode Fazer? In: *Psicanálise e Processos de Mudança – Indivíduo, Sociedade e Cultura: Anais do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicanálise*; 2007 Nov. 15-16. [acesso em 2011 jan. 29]. Disponível em: <http://febrapsi.org.br/publicacoes.php#>.
- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Em busca da humanidade perdida. *Ensino, Pesquisa e Extensão na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica* 2009 (4 supl4):33.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [online] [acesso em 2011 abr. 29]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf).
- Caon, JL. O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. *Psicologia: reflexão e crítica* 1994; 7(2):145-74.
- Capes. Ministério da Educação. Conselho Superior. Portaria nº 9 de 23.01.2008. [online] [acesso em 2011 abr. 30]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/tabela-de-areas-de-conhecimento>.
- Chemama, R, Vandermersch, B. *Dicionário de psicanálise*. Tradutores: Francisco Settineri, Mario Fleig. São Leopoldo: Editora Unisinos; 2007.
- Cohen, RHP. Uma questão entre psicanálise e educação: sobre a etiologia do fracasso escolar. [Tese] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutorado em Psicologia. Instituto de Psicologia, 2004.
- Deslandes, SF, Mitre, RMA. *Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu: Unesp Ed., 2009; 13 suppl1:S641-9.
- Duran, D, Vidal V. *Tutoria: aprendizagem entre iguais: da teoria à prática*. Tradução: Ernani Rosa. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Eizirik, CL. Ensinando uma profissão impossível. Revista ABP-APAL (Associação Brasileira de Psiquiatria Asociación Psiquiátrica de la América Latina) 1994; 16(4):133-5.

Eksterman, A. ensino de Psicologia Médica. Psicossomática, Recife 1986, jan/março/86, 1(1):11.

Felix, L. Filosofia: Apolo, Quíron, Asclépio e Hipócrates - O Mito Grego da Medicina. [acesso em 2011 jan. 15]. Disponível em: <http://www.lucienefelix.blogspot.com/>.

Folberg, MN, Paim, RMO (Orgs.). Educação (des)encantada. Porto Alegre: Est. Edições; 2009.

Freire, P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.

Freud, S (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. (1898). In:\_\_\_\_\_. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1980. p. 285-312

\_\_\_\_\_. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Vol. VII. p. 171.

\_\_\_\_\_. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In:\_\_\_\_\_. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1980. Vol. XII. p. 149-59

\_\_\_\_\_. (1914). Uma introdução sobre o narcisismo. In: Freud, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1980. Vol. XIV. p. 111

\_\_\_\_\_. (1919 [1918]). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In:\_\_\_\_\_. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1980. Vol. XVII. p. 217-20.

\_\_\_\_\_. (1923 [1922]). Dois verbetes de enciclopédia. In: Freud, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Vol. XVIII. p. 287, 291.

\_\_\_\_\_. (1926). Psicanálise In: Freud, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Vol. XX. p. 306.

\_\_\_\_\_. (1937). Análise terminável e interminável. Vol. XXIII. In: Freud, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 282.

Gauer, G, Franco, R, Zogbi, H, Mauni, P, Diefenthaler, E, Cataldo Neto, A. Estratégias dos profissionais de saúde para cuidar dos que cuidam. Bioética, 2006, Brasília, 14:171-180

Gigante, AG. Um momento doutorandos! Porto Alegre: Artgraf, 1983.

Herrmann, F. Introdução. In: \_\_\_\_\_. Andaimos do real: o método da psicanálise. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 13-36.

Lowenkron, TS. O Objeto da investigação psicanalítica In: Herrmann, F (Org.), Lowenkron, TS. e col. Pesquisando com o método Psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 21-31.

kehl, MR. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.

Lacan, J. O saber do psicanalista. Seminário 1971-1972. Tradução: Letícia Fonsêca. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife; 1997.

\_\_\_\_\_. Escritos. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1998.

\_\_\_\_\_. Problemas Cruciais para a psicanálise. Seminário 1964-1965. Tradução: Letícia Fonsêca. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife; 2006a.

\_\_\_\_\_. Meu Ensino. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2006b.

\_\_\_\_\_. Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise 1964. Texto estabelecido por Miller, J-A. Tradução: Magno, MD. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2008.

Lampert, JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz. Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

Laplanche, Jean, Pontalis. Vocabulário da psicanálise. Tradução: Pedro Tamen. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

Lispector, C. Aprendendo a viver. Rio de Janeiro: Rocco; 2005.

Miller, J-A. Perspectivas do Seminário 23 de Lacan: o sinthoma. Revisão do texto: Terezinha Prado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2009; p. 193.

Minayo, MCS. (org.), Assis, SG, Souza, ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de problemas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

\_\_\_\_\_. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Huittec; 2006.

Muniz, JR, Chazan LF. Ensino de psicologia médica. In: Mello, F. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 37-44.

Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos Profissionais de Saúde. Rev Bras Med Trab 2003 julho-set.; 1(1):56-68.

Roudinesco, EPM. Dicionário de psicanálise. Verbete: nachträglichkeit, après-coup. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1998.

Sauret, M-J. A pesquisa clínica em psicanálise. Revista Psicologia USP 2003; 14(3):89-104.

Schüller, D. Eros na Mitologia Grega. In: Folberg, MN, Paim, RMO (Orgs.). Educação (des)encantada. Porto Alegre: Est. Edições; 2009. p. 34.

Souza, ARND. Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica. [Tese] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutorado em Ciências da Saúde/Psiquiatria. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB, 1998.

Tuoto, E.A. Asclépio, o Deus da medicina In: Tuoto, EA. História da Medicina [online]. 2010. [acesso em 2011 jan. 15]. Disponível em: <http://historyofmedicine.blogspot.com/2010/09/asclepio-o-deus-da-medicina.html>.

Zaidhaft, SB, Rego GA, Bines, J, Rubinstein I, Drumond L.E. O Estudante de medicina e a morte. In: Zaidhaft, SB. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 57-63.

Zizek, S. Como ler Lacan. Tradução: Maria Luiza Borges. Rio de Janeiro: Zahar; 2010.

**IX ARTIGO**

**ATENDER À TIRANIA OU DESEJO DE BEM ATENDER?  
PSICANÁLISE NA EDUCAÇÃO MÉDICA**

***ATTEND THE TYRANNY OR DESIRE TO THE GOOD ATTEND?  
PSYCHOANALYSIS IN MEDICAL EDUCATION***

Sandra Gehling Bertoldi<sup>1</sup>, Maria Nestrovski Folberg<sup>2</sup>, Waldomiro Carlos Manfroi<sup>3</sup>

1 Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

2 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

3 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Título abreviado: PSICANÁLISE NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Palavras-chave: Psicanálise; Educação Médica; Pesquisa Psicanalítica; Transferência

Correspondência - Sandra Gehling Bertoldi. Rua Dr. Victor Russomano, 47. Areal. Pelotas. Rs. Brasil. 96077620. e-mail [sandrabertoldi@yahoo.com.br](mailto:sandrabertoldi@yahoo.com.br)  
Telefones (53) 32285454 / 32287447

## RESUMO

Estudo desenvolvido com alunos de Medicina, tendo por objetivo analisar a contribuição da Psicanálise para a formação médica. A análise de enunciação do discurso destacou temas como o saber, seus desdobramentos simbólicos e os sofrimentos diante do enfrentamento da morte. Expectativas diante de exigências e demandas do meio social também foram notáveis. Demandas superegóicas insaciáveis e cruéis, capazes de embrutecer pessoas apresentam-se como um alto risco a estudantes de medicina. Levantam-se questionamentos: alunos podem suportar ser feridos em seu narcisismo? Alunos/monitores, na posição de suposto-saber em um grupo, demonstram capacidades de construir bases para sustentar relações transferenciais. Isso se verifica, quando o aluno tem a coragem de dirigir-se ao outro, suportando o não saber, o que pressupõe a verdade do inconsciente como fundamento. Ao sustentar a estranheza, e fazer o corte na ilusão do saber absoluto, um grupo cria possibilidades para as diferenças, oportunizando, através do enfrentamento do vazio, o surgimento de estilos próprios. Carregado de suas singularidades e responsabilidades, o sujeito é convocado a aprender diante dos desafios a serem enfrentados.

Palavras-chave: Psicanálise; Educação Médica; Pesquisa Psicanalítica; Transferência

## ABSTRACT

*Study undertaken with the aim of evaluating the contribution of psychoanalysis in medical education. The teaching model of Medical Psychology in FAMED-UFPEL, of psychoanalytic background, proposes follow-up of students during the course, encouraging their contact with people and with common life situations, prompting questions that are provoked by the unconscious, and their debate. Through the use of discourse analysis in focal groups of student-monitors, the work highlights issues such as knowledge, its symbolic aftermath, the suffering that is brought by facing death, and expectations regarding demands from the social environment. Insatiable and cruel superego demands can brutalize people and pose a significant risk for medical students. The student-monitors, as supposed-to-know in a group, demonstrate the ability to build the foundation for sustaining transference relationships. This is demonstrated when they show the courage to address the other supporting the not knowing, which presupposes the truth of the unconscious as a foundation. Bearing the trademarks of their singularities and responsibilities, the subject is called to learn in the face of the challenges.*

*Keywords: Psychoanalysis; Medical Education; Psychoanalytic Research; Transference*

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho situa-se na intersecção Psicanálise e formação de médicos, e analisa a contribuição do método psicanalítico, implantado por Abuchaim (1980), na Universidade Federal de Pelotas, o qual vem participando da formação de cerca de quatro mil médicos, desde 1968.

