

As Contribuições da Medicina Psicossomática à Formação Médica

The Contributions of Psychosomatic Medicine to Medical Education

Felipe de Medeiros Tavares¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Medicina Psicossomática;
- Psicologia Médica;
- Estudantes de Medicina.

KEY-WORDS:

- Psychosomatic Medicine;
- Psychology, Medical;
- Students, Medical.

RESUMO

O autor reviu as principais contribuições que a Medicina Psicossomática oferece à formação do estudante de Medicina. Destaca os conceitos envolvidos nas relações humanas no contexto médico, com enfoque na relação médico-paciente. Enfatiza a importância do estudo dos fenômenos envolvidos nas relações professor-aluno e aluno-paciente como meio de prevenção da ocorrência de iatrogenias, citando as maneiras pelas quais isso pode ser abordado no âmbito da Educação Médica, à luz das concepções psicossomáticas.

ABSTRACT

The author reviews the principal contributions of Psychosomatic Medicine to the undergraduate training of medical students. He highlights the concepts involved in human relations in the medical context, with a focus on the physician-patient relationship. He emphasizes the importance of studying the phenomena involved in student-professor and student-patient relations as a means of preventing iatrogenic events, citing ways by which the issue can be approached in medical education, in light of psychosomatic concepts.

Recebido em: 15/09/2004

Reencaminhado em: 08/11/2004

Aprovado em: 06/12/2004

¹ Acadêmico do 10º período, membro da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática (ABMP), fundador, Presidente da Liga Acadêmica de Neurociências e Comportamento da FMV, Faculdade de Medicina de Valença (FMV). Valença, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

O termo Medicina Psicossomática, inicialmente utilizado apenas para aquelas doenças em cuja etiologia havia fatores psicofísicos envolvidos, tais como a úlcera péptica e a hipertensão arterial, tem hoje seu uso amplamente difundido, uma vez que o enfoque nas idéias psicossomáticas ganha terreno na formação e prática médicas atuais^{1,2}. Embora a expressão "psicossomática" esteja consagrada, cogitou-se a sua substituição por outros termos ("Medicina da Pessoa", segundo Perestrello³). De acordo com Ekstermam⁴, três são as vertentes teóricas da psicossomática: a Psicogênica, a Psicologia Médica e a Antropologia Médica. Assim, "a Medicina Psicossomática integra as perspectivas da doença com sua dimensão psicológica; a relação médico-paciente, bem como seus múltiplos desdobramentos e a ação terapêutica voltada para a **pessoa** do paciente, este entendido como um todo biopsicossocial".

O movimento psicossomático no Brasil, inicialmente influenciado por conceitos oriundos da psicanálise, passou por inúmeros avanços, sendo o seu braço clínico a disciplina de Psicologia Médica, atualmente ministrada na maioria das universidades médicas. Assim, a Psicossomática – pela própria dimensão conceitual presente em seu bojo – ganha espaço em outras áreas da graduação médica, como a Clínica Médica, onde atua como fator primordial à melhor compreensão dos fenômenos envolvidos no paciente e no seu processo de adoecimento.

PSICOSSOMÁTICA E EDUCAÇÃO MÉDICA

O principal elo entre Medicina Psicossomática e formação universitária se estabelece a partir da disciplina de Psicologia Médica. Além de existir importante abordagem dos conflitos psicológicos envolvidos na graduação médica, esta disciplina se preocupa em estabelecer uma visão global do paciente, e, nesse âmbito, a psicossomática oferece ampla contribuição.

O estudo das relações humanas no contexto médico, mormente das relações médico-paciente e professor-aluno, se revestem de significativo valor para que o futuro médico possa enxergar o paciente como **pessoa**, compreendendo os conflitos psicossociais pertinentes ao processo de adoecer^{5,6}. Conjectura-se que o ensino da Psicologia Médica não deva ocorrer tardiamente, visto que o aluno, já então com sua visão organicista devidamente estruturada, teria dificuldades em introjetar os conhecimentos advogados por esta disciplina. Mello Filho⁷ passou por essa experiência na UFRJ quando o

curso era ministrado no 3º ano da graduação médica, fase em que ocorrem múltiplas mobilizações emocionais no aluno, em virtude, principalmente, do contato com o paciente.

É fato que, hoje, ganha mérito no processo terapêutico a abordagem dos fenômenos psicodinâmicos presentes na relação médico-paciente, aspecto defendido inclusive pelas disciplinas pré-clínicas⁸. Igualmente, no contato do aluno com o paciente, que ocorre geralmente no 3º ano na maioria das universidades, uma série de conflitos se desenvolvem no jovem estudante. Como o primeiro paciente com o qual o aluno se depara é um cadáver, estabelece-se o estereótipo de um paciente ideal: é aquele que não incomoda, que é passivo e tolerante*. Soma-se a isso o fato de que as metodologias pedagógicas aplicadas atualmente nas instituições privilegiam o ensino predominantemente teórico, não vinculado à prática, fazendo do aluno um decorador de fórmulas, conceitos e teorias ensinados de forma fragmentada, ao passo que, quando o estudante entra em contato com o paciente (e, obviamente, com todos os conflitos que este traz consigo), tem apenas uma visão organicista do mesmo, isto é, está preparado para ver *doenças* e não *doentes*.

O Relatório Flexner⁵, publicado em 1910, fixando as diretrizes de ensino nos Estados Unidos e adotado nas instituições de ensino brasileiras, contribui para agravar a questão da dicotomia mente-corpo ao preconizar a separação entre o ensino básico e o clínico; a ênfase no papel do professor, marginalizando a importância do aluno no contexto do processo ensino-aprendizagem; a ausência de coordenação entre as disciplinas, além da indução à especialização precoce do aluno, o que, efetivamente, pode contribuir para reduzir o interesse dele por determinadas disciplinas curriculares. A psicossomática, então, vai ao encontro dos