As evoluções da Ciência Médica respondem a demandas crescentes, muitas vezes com custos altos para quem se encontra na linha de frente. Pressionados por ideais sociais enlaçados a suas singularidades, jovens chegam às faculdades de Medicina com extensa bagagem, mas com um importante caminho a ser trilhado junto a seus professores. Médicos são convocados para atender sofrimento e morte e, nesse sentido, a busca contínua pela excelência promove avanços constantes, mas envolve riscos.

A crise ética contemporânea pode ser ligada à dificuldade atual de reconhecimento da lei e à desmoralização do código. A lei universal de interdição ao incesto, mítica, funda nossa condição de seres da cultura, com uma renúncia ao excesso de gozo, e impõe-se, sem estar escrita em lugar algum, delimitando os agrupamentos sociais humanos. A origem e a transmissão da lei se dão pela linguagem, pela inscrição no inconsciente de formações da cultura. A dívida simbólica representa o preço a pagar pela condição humana, é uma dívida com os antepassados e com a coletividade a que pertencemos, seja ela representada pela cultura, pelo país ou pela classe social. Kehl (2002) propõe que cada geração, ao se constituir, pelo rompimento com a anterior, sustenta-se na valorização individual, no consumo e no gozo. Ao mesmo tempo, situa o corpo teórico atual da Psicanálise, colocando-o num patamar que leva em conta modalidades de alienação e liberdade específicas do período.

Levantam-se as perguntas: Como pode um médico constituir-se na contemporaneidade? Como fica o sujeito que faz Medicina diante das demandas do corpo social e da excelência a ser alcançada pela Ciência Médica, enfrentando o mercado, a indústria farmacêutica e suas pressões?

Aprendemos com Freud (1926) a importância de conhecer e saber manejar a transferência para atender alguém, seja onde for. Para tanto, é preciso manter vivo o sujeito, tanto no paciente como no médico. Estudantes de Medicina correm riscos.

Tal como Asclépio, será “fulminado pela ira dos deuses” o médico que ousar “tornar-se senhor da vida e da morte?” Qual o lugar reservado ao médico? Podendo haver morte e criação de palavras, mantém-se o sujeito-médico fiel ao juramento hipocrático, “de per si”?

## 2 PSICANÁLISE E FORMAÇÃO MÉDICA

Freud (1919 [1918]) discute o valor da Psicanálise para a formação de médicos e cientistas, destacando a deficiência gerada pela maneira parcial que as faculdades dirigem o estudante para os campos da Anatomia, da Física e da Química, enquanto falham no esclarecimento do significado dos fatores mentais nas funções vitais, bem como nas doenças e seu tratamento.

Esta deficiência na educação médica, faz-se sentir mais tarde numa flagrante falha no conhecimento médico. Essa falha não se manifestará apenas na sua falta de interesse pelos problemas mais absorventes da vida humana, na saúde ou na doença, mas também o tornará inábil no tratamento dos pacientes, de modo que até mesmo charlatães e “curandeiros” terão mais efeito que ele. (FREUD, (1919 [1918]), p. 217).

Os cursos de Psicologia Médica surgiram como tentativas de resposta a essas deficiências no currículo universitário. Freud nos afirma: “A psicanálise, na verdade, mais do que qualquer outro sistema, é adequada para o ensino da psicologia ao estudante de medicina.” (Freud (1919 [1918]), p. 218) Em suas considerações, o autor pondera que o estudante de Medicina jamais aprenderia a Psicanálise propriamente dita. Explica que, para cumprir os objetivos pretendidos, é suficiente que o aluno aprenda algo *sobre* psicanálise e que aprenda algo *a partir da* psicanálise. Freud (1919 [1918], p. 220) Ao mesmo tempo em que salienta a especificidade do método psicanalítico, aponta-nos os efeitos fecundadores do pensamento psicanalítico sobre outras disciplinas.

Não obstante, a Psicanálise foi colocada por Freud (1937), junto da Educação e do ofício de governar como profissões 'impossíveis': “[...] quanto às quais de antemão se pode estar seguro de chegar a resultados insatisfatórios”. (Freud, (1937, p. 282)

Quase meio século mais tarde, Lacan (2006b) considerava que o psicanalista está envolvido em sua função, mesmo que não se mexa e se cale a maior parte do tempo. Segundo ele, isto ocorre na medida em que o psicanalista é capaz de ser função do desejo do Outro. “Só que é preciso saber o que se faz. Menos aí, aliás,

que em todos os outros lugares, não se pode ignorar que o verdadeiro móbil de uma estrutura científica é sua lógica, não sua face empírica”. (Lacan, 2006b, p. 58)

Assumindo o inconsciente freudiano, não apenas como o que escapa à consciência, mas como o lugar onde se faz reconhecer o desejo ignorado pelo locutor, mostra-se sua relação com a verdade. O inconsciente fala de acordo com sua própria gramática e lógica. Para Lacan, é disto que Freud fala quando diz: “*Wo Es War, soll Ich werden*” (“Onde isso estava, eu devo advir”), ou seja, “Eu deveria ousar me aproximar do lugar de minha verdade”. Zizek lembra-nos: “[...] o que espera ali, não é uma Verdade profunda com a qual devo me identificar, mas uma verdade insuportável com a qual devo aprender a viver” (Zizek, 2010, p. 9). Assim, nesse sentido, o sujeito só deseja na medida em que experimenta o Outro como desejante. É como Outro que ele deseja, confrontando-se com o enigma, com a impossibilidade de decifração final.

Freud (1914) introduziu os referenciais ego ideal (*Ideallich*), ideal do ego (*Ich-Ideal*) e superego (*Über-Ich*), para os quais Lacan marcou a distinção, através de seu princípio estruturante imaginário-simbólico-real. A autoimagem idealizada, a maneira como eu gostaria de ser visto, é designado de *ego ideal*, é da ordem do imaginário, uma imagem especular do eu. Já o *ideal do ego* corresponde ao que tento impressionar com minha imagem do eu, o grande Outro ideal, para o qual invisto todos os esforços no sentido de dar o melhor de mim, identificando-me, é simbólico. O *superego* corresponderia a essa mesma instância; porém em seu aspecto sádico, punitivo; é real, insaciável, com exigências impossíveis.

O superego, constituído por interiorização das exigências e das interdições parentais, é definido como herdeiro do Complexo de Édipo. Ocorre identificação com a instância parental, ou seja, o superego da criança forma-se à imagem do superego dos pais, tornando-se o representante da tradição, de juízos de valor que subsistem por gerações. (Laplanche e Pontalis, 2001)

Os professores não transmitem atitudes magicamente aos estudantes: é preciso que haja intenção nessas atitudes, e que se instaurem cenários de ensino-aprendizagem como dispositivos adequados ao desenvolvimento de competências.

Souza (1998) associa pesquisa no campo da Psicanálise à experiência pedagógica na formação médica. A pesquisadora defrontou-se com incertezas, enigmas e limites do conhecimento médico, legitimando a pertinência da dúvida e do questionamento no espaço da prática.

Cohen (2004) investiga a problemática do fracasso escolar, na intersecção Psicanálise e Educação, para, em um espaço coletivo e interdisciplinar, verificar o singular do fracasso na lógica contingente - a lógica que inclui o real, isto é, o impossível, o ineducável.

A contemporaneidade confronta-se com mudanças paradigmáticas nos conceitos da ciência, com avanços tecnológicos extremamente rápidos, ou ainda com a desesperança e os novos sintomas criando formas de enfrentar o vazio.

Lacan (1997) afirma a verdade como causa, destacando, em especial, o valor de verdade do sintoma. Para tal, um saber é suposto ao analista, fundando os fenômenos da transferência. Como “sujeito suposto saber”, o psicanalista é colocado, pelo paciente envolvido no tratamento, como aquele que conhece suas respostas, seus segredos: ou seja, há o reconhecimento de outro sentido, inconsciente, para os seus atos.

Da mesma forma, o professor será colocado no lugar do saber, estabelecendo condições para a transferência professor-aluno, possibilitando uma relação que sustente o surgimento do desejo de aprender.

Eizirik (1994) compara a tarefa de professores e alunos de Psicologia Médica com a de Sísifo, no que diz respeito à resistência e ao desafio, aspectos que se reiniciam a cada semestre. Ele diz: “Não queremos ensinar e eles não querem aprender” (Eizirik, 1994).

Folberg (2009) sustenta que a educação pode apoiar-se e construir-se como uma projeção do que se pretenda ser o resgate do saber não sabido e, talvez, a possibilidade de sacudir o interior de cada um, ao provocar deslocamentos. Propõe a reverberação da palavra, no sentido de provocar deslocamentos, constituindo, quem sabe, um mito: a escrita brotando de uma fenda entre escritor e leitor, para que as palavras sejam lançadas como palavras dirigidas, intencionadas, endereçadas e depositadas propositalmente. Segundo ela, isso é feito com propósito de fazer algum efeito, provocar deslocamentos no oco de cada um, por onde escorrem e circulam os significantes, criando a pluralidade de sentidos.

### **3 A PSICANÁLISE NA FORMAÇÃO DOS MÉDICOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFPEL – A LEIGA**

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) foi fundada em 1963, como uma instituição particular. Em seus primórdios, não pertencia a nenhuma das universidades - federal ou católica - e ganhou o apelido que até hoje é sua marca, e pelo qual alunos, professores, ex-alunos, pacientes e comunidade a reconhecem. A instituição é chamada “Leiga”, ou seja, a não católica e não federal. Nesse sentido, vale lembrar que a palavra “Leiga” tem como definição aquele que é laico, não clérigo; ou ainda, o que é estranho ou alheio a um assunto; desconhecedor.

O sentido conotativo de “Leiga”, considerado simplesmente como um atributo da prática da Ciência Médica, poderia sugerir uma indicação contrária aos ímpetos de um Médico? Pode-se questionar, então: como a instituição se manteve, por tantos anos, orgulhosa e repetidamente citada por seus “filhos”, em sites, fotos, festas, cartazes, formaturas, reuniões acadêmicas e de conselhos diretivos, através do carinhoso apelido da faculdade: Leiga.

Levanto a hipótese que esta peculiaridade da faculdade situe-se entre suas especificidades, em uma estrutura de ensino de Psicologia Médica de fundamentação psicanalítica com características especiais. Pode-se afirmar “Leiga”, como um nome que ocupa um lugar simbólico, ligado aos princípios ético-humanistas que fundamentaram a fundação da faculdade?

Para Lacan, o inconsciente se estrutura como uma linguagem. O significante denominado por Lacan O 'Nome-do-Pai' é a imposição simbólica de um Nome que articula uma linhagem, uma narrativa, uma história – trata-se do Nome que antecipa, ordena e perpetua a existência de alguém.

É pelo enfoque do inconsciente, da narrativa em busca de sentidos, que o estudo foi produzido. Isso foi feito, sem perder de vista que a Psicologia Médica está inserida no compromisso curricular de uma escola médica, visando a atender às necessidades básicas de saúde (NBS) da população: “na graduação de conferir formação geral e competências básicas ao médico para inserir-se no mercado de trabalho tão logo receba o diploma”. (Lampert, 2002)

Os Professores, Psicanalistas Darcy Abuchaim e David Zimmermann idealizaram um modelo de ensino baseado no acompanhamento longitudinal do aluno ao longo do curso médico. É promovida a inserção precoce do aluno em atividades práticas, através de observações semanais de pessoas da comunidade, como mulheres grávidas, crianças, adolescentes, velhos, pessoas enlutadas, pessoas morrendo, e feita a posterior discussão com um monitor. As demais aulas seguem a partir das questões trazidas pelos alunos, provocadas pelas situações vividas em suas diversas práticas, vivenciadas junto aos pacientes, no convívio com colegas, com a equipe de trabalho, com professores ou mesmo a partir dos temas sociais emergentes no momento, tendo a teoria psicanalítica como base de fundamentação. Problemas são propostos e discutidos pelo grupo. A idealização do programa teve como objetivo preparar médicos para o atendimento integral do paciente. “O aluno tem de adquirir experiência e habilidade de falar com pessoas, de ouvir histórias e de acelerar, através de vivências diversas, seu desenvolvimento emocional” (Abuchaim, 1980, p. 13).

A ‘Psico’, como é chamada por alunos e professores, estabeleceu-se ao longo da estruturação da faculdade, incorporando-se ao reconhecimento da própria faculdade, por alunos, ex-alunos, professores e pacientes, que a reconhecerem discurso: A ‘Psico da Leiga’.

### 3.1 PROJETO DE EXTENSÃO EM RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE (Bertoldi e Braga, 2009).

Desde 1997, este projeto vem sendo desenvolvido como mais um desafio de incorporar questionamentos da Psicanálise à prática de jovens graduandos em Medicina. O momento em que o aluno começa a se colocar diante do paciente, executando um ato onde é percebido como médico, torna-se marcante na sua formação, capaz de estabelecer crises e marcar seu futuro profissional. Assumir a posição médica, caracterizada pela transferência, apresenta, pois, dificuldades, riscos e desafios. Esta monitoria permitiu trabalhar com o aluno em dois aspectos. Ao mesmo tempo em que é aluno, é ensinante, e assim se põe como sujeito suposto-saber em um grupo, imerso em todas as consequências advindas daí. É importante que os fenômenos surgidos, da ordem da transferência e do desejo de

saber sejam trabalhados semanalmente no grupo de monitores, coordenado por psicanalista devidamente atento.

A monitoria instaura-se como uma metodologia facilitadora, promovendo uma prática compartilhada ao jovem aluno, para que possa se posicionar, além de propiciar, ao grupo, a oportunidade de falar a respeito das angústias surgidas durante o atendimento. Os grupos pequenos facilitam a intimidade e ajudam a quebrar exigências idealizadas de um grande saber exigido ao médico.

Como a universidade não dispõe de vagas de monitoria em número suficiente, o recurso empreendido foi o de criar um projeto de extensão, ofertando quatorze vagas para alunos/monitores. A turma de Psicologia Médica correspondente é dividida em grupos de três alunos, que são acompanhados por um ou dois monitores. Cada grupo reúne-se semanalmente, sempre no mesmo dia e hora, escolhe um paciente, e um dos alunos faz a anamnese e o exame físico. O grupo reúne-se depois e conversa sobre o atendimento. É criado um espaço livre para a fala das situações vividas, dificuldades, conquistas e sentimentos vivenciados. O monitor escreve um relatório.

Semanalmente é feita reunião com todos os monitores onde são debatidas as questões vividas pelos monitores com os coordenadores do projeto, a partir da leitura de seus relatórios, utilizando o método psicanalítico como referencial.

Os pacientes, ao agirem/reagirem aos tropeços da doença ou da inexperiência, ensinam, ou melhor, possibilitam reflexões, angústias. A partir disso, criam-se possibilidades de novas escritas, em busca de sentidos e competências.

Constantes desafios são enfrentados a cada semestre na execução da tarefa. Reconhecer e enfrentar as resistências, quando a demanda é outra, torna-se parte da construção invisível da Psicanálise, na medida em que o inconsciente permeia e constitui o Sujeito.

Não se cria a ilusão de que os problemas são/estão resolvidos. As resistências são comuns - “A Psico” é uma viagem! “Nós temos aula de Psico demais”. “Não entendo o porquê dessas aulas!”. Nesse sentido, é preciso manter claramente a posição do psicanalista, como não detentor do saber, suportar o desconforto de estar em “outra cena”, para não atender às demandas de colocar ordem, buscando referências na ética do desejo e mantendo constantes as indagações, tensões e inquietações. Bertoldi e Braga (2007)

#### 4 PSICANÁLISE COMO MÉTODO DE PESQUISA

Freud (1923) conceituou Psicanálise como: 1) procedimento para investigação de processos mentais que, de outra forma, são praticamente inacessíveis. 2) método, baseado nessa investigação, para o tratamento de distúrbios neuróticos. 3) série de concepções psicológicas adquiridas por esse meio e que se somam umas às outras, para formarem progressivamente uma nova disciplina científica.

Lowenkron (2004), após ampla discussão, conclui que toda linha de investigação cuja direção da pesquisa estiver fundamentada nos conceitos fundamentais da Psicanálise - o inconsciente dinâmico, a resistência e a transferência, tem o direito de chamar-se psicanalítica.

Freud definiu a transferência (1926) como uma peculiaridade das relações emocionais com o médico, tanto de caráter afetivo como hostil, lembrando que ela não se baseia na situação real, e que deriva de suas relações com os pais.

Para Caon (1994), uma leitura dirigida pela escuta é a base para que o pesquisador identifique significantes nos dados trazidos por sua investigação, abrindo novos sentidos. A essência da pesquisa psicanalítica ocorre na abertura de sentidos para os dados com os quais o pesquisador está vinculado, deverá passar por três momentos. O primeiro acontece quando realiza a pesquisa do Inconsciente, em sua própria análise, imerso no amor transferencial, ao viver a situação psicanalítica de tratamento. Autorizado a ocupar o lugar de analista, instala-se o segundo momento de pesquisa, baseado na atenção livremente flutuante e na associação livre. A recomendação de Freud (1912, p. 150), de “[...] prestar igual reparo a tudo, constitui a contrapartida de que o paciente comunique tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção”. A análise, através da transferência, permite uma identificação com o trabalho de investigação do analista, propiciando ao analisando o desenvolvimento de uma atitude investigativa. Esta é, como ensina Kehl (2002), a ética da Psicanálise, uma “[...] ética de investigação, segundo a qual a dúvida deve sempre poder abrir uma brecha na fortaleza das certezas imaginárias com as quais o narcisismo do *eu* se defende.” (Kehl, 2002, p. 145)

A situação psicanalítica de pesquisa surge como o terceiro momento de investigação, devendo ser examinada à luz da situação psicanalítica de tratamento, pois daí retira seu modelo. O que as distingue, fundamentalmente, será o destino

dado à transferência em cada uma, buscando a dissolução na primeira ou sendo instrumentalizada, para a produção do texto, na pesquisa psicanalítica. (Caon, 1994)

O pesquisador psicanalítico é o primeiro sujeito de sua pesquisa, na medida em que está implicado no processo transferencial.

Sauret (2003) chama a atenção para que, se não se desconsiderar a Psicanálise, a estrutura do sujeito é, em todos os lugares, a mesma; por outro lado, o autor mantém em aberto os questionamentos sobre a validade dos conceitos da Psicanálise e sobre a própria pesquisa psicanalítica, transportados fora do dispositivo da análise.

A partir de Lacan, tem-se que:

A psicanálise só se aplica, em sentido próprio, como tratamento, e, portanto, a um sujeito que fala e que ouve. Fora desse caso, só pode tratar-se de *método psicanalítico*, aquele que procede à decifração dos significantes, sem considerar nenhuma forma de existência pressuposta do significado. (Lacan, 1998, p. 758)

Para Sauret (2003), o método psicanalítico “dá a palavra ao sujeito, leva em conta o efeito de falta introduzido pela linguagem e permite que essa falta, fundamentalmente inconsciente, seja mantida”. (Sauret, 2003, p. 98). Este autor concebe o método psicanalítico, baseando-se nos quatro conceitos fundamentais da Psicanálise, propostos por Lacan - inconsciente, transferência, repetição e pulsão – sendo passível de transposição fora da análise, apenas sem romper o laço com o discurso analítico. O real se manifesta como um enigma, como um limite do saber também como único, o estilo próprio.

#### 4.1 CONSTRUÇÃO DA PESQUISA PSICANALÍTICA NA LEIGA

Como psicanalista e “filha da Leiga” comprometida com a “Psico”, enfrento os novos desafios provocados pela Ciência Médica na formação de médicos. Investigar a contribuição dos saberes psicanalíticos em práticas de ensino-aprendizagem e o espaço ocupado pelo método psicanalítico no processo de formação médica, tornou-se uma construção, elaborada a partir da hipótese fundante da pesquisa, baseada

em Freud (1919), de que a Psicanálise contribui para a formação de médicos. Assim nasceu a escolha transferencial do tema, bem como do grupo de alunos.

Os alunos procuram voluntariamente o projeto de extensão citado e permanecem, durante um ano, exercendo a atividade de aluno-monitor. Forma-se, assim, um grupo heterogêneo, pois se misturam alunos de vários semestres, a partir do quarto semestre da graduação. A única exigência é que o aluno já tenha cursado a disciplina.

No decorrer dos anos, modificações foram feitas, em busca de sentidos e de reverberações das inúmeras especificidades e subjetividades dos sujeitos que formaram o corpus pulsante da “Psico da Leiga”. Foi mantido o fio condutor original: fomentar o contato com pessoas e situações, aumentando, com isso, o laço social, sempre propiciando a reunião em pequenos grupos e instigando questões provocadas pelas vicissitudes do inconsciente. O contato com o aluno ao longo de sua formação, de forma continuada, longitudinal, sustentado por Abuchaim, é obtido. Esta condição permite o desenvolvimento da vinculação transferencial indispensável para que o aluno se mantenha desejando aprender e enfrentando os desafios impostos.

Toda a hipótese deve suportar ser interrogada. É onde situamos nossa pesquisa, questionando, em relação à formação médica: Como se configura o saber da Psicanálise? Qual o espaço ocupado pelo método psicanalítico?

Os alunos foram convidados para a pesquisa e feitas reuniões em pequenos grupos, todas gravadas. O material foi transcrito e analisado pela pesquisadora, a partir dos pressupostos psicanalíticos, segundo as concepções da análise da enunciação. (Minayo, 2006)

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO - SABER, SEXO E MORTE

Partindo de uma leitura psicanalítica, referenciada nos paradigmas que orientam a formação médica na Leiga, e da transferência que mobilizou a pesquisa, foi possível construir a rede significante de um discurso.

Foi feita uma primeira leitura do material, acompanhada de pequenas anotações, sem preocupação com sentido ou compreensão.

Como ensina Fábio Herrmann (2001, p. 23) “[...] a demora no preenchimento da significação [...] Deixa que surja, o que há de surgir”.

Na medida em que novas leituras foram feitas, foram emergindo algumas questões significantes, permeando o discurso, em meio aos temas emergentes em cada reunião. Foram feitas anotações pontuais e destaques, na leitura de cada reunião. Semelhanças, diferenças e contrapontos foram sendo identificados. À medida que foi evoluindo a análise, foi sendo possível configurar um discurso, capaz de dar sentido a um texto e, espera-se, capaz de abrir-se em novas reverberações. O discurso que se foi configurando é apresentado juntamente com referenciais teóricos, pois são as redes simbólicas que dão sustentação.

Pode-se perceber, no discurso do grupo, a busca de um saber ilimitado, idealizado, exigente, atribuído a uma figura mítica de Médico, que transcende aos conhecimentos possíveis. Esse saber correspondente a uma figura idealizada, advinda de um Outro lugar, estabelecida muito antes do juramento hipocrático, feito no ato solene da Colação de Grau. Surge antes mesmo do vestibular de ingresso na faculdade.

Schüller (2009) ensina que o mito é palavra de verdade nos contos homéricos. Para conhecer o homem, tem que se ir ao mito, à verdade do mito, pois as concepções do homem se manifestam no mito. O mito confere uma fórmula discursiva a alguma coisa que não pode ser transmitida na sua definição de verdade.

É na narrativa grega de uma trindade ferida que o mito médico se desenvolve. Asclépio é filho de Apolo, o deus da saúde, da música e da beleza, e de uma mortal, Corônis. Temendo que o deus a abandonasse na velhice, Corônis, embora grávida de Apolo, une-se a outro. O deus manda matá-la, mas retira o filho do ventre materno e o entrega ao centauro Quíron, para ser educado. Quíron, centauro

imortal, tutor de heróis famosos, entendia a dor e o sofrimento dos enfermos, por ser portador de uma ferida incurável, e ensina Medicina a Asclépio, que, com seu formidável empenho, chega a ressuscitar defunto. Provoca, assim, a fúria de Hades, o soberano do reino dos mortos, que se queixa a Zeus, pela insolência de Asclépio de ousar tornar-se senhor da vida e da morte. Asclépio é fulminado por um raio. Apolo extravasa sua dor, matando aqueles que fabricaram os raios que mataram seu filho, pedindo ainda a Zeus que o immortalize. (Tuoto, 2010; Felix, 2011).

O discurso mítico, conforme ensina Folberg (2009, p. 8), "[...] levanta o véu sobre as possibilidades com as quais o inconsciente se estrutura: verdades não sabidas de um saber sabido".

Neste sentido, durante a pesquisa, observou-se que, na formação médica, emergem exigências de saber ilimitado, expectativas advindas de diversas figuras do relacionamento próximo: mãe, namorado, colegas, assim como da sociedade em geral, a respeito do "médico ideal".

As falas transcritas adiante são pequenos recortes significantes das questões pesquisadas.

#### **(Grupo B - Reunião 1)**

***BA- Eu falo assim: eu quero ser médica. Quando eu prestei vestibular, eu não sabia direito o que era. Eu sei o que é que eu quero: eu quero ter qualidade de vida, eu quero ficar com minha família e quero ter qualidade de vida. A Medicina é importante pra mim? É, mas... Mais importante é qualidade de vida, e às vezes eu fico: será que eu faço?? Aí fiz. Gostei - de ter a relação, assim, é... Não sei.. Você se sente importante ali, né? Você sente assim, que depende de você. Mas assim, até que tanto? Será que eu não tô... atropelando, né?***

***GF\_ É que a gente é muito cobrado. Na sociedade também, né? Ah, é médico. Médico tem que saber tudo. Se tu não sabe...***

***SB\_ Tem que saber tudo?***

***HA\_ Não. Médico não tem; ninguém sabe tudo.***

***AF\_ Mas a gente...***

***HA\_ Mas a gente, cobram bem mais.***

**AF\_ Não, eu acho que a gente até sabe que não precisa saber tudo, mas as pessoas, não: “- Mas como?! Tu não sabe?? Tu tá fazendo Medicina, como que não sabe?”**

**VD\_ Tu chega, a pessoa te pergunta o que você estuda. Tu fala: Medicina. Nossa!! Medicina, você é inteligente! Que orgulho, hein!**

**HA\_ Por exemplo, minha mãe me ligou, falando que meu vô tava com caxumba. Eu tinha que saber tudo de caxumba.**

**NB\_ Ah é, na família do meu namorado, cada semana uma pessoa tá doente, né? E daí eles ligam e me perguntam: ah, o médico falou isso e isso. Deu tal e tal remédio, o que tu acha?? E vou saber..!?! (risos, comentários). Se eu for todo dia lá, todo dia tem uma pergunta!**

**VG\_ E não responde!! - (ironia).**

**Risos.**

**NB\_ E daí me perguntam. Eu digo: bah, eu não sei. Daí, as pessoas viram as costas pra ti e vão procurar em outro lugar, né? Agora tu não serve mais. Como é que não sabe?! Tu faz Medicina e não sabe? Então não serve mais. 'Amanhã já não pergunto pra ti'.**

**GF\_ E não é só de Medicina que perguntam, não! É qualquer coisa que acontece, eles querem sua opinião, assim, lá em casa eles ligam. A minha mãe: ah, GF, eu vou fazer isso, o que você acha? Sabe, assim, é uma coisa que mudou depois que eu comecei a fazer Medicina.**

**GF\_ Não é só doença que eles querem saber, é pra tudo.**

**GP\_ Ahã, é pra tudo, tu é inteligente, tu é o responsável, tu é tudo...**

**VD\_ Eles acham que você pode ajudar a resolver qualquer problema.**

**VP\_ Isso é uma coisa muito cobrada.**

**LP\_ Mas é cobrado em tudo, tipo: médico não pode errar, em nada...**

**NB\_ Tem que ser o exemplo, não pode errar em atitude.**

**LP\_ Não pode errar na Medicina. Não pode errar em diagnóstico, não pode errar remédio. Não pode ter uma vida diferente, tipo, tem ser aquele padrão, tem que ser aquele exemplo, sabe.**

As exigências do estudante de Medicina, quanto à aquisição de competências e saberes, são percebidas como advindas de um Outro, lugar simbólico onde a consciência não tem acesso. Através de uma demanda a este Outro, articula-se, na Psicanálise, o sujeito na linguagem, dividido em sua verdade e saber.

O ideal de ego pode ser mantido como ponto de identificação simbólica e representar um suporte ético para o desejo de aprender. Pode sustentar os grandes esforços, dedicação e empenho, reclamados, durante a formação e mesmo depois, pela excelência que é exigida por qualquer pessoa que busca atendimento médico. A inconstância do saber científico, no entanto, exige estudos permanentes, sendo a arrogância a única possibilidade de sentir-se completo e em dia com o conhecimento.

Lacan (2006) situa a origem de seu ensino nos primeiros livros de Freud. Chama atenção para os chistes, tropeços da fala, furos no discurso, trocadilhos, jogos de palavras e equívocos abordados, servindo de apoio às descobertas sobre o que se trata na experiência psicanalítica. Ele convida, também, para a análise das palavras, não pelo que significam e sim para seu cruzamento em uma rede associativa, a partir da qual surgirá o ponto-núcleo, o centro de gravidade do desejo.

Ao mesmo tempo em que o grupo traz expectativas, idealizações de um saber impossível ao médico, míticas, advindas do Outro, introduz, através do humor, da ironia, a capacidade de um reconhecimento ético de suas limitações e da manifestação de seu desejo de “ter sua família e qualidade de vida”.

Lacan (1997) sublinha a correlação da ignorância com o saber, referindo-se à “douta ignorância”<sup>7</sup>, como um saber elevado, um requisito aos médicos que tentam fazer dela um saber estabelecido.

Na pesquisa sobre a acumulação do saber, Lacan fala da subversão da descoberta freudiana, dizendo:

---

<sup>7</sup>A douta ignorância foi o conceito estabelecido por Nicolau de Cusa, no século XV, como a ignorância resultante das limitações do entendimento humano, uma consciência do não saber, ou seja, quanto mais o homem sabe do seu não saber, mais se avizinha da verdade; a consciência do não saber é saber.

[...] há um eu penso que é saber sem o saber; que a ligação está disjunta, mas ao mesmo tempo báscula, nesta relação do eu penso ao eu sou; [...] Ali onde eu penso, eu não sei o que sei, e não é ali onde eu discurso, ali onde eu articulo, que se produz esse anúncio que é aquele de meu ser de ser, do eu sou do ser, é nos troços, nos intervalos desse discurso que eu encontro meu estatuto de sujeito. Ali me é anunciada a verdade onde eu não mais vigio àquilo que vem em minha palavra. (Lacan, 2006a, p. 411)

O grupo, em sua fala, introduz o erro, a bobagem, a angústia e as falhas comuns, fazendo com que possam obter algum alívio de exigências superegóicas. Dando a palavra aos sujeitos, há possibilidade de uma circulação metonímica de significantes, possibilitando “rachaduras” e articulação de novos sentidos, para lidar com o inexorável, o imponderável, a morte, o impossível real.

#### **(Grupo C - Reunião 1)**

**F: No oitavo semestre, a gente faz uma anamnese ruim, né? E então, eu acho que, neste sentido de acolher o aluno, de dizer para ele que ele vai ou que ele pode fazer errado, acho que isto ajuda um monte. Eu me lembro, o meu monitor de Psico uma vez falou isso, e isso me ajudou muito também: -Cara! Sério! Não precisa ser perfeito, não precisa ser maravilhoso, o negócio é fazer do jeito que dá...**

**S: Tu achavas que tinha que ser maravilhoso?**

**F: Acho que todo mundo acha isso. Tu passa esperando um tempo, acaba idealizando uma situação, com tanta expectativa em volta disso, né?! Tu já entra sendo visto como médico, mas não tem nem idéia de como é que alguém atende, como é que se atende alguém, né? Tu não faz idéia de como é atender alguém. De repente, tu te vê como protagonista e acaba idealizando a coisa toda. Sempre se tem alguma fantasia. Outra coisa muito legal que o meu monitor, falou, é que: ‘Olha tchê, não tem que... que..., azar, sabe? Tenta muito que..., o negócio sai errado! e estamos aqui para errar mesmo. Somos alunos’. Até, outro dia: eu e a minha monitorada no corredor, e a gente, assim, sem vontade de conversar com o paciente. Aí eu disse: Bah! Esqueci de perguntar um monte de coisas.**

**E... Assim: ela se rachou rindo, se rachou rindo, de alívio, porque se deu conta que todo mundo faz isso, né? E a gente notou aquele sorriso que ela deu, tipo: ‘Com todo mundo acontece isso, com todo mundo acontece a mesma coisa! Que alívio!’.**

Anamnese é uma palavra que vem do grego, significa trazer *mnemósyne* - a memória - à tona. Nos templos de Apolo, ela seria inspirada pelos deuses, nos sonhos, mas seu sentido sempre foi o de procurar, no histórico pessoal e dos antepassados, as doenças físicas e angústias psíquicas. Idealizações, negações, seriam pistas na demanda ao deus?

Pesquisadores chamam atenção para a necessidade de controlar as observações, viabilizando-as à comunidade científica. Pesquisadores de diferentes áreas, entretanto, declaram que muitas situações específicas de pesquisa puderam ser realmente consideradas não durante a observação, mas “só depois” ou “a posteriori”<sup>8</sup> (Roudinesco, 1998, p. 32).

A lógica que sustenta o método psicanalítico, confiando em uma escuta flutuante e na associação livre, descobre um sujeito dividido em verdade e saber. Diante da falta, da fenda do sujeito, na tentativa de suturá-lo, desfilam significantes que o representam por metáforas, em uma cadeia metonímica. A verdade da alienação aparece nas partes perdidas: no 'eu não sou'. O dito espiritualoso é uma das formações do inconsciente, reveladoras não do pensar, mas do ser, manifestando-se, por exemplo, pelo riso espontâneo.

### **(Grupo A - Reunião 1)**

**M: A gente, na Leiga, até sabe que deveria fazer, mas não consegue. É pior do que não saber! Sabe que deveria dar mais atenção, sabe que deveria conversar mais, perguntar mais, mas não tem como!**

**V F: O que eu acho é que a gente tem uma boa fundamentação sobre atender o ser humano. Só que acontece que a gente chega pra atender, no final**

---

<sup>8</sup>*Nachträglichkeit, après-coup* - palavra introduzida por Freud, em 1896, para designar um processo de reorganização ou reinscrição, pelo qual os acontecimentos traumáticos adquirem significação para o sujeito, apenas num contexto histórico e subjetivo posterior, que lhes confere uma nova significação.

da faculdade. É uma loucura de atender demanda, ficam te apressando, e tu não consegue colher a história que tu quer.

**P:** Querem transformar isso em uma assistência. Que tu atenda à demanda! É isso. Nosso objetivo, na... universidade, é aprender como atender paciente, aprender como ver tudo daquele paciente, não ficar atendendo dez, e, depois, não saber nenhuma coisa de nenhum.

**F:** Parece até bobagem, não é nem questão de não valorizar, é questão de te criticar, de querer ver a pessoa como pessoa e não como doença, como órgão. É estranho isso, que parece que o médico, que quer ter uma humanização, que quer atender realmente de verdade, assim, a pessoa como um todo, ele tem um, não sei como é que é, mas parece que é mais, assim, inferior, que é por isso que ele faz aquilo. Que o médico bom é aquele que não... que chega e fala, olha e em cinco minutos vai embora. Ele é bom, ele é o cara!

São frequentes, nas faculdades de Medicina, exigências exageradas entre colegas, dos professores ou de familiares. O médico precisa “ser ferido”? Aprendiz de médico, para aprender, precisa apanhar?

Médicos sempre são feridos? O que fazer com os ideais, quando seus pacientes morrem, sofrem, reclamam, pioram?

Percebe-se um saber curativo, poderoso, idealizado, um saber que se diria mítico, aparecer como uma exigência do Outro (A), de um Ideal do Ego, permeando o discurso dos alunos, desde seu ingresso na faculdade, pela voz da família, de amigos, da cultura em geral. Pode-se questionar, então: qual o destino que estes jovens adolescentes dão aos seus ideais, no transcorrer do curso médico? A exigência pautada na idealização será reforçada, no decorrer do curso?

Atitudes que aterrorizam alunos, de um corpo social perverso, podem, ao invés de transmitir e estimular a busca de conhecimentos, fazer com que jovens se endureçam, perdendo a capacidade de perceber o sujeito humano diante de si, e de si mesmos como sujeitos? As angústias, despertadas pela frequente ameaça de emergência do real, podem se relacionar com estas questões?

(Grupo A - Reunião II)

VF\_ Eu fui evoluir o paciente que tem afasia de expressão, teve um AVC, só que... ele tá muito deprimido por causa disso, porque ele entende tudo, só que... tu pergunta como é que tá pra urinar, ele ‘a...a...a’. Às vezes sai um pouco de voz e ele começa a chorar que nem criança. Não pára, não pára. Te dá uma angústia, porque tu quer ajudar, e não consegue. Ele está com problemas respiratórios, mas só o que o angustia é não poder falar. Ele tem quarenta e poucos anos.

SM\_ Ai, professora, se eu não conseguisse falar, eu ia chorar muito, porque eu falo demais.

VD\_ O pior é entender tudo, todo o tempo, e não conseguir se expressar.

VF\_ Mas foi uma angústia fazer a anamnese. No final, ele já tava assim, ó.... Eu disse: “eu tô aqui pra lhe ajudar”. Os acompanhantes não sabiam nada. Eu disse: “olha, no revezamento, tem que dizer tudo o que aconteceu, pra ajudar a ele também”. Aí eles faziam, assim...

VD\_ Exatamente.

SB\_ Pra ele ter algum tipo de comunicação, tu seguisses tentando te comunicar com ele?

M\_ Sim, pra não ignorar o paciente.

VF\_ Sim, chegou uma hora que eu não sabia se eu tava fazendo bem, porque ele chorava, chorava, mas a primeira vez que ele chorou, eu continuei falando porque eu pensei assim, se eu parar, aí mesmo que ele vai se sentir um inútil. Eu falei assim: “não, eu vou achar um jeito, eu vou lhe entender”.

SB\_ “Eu nem sabia se tava fazendo bem, porque ele tava chorando”.

M\_ Eu acho que fez um monte.

SB\_ Hum.

M\_ Um monte.

M\_ Acho que sim, porque ele conseguiu pôr pra fora uma coisa que é... uma emoção que é o que mais tá incomodando ele.

VF\_ Na verdade, é a única coisa que incomoda ele, pra ele. Ele fala assim: óó. Eu cheguei pra falar com ele e disse: “bom dia, seu P, como é que tá? Como é que passou a noite?”. Ele fez assim ó [faz um gesto negativo com

as mãos]. E eu disse: “eu sei que o senhor tem dificuldade pra falar, mas eu quero conversar com o senhor”.

**M\_** Você foi alguém que mostrou interesse, que tá ali pra ajudar, tá com ele assim, por mais que ele não melhore.

**VF\_** É, eu ainda tentei animar, perguntando: “ah, o senhor consegue ler”. Ele disse que não. “E rádio, o senhor gosta de jogo?”. E ele: sim [gesto]. E eu: “bá, pra quem que tu torce, pro grêmio?”. E ele [gesto].. Eu: “ah, que bom que o senhor torce pro grêmio..., Então, por que não pede pra lhe trazerem um radinho ver o jogo e não sei que...”. “O senhor tem netos?”, e ele: “sim”. E tudo ele sacudia a cabeça, né?. Aí o acompanhante: “ih, ele tem um monte de neto”. Eu disse: “então o senhor tem que aproveitar esses netos pra fazer aquelas caretas que a fisioterapeuta lhe ensina. Quinze minutos com cada neto, o senhor fica bem...”, eu disse pra ele. Sabe? tentando animar.... Eu disse: “eu quero ver o senhor animado! Não é pra desanimar”.

**M\_** Acho que... mostrar que ele não tá sozinho e que, por mais que ele tenha dificuldade, ele ainda pode se comunicar de alguma forma e que não virou um vegetal, que ele ainda está presente.

**SM\_** Que alguém se importa com ele.

**M\_** Que ele vai ter o mesmo tratamento que outro...

A aspiração maior da Medicina é curar dores e sofrimentos do homem. Trata-se de um Ideal de ciência, que encontra obstáculos na prática clínica, bem como nas complexidades e subjetividades com que cada um enfrenta as vivências de adoecimento e as contingências de atendimento médico. Se o Médico atém-se ao Ideal de ciência, buscando atender às demandas, também ideais e exigentes, de um Outro (A) da cultura, limita não só o atendimento que oferece aos seus pacientes, mas também restringe a si próprio, como sujeito.

No relato acima, a aluna “conversa” com um paciente com afasia, limitado em seu objeto parcial do desejo - a voz. Na situação descrita, atender significa conviver com graves limitações físicas do paciente, suportar a ferida narcísica de não curar e conviver com o real da dor e do sofrimento de alguém impedido ao gozo da fala.

Esta conjugação de fatores, embora com variações quanto ao objeto de perda ou a configuração simbólica estabelecida, são frequentes na Medicina e podem ser razões de susto e fuga, impedindo um atendimento integral das pessoas. Isto pode

fazer com que o médico se refugie, unicamente, em sinais e sintomas físicos, excluindo o sujeito e deixando o ser que sofre enclausurado ou, no máximo, encaminhando-o a alguém da área “psi”.

Muitas vezes o obsceno do toque nos corpos nus inibe os primeiros exames físicos dos alunos, mas os jovens iniciantes encontram variadas justificativas, explicações e racionalizações para não realizarem sua tarefa.

Quando a aluna admite: “Eu não sabia se tava fazendo bem”, torna possível outra escuta, que procura, além da Pneumonia - que o paciente apresentava e precisava certamente tratar -, o sofrimento de um sujeito sem fala. Em seu desejo de saber, verdadeiramente, a dor de seu paciente, viabiliza outra comunicação, fazendo laço com o óó do paciente, dando sentido ao choro, à tristeza. Para tanto, aluno ou médico, além das habilidades específicas da Ciência Médica, precisa suportar a angústia gerada pelas limitações, seja nas questões do saber, da sexualidade como da morte. As pulsões parciais articulam-se em torno do objeto do desejo, mantido como alvo. “Os ouvidos são, no campo do inconsciente, o único orifício que não se pode fechar”. (Lacan, 2008, p. 190)

Freud (1905) utilizou a expressão pulsão, para designar a representação psíquica de fontes endossomáticas, que fluem continuamente. Em 1920, introduziu o conceito de pulsão de morte, a partir da observação da compulsão à repetição, em seu caráter inconsciente, incontrolável.

Lacan (2008, p. 49) acentuou a função pulsativa do inconsciente - tudo que, por um instante, aparece na fenda, destinado a escapular, a desaparecer. A pulsão é considerada na categoria do Real. O real é o que retorna sempre ao mesmo lugar, onde o sujeito não o encontra.

### **(Grupo A - Reunião III)**

**M: já vi muita coisa, mas esta foi angustiante pelo contrário, de não deixá-la morrer, de investir, investir. E ela olhando, assim: “por favor”, sabe? Nossa, foi horrível. E ela gemendo, com falta de ar. Aí eu que tinha que segurar a cabeça dela e ela não queria, estava gemendo e eu segurando na mão dela, que ela sentia, né? E ela segurando na minha mão e ela me olhando assim com aquele olhar: “Ai meu deus, por que disso, né?”**

**V: Por que estão fazendo isso comigo?**

**M: Sim.**

**S: Não! e tu via que isso não ia resolver nada para ela!**

**M: E aí a residente: vamos anestésiar. Aí, vamos pegar, né? A veia. E nada, e furava e furava. Mais de três vezes tentando. Para quê? A mulher sofrendo. Parecia um órgão, uma parte do corpo. Ninguém ligava para ela, sabe? E eu, que estava ali vendo o rosto dela, e ninguém se importando. Aí foi lá, depois de muitas tentativas, foi a cirurgiã (tentar o procedimento) e ela não sabia. Para que se meter numa coisa, se não sabe? Ela já está sofrendo, ninguém percebeu que ela estava com dispnéia. Ela estava com dor, estava mal. Aí só piorou, assim, horrível. Eu nunca passei tanta angústia, horror. Muito angustiada, até que ponto um aluno pode treinar num paciente? Né? Um procedimento... tem que treinar, né? Mas até que ponto? Para que isso? E para que fazer tudo isso? Saíram, entraram como se ela não estivesse... era um corpo, nenhum momento falaram com ela... só eu sofria. E eu que estava segurando ela e ela segurando na mão e ela se mexia, ela segurava na minha mão. Ela entendia.**

**P: E é uma coisa que tu vê muito, né? Que é muito difícil para a pessoa entender. Tu é médico e não é só para ajudar para melhorar, tu pode ajudar na morte também.**

**S: Eu acho que, muitas vezes, o médico acaba pensando assim: ahh, mas eu vou tentar, porque, senão, o que é que vão achar que eu fiz? Eu estava com o sr. x (paciente), eu fui examinar, e ele parou de respirar assim, e eu fui pegar o pulso, e não tinha! Eu pensei assim: ele vai morrer na minha frente! Aí eu me apavorei, me apavorei muito assim, sabe? Não tinha nada para fazer! Assim! É horrível ver que a pessoa vai morrer, assim, na tua frente. Aí o residente estava do lado, aí eu chamei, e ele ficou assim, tipo, uns 40 segundos sem respirar, nada. Aí voltou. “Não, é que eu estou apavorada”, falei para ele. E ele disse que não tem o que fazer, se parar, parou. Sabe? A gente não vai tentar ressuscitar ele, tipo, é um paciente terminal. É angustiante tu ver alguém morrendo, e naquele momento não tem o que fazer, sabe? Tu não vai reanimar um paciente assim, para que, sabe? Para ele ficar pior ainda.**

**M: Mas dá, se quiser. Com a dona Amanda, eu não me senti angustiada em nenhum momento. Eu me senti aliviada, ela morreu e eu estava presente, porque, assim, foi muito bonito. Achei muito bonito, como que eu acho que**

tem outra coisa além da vida assim, sabe? Tem alguma coisa além, eu acho, porque ela estava com 50/30 [pressão arterial], estava fria. Você via que ela ia morrer, assim, e foi de manhã isso. Eu cheguei, conversei com ela, por mais que ela não ouvisse. Estavam os familiares e estavam as duas filhas, né? Com ela. E aí tá, ela tem mais um filho.

P: A paciente que eu acompanhei agora teve o diagnóstico de câncer de pulmão, e ela disse que não queria fazer cirurgia. Aí, eu consegui, aí ela resolveu fazer quimioterapia. Aí, ela fez quatro sessões de quimioterapia e agora ela, isto há um ano, e agora ela internou, só que ela internou negando este câncer de pulmão. Ela: “ah, eu tenho tosse, a minha mãe tinha problema de tireóide. Então será que eu não tenho tosse por causa do mesmo problema?”.

S: Quando ela ia operar, tipo, o câncer dela era curável assim.

P: Era curável.

S: E ela não quis. É claro, agora está bem pior, né?

P: E aí todo dia eu chegava lá, explicava para ela que o outro problema estava sendo causado pelo câncer de pulmão dela, mas ela seguia negando, mas eu dizia, todos os dias. Eu não chegava dizendo que ela ia morrer. Eu dizia que ela tinha câncer de pulmão, mas que ia ser que tinha indicação de nova quimioterapia para melhorar a condição de vida dela.

S: Ela não queria fazer corticóide para não engordar.

P: Ela não queria fazer corticóide para não engordar!

A: Eu, uma vez acompanhei uma cena que eu fiquei chocada, assim, era um residente que ele estava começando assim... não era daqui, da Leiga, mas... Era na onco, e veio uma paciente que estava fazendo ainda tratamento para câncer de mama e ela veio falando: “ahh, doutor. Eu não consigo largar o cigarro e tenho consciência que eu não vou conseguir. Sabe? De vez em quando, ainda estou bebendo. Aí, ele perguntou: “ai, a senhora sabe que tem que parar, né? Ela: ah, eu sei, mas não adianta. Eu já tomei estes remédios, eu já fiz tudo quanto é coisa e eu não consigo. Aí ele olhou assim para ela e disse assim: “Então é mais fácil a senhora se jogar de um penhasco do que continuar assim”. Então a senhora só volte aqui quando a senhora tiver parado de fumar e de beber. Tipo. Estava claro que ele estava frustrado, que ele estava querendo fazer alguma coisa e ela não estava, ããã, dando retorno, sabe? Para

ele. Então, foi quando eu vi mais claro assim este tipo de frustração assim, sabe? Dele. Querendo ajudar e ela não dando este retorno, né? Foi... Mas ele foi engraçado, porque, foi engraçado, mas foi chocante porque ele elevou o tom da voz, sabe? Ficou chateado, assim, falou e tal. A mulher ficou assustada e foi embora, tipo, nunca achei que eu iria ver um troço daqueles.

**P:** Já que a senhora não vai fazer o que eu quero, eu vou mandar embora, vou abandonar, que eu não tenho nada que ver com o que vai acontecer, né?

**P:** E isto não tem em livro.

**D:** Não tem em livro. Exato. Não tem em livro.

**P:** Ele te manda fazer assim, isso, isso e isso e é fácil seguir, assim, mas só racionalmente.

**F:** Mas nem sempre os pacientes fazem. Pacientes mentem. O meu pai toma duas, duas estatinas! Antes do exame de sangue. Vê só!!

**Risos (gargalhadas).**

**E:** Mas aí tu vê diferença também, de profissional para profissional. O goiano tinha uma paciente no QG, uma vózinha, que aí, ãã, apareceu um adenocarcinoma de cólon, mas bem diferenciado, prognóstico bom até. Se ela se operasse, iria ficar tranquilo até. Só que aí ela não queria se operar de jeito nenhum, medo, né? Mas aí todos os dias a gente ia para lá e falava para ela, que ela tinha que operar. O goiano puxou a cadeira, sentou e com aquele jeito: uai. Agora vamos conversar.

**Risos.**

**F:** Cara. O goiano ficou, e a mulher começou a mudar de ideia. Ela queria ser operada. Sabe? Ela: não, porque não, botou mil empecilhos: E o H, calmamente, sentou, conversou, conversou, conversou, e ela foi para o ambulatório de cirurgia para marcar. Sabe? Troço legal, legal para nós, que, já antes de ser médico, já está conseguindo, né? Fazer alguma coisa e ajudar em alguns sentidos.

Avanços tecnológicos movimentam grandes custos financeiros, tornando a demanda da saúde como direito universal, a grande preocupação das políticas públicas. Como definir quais os limites da ação do médico e a que ele deve responder?

Chemama e Vandermersch (2007) fazem uma leitura do desejo como uma falta inscrita na fala, efeito da marca do significante sobre o ser falante. Ao relacionar o desconhecimento do desejo, pelo sujeito, como causa do sintoma, Freud (1898) descobre, em suas históricas, a conotação sexual proibida e sua articulação com a linguagem. Para Lacan (1998), o desejo desliza em uma cadeia significativa que interdita o acesso ao objeto que o sujeito supõe perdido. Para constituir-se como sujeito desejante, é preciso simbolizar a falta primordial, angustiante vazio da condição humana. É na condição de sujeitos desejantes que se abrem possibilidades de dar nomes e construir objetos causa do desejo.

A demanda de um doente nem sempre é a cura de seu sintoma, sendo o corpo o substrato de um gozo. Ao mesmo tempo em que desafia e solicita que o tire da miserável situação de doente, o paradoxo humano conserva, tantas vezes, nos meandros inconscientes, o desejo de manter seu estado.

Os pacientes procuram os médicos com sintomas e demandas. A transferência está articulada ao desejo como fenômeno nodal do ser humano. Um médico que suporte a sua posição, compreenda e saiba como lidar com a transferência, consegue atender de modo mais efetivo e competente.

#### **(GRUPO B - Reunião 1)**

**GP\_ Na psico três, a gente aprende a não ignorar aquilo que a gente percebe no paciente, assim, da gente ver que o paciente tá bravo, que o paciente às vezes tá mal humorado, ou tá triste. E aí, aos poucos, a gente vai vendo que é bom, sabe, falar sobre isso. E nas outras psicoss também, não tirar conclusão precipitada das coisas, sabe, o “achismo” assim, ao invés de falar: “ah, eu” ... Ver que o paciente tá bravo e tá diferente e pensar: “ah, ele deve tá brabo por isso, isso e isso, né?”. Perguntar pra ele, tentar entender e não ficar imaginando coisas e agindo sobre as nossas suposições.**

**BA\_ Igual, eu tava evoluindo um paciente essa semana e ele suspirava muito. Ah, ah. Eu não sabia se era de dor, eu não sabia porque era, não sabia se doía, se tava bem, se ele tava com falta de ar, e ele não falava nada. E eu: “seu José, o senhor respira assim por que, o senhor tá com falta de ar? Por que o senhor tá suspirando? O que há com o senhor? Aí ele falou: eu faço assim pra puxar, pra puxar uma energia. [risos] Pra puxar uma coisa boa. Pra**

**puxar uma coisa boa na minha vida: eu tô nessa cama e faço isso pra puxar um arco íris, o pôr-do-sol no horizonte, um rosto bonito. E eu pensei, eu nunca ia ouvir isso, se eu não tivesse pedido pra ele. Hoje eu tenho coragem de falar assim, ver o paciente e falar assim: e esse olho cheio d'água é o que? Eu tenho essa liberdade e eu não tinha isso. E a gente tem que querer.**

(Grupo C - Reunião III)

A\_ Eu fui esforçada a vida toda, por que é que eu não vou ser com a coisa que eu escolher? Só que, no início é ruim, no início tu fica inseguro assim porque... ah. E também tem uma coisa, a gente tá lidando com vida, e isso é complicado. Um administrador errar uma conta, ele refaz a conta, dá um jeito aqui, um jeito ali. Agora, a gente dá uma medicação errada pro paciente - passa mal, é muito difícil.

N\_ E a gente fica preocupada, fica pensando, pensando, será que eu errei, será que não errei? Às vezes, o professor: "Ah, dá orientações sobre isso e isso para o paciente". Aí tu vai lá, pega, orienta e esquece uma coisinha...

A\_ No exame de competência, eu fiquei louca porque eu tinha esquecido uma coisa. Perguntei e esqueci de escrever, e agora o que eu vou fazer? Aquilo ficou me martelando na cabeça, muito assim, sabe? Muito tempo, uns dois meses. Eu fiquei, putz, esqueci de dizer isso, esqueci. E é bem isso, a gente fica se sentindo um horror. Depois eu acho que passa...

N\_ Eu acho que a gente vai se sentir, só, assim, mais confiante, a partir do... Não sei, às vezes, eu acho que eu estudo de menos, assim, por que: cadê as diretrizes?

A\_ Não dá tempo também, não dá tempo, você não vai fazer nada da tua vida? E a gente tem que ter uma vida, sabe? Tu vai ficar dentro de casa, estudando, estudando...

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa propõe-se como desafio à Psicanálise, seja onde ela se apresente. Na coleta dos dados, o farto material mostrou-se à medida que os grupos conseguiram desenvolver uma fala solta, espontânea e livre, discorrendo sobre os temas por associação livre, após a proposição inicial sobre a “Contribuição da Psico na Leiga”.

Ao iniciar a análise, a opulência de material significativa proporcionou alegria e aflição, com uma impotência inicial diante da magnitude da tarefa, mobilizando sofrimento e inquietude. Foram oito grupos, doze horas gravadas, com a transcrição de muitos cruzamentos discursivos importantes para a formação médica, e o surgimento de vários questionamentos sobre o rumo a ser adotado na pesquisa.

Foi preciso esperar um tempo para calar a angústia e permitir que certo emudecer criasse rupturas, para que, assim, no retorno, os recortes significantes e alinhavos iniciais fossem estruturando uma lógica capaz de pôr em curso a construção de um discurso que emergisse dos sujeitos da pesquisa e que os articulasse ao corpo social onde estão situados.

A escuta psicanalítica do material e sua análise colocou, então, em cena, a angústia de cortar, tomando significantes por associações, numa espécie de tecido, deixando cair fora um resto, por impossível apreensão.

No discurso dos alunos, alguns temas se destacaram. Esses temas variaram desde a aquisição de conhecimentos, como símbolo de competência profissional, aos sofrimentos causados no enfrentamento de questões com a morte. Foram destaque ainda as angústias e temores gerados pela percepção da falta ou da incompletude de saberes, bem como o temor de enfrentar as responsabilidades após a formatura, sem ter o apoio dos mestres para tomar decisões, especialmente em questões que ameaçam vidas.

“Presta bem atenção no peso da tua caneta!!”. Frase emblemática, ouvida como um chamado à responsabilidade quanto à prescrição médica conscienciosa, baseada no estudo, na ética médica, no dedicado atendimento do paciente, de sua patologia, e das consequências que podem advir do relaxamento destas premissas, especialmente após a formatura. “E quando eu tiver o meu CRM??” é outra indagação inquietante.

É notável, no discurso dos alunos, a referência às expectativas advindas do meio social, de ideais, exigências, demandas em graus variáveis de intensidade. Demandas ocultas do superego acabam transparecendo em algum código social de grupo, mesmo que viole as regras explícitas, como apresentado, quando uma pessoa que está morrendo é maltratada, para que alguém “treine” um procedimento.

Ideais do ego podem servir como suporte, referência a questões éticas? Qual seria esta ética??

Em nosso mito, Quíron é ferido, bem como Asclépio, ao buscar o saber para ressuscitar os mortos. Será suportando ser ferido, em seu narcisismo, que o médico pode buscar verdadeiros saberes?

O aluno/monitor, bem como o professor, é colocado na posição de suposto saber em seu grupo. A partir daí, ao ganhar a coragem de dirigir ao outro a palavra como quem não sabe, abre-se o espaço para começar a criar o estilo de cada um. Tendo a sublimação como uma forma de contornar o vazio da falta-a-ser, é possível tornar-se desejanter de saber, sem deixar de lado as responsabilidades que acompanham o processo.

Os conceitos passaram por mudanças, na obra freudiana. Continuamente ouvindo seus pacientes, interagindo com o mundo social e cultural onde estava inserido, e, ao mesmo tempo, inquieto, sempre buscando novos saberes, Freud elaborou valiosas construções conceituais, ao longo de sua obra.

De acordo com Miller (2009), Lacan, em *O momento de concluir*, coloca a ênfase na tecedura do aprendiz, ou seja, enfatiza a aprendizagem com aqueles que nos ensinaram a língua, e que nos veicularam a um contexto cultural, às exigências do superego, ideais e contingências da vida.

A pessoa devia deixar-se inundar pela alegria aos poucos – pois era vida nascendo. E quem não tivesse força de ter prazer, que antes cobrisse cada nervo com uma película protetora, com uma película de morte para poder tolerar o grande da vida. (Lispector, 2005, p. 33)

Reporto-me à palavra poética de Clarice, para refletir sobre a morte, como película protetora; a repetição inconsciente, mas que nunca é igual, buscando simbolização através da palavra.

O mal estar da modernidade líquida<sup>9</sup> aumenta a inquietude do homem diante de seus desafios (Bauman, 2004). Defrontar-se com a condição humana na subjetividade e complexidade de questões provocadas pelo sofrimento e pela morte, vividos pelos estudantes de Medicina, ultrapassa limites toleráveis, exigindo medidas para o extravasamento, criação de metáforas e espaços de criação.

A capacidade de sustentar a estranheza, fazer o corte na ilusão de um saber absoluto permite que surja a diferença de cada um. Cada paciente, cada aluno, cada situação a ser enfrentada comporta algo radicalmente único a ser enfrentado, convocando-nos a aprender sempre.

---

<sup>9</sup> Zygmunt Bauman sugeriu a metáfora da “liquidez” para caracterizar o estado da sociedade moderna, que, como os líquidos, se caracteriza pela incapacidade de manter a forma, mudando instituições, estilos de vida, crenças e convicções antes de se solidificar como costumes, hábitos e verdades.

## REFERÊNCIAS

Bauman, Z. Amor Líquido: sobre a fragilidade das relações humanas. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2004.

Bertoldi SG., Braga, FB. Psicanalistas na universidade. O que se Pode Fazer? In: Psicanálise e Processos de Mudança – Indivíduo, Sociedade e Cultura: *Anais* do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicanálise; 2007 Nov. 15-16. [acesso em 2011 jan. 29]. Disponível em: <http://febrapsi.org.br/publicacoes.php#>.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Em busca da humanidade perdida. Ensino, Pesquisa e Extensão na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica 2009 (4 supl4):33.

Caon, JL. O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. Psicologia: reflexão e crítica 1994; 7(2):145-74.

Chemama, R, Vandermersch, B. Dicionário de psicanálise. Tradutores: Francisco Settineri, Mario Fleig. São Leopoldo: Editora Unisinos; 2007.

Cohen, RHP. Uma questão entre psicanálise e educação: sobre a etiologia do fracasso escolar. [Tese] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutorado em Psicologia. Instituto de Psicologia, 2004.

Eizirik, CL. Ensinando uma profissão impossível. Revista ABP-APAL (Associação Brasileira de Psiquiatria Asociación Psiquiátrica de la América Latina) 1994; 16(4):133-5.

Felix, L. Filosofia: Apolo, Quíron, Asclépio e Hipócrates - O Mito Grego da Medicina. [acesso em 2011 jan. 15]. Disponível em: <http://www.lucienefelix.blogspot.com/>.

Folberg, MN, Paim, RMO (Orgs.). Educação (des)encantada. Porto Alegre: Est. Edições; 2009.

Freud, S (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. (1898). In:\_\_\_\_\_. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; Vol III 1980. p. 285-312

\_\_\_\_\_. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Vol. VII. p. 171.

\_\_\_\_\_. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In: \_\_\_\_\_. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1980. Vol. XII. p. 149-59

\_\_\_\_\_. (1914). Uma introdução sobre o narcisismo. In: Freud, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1980. Vol. XIV. p. 111

\_\_\_\_\_ (1919 [1918]). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: \_\_\_\_\_. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1980. Vol. XVII. p. 217-20.

\_\_\_\_\_ (1923 [1922]). Dois verbetes de enciclopédia. In: Freud, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Vol. XVIII. p. 287, 291.

\_\_\_\_\_ (1926). Psicanálise In: Freud, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Vol. XX. p. 306.

\_\_\_\_\_ (1937). Análise terminável e interminável. Vol. XXIII. In: Freud, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 282.

Herrmann, F. Introdução. In: \_\_\_\_\_. Andaimos do real: o método da psicanálise. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 13-36.

Lowenkron, TS. O Objeto da investigação psicanalítica In: Herrmann, F (Org.), Lowenkron, TS. e col. Pesquisando com o método Psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 21-31.

kehl, MR. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.

Lacan, J. O saber do psicanalista. Seminário 1971-1972. Tradução: Letícia Fonsêca. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife; 1997.

\_\_\_\_\_. Escritos. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1998.

\_\_\_\_\_. Problemas Cruciais para a psicanálise. Seminário 1964-1965. Tradução: Letícia Fonsêca. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife; 2006a.

\_\_\_\_\_. Meu Ensino. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2006b.

\_\_\_\_\_. Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise 1964. Texto estabelecido por Miller, J-A. Tradução: Magno, MD. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2008.

Lampert, JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz. Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

Laplanche, Jean, Pontalis. Vocabulário da psicanálise. Tradução: Pedro Tamen. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

Lispector, C. Aprendendo a viver. Rio de Janeiro: Rocco; 2005.

Miller, J-A. Perspectivas do Seminário 23 de Lacan: o sintoma. Revisão do texto: Terezinha Prado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2009; p. 193.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Huitec; 2006.

Roudinesco, EPM. Dicionário de psicanálise. Verbetes: nachträglichkeit, après-coup. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1998.

Sauret, M-J. A pesquisa clínica em psicanálise. Revista Psicologia USP 2003; 14(3):89-104.

Schüller, D. Eros na Mitologia Grega. In: Folberg, MN, Paim, RMO (Orgs.). Educação (des)encantada. Porto Alegre: Est. Edições; 2009. p. 34.

Souza, ARND. Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica. [Tese] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutorado em Ciências da Saúde/Psiquiatria. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB, 1998.

Tuoto, E.A. Asclépio, o Deus da medicina In: Tuoto, EA. História da Medicina [online]. 2010. [acesso em 2011 jan. 15]. Disponível em: <http://historyofmedicine.blogspot.com/2010/09/asclepio-o-deus-da-medicina.html>.

Zizek, S. Como ler Lacan. Tradução: Maria Luiza Borges. Rio de Janeiro: Zahar; 2010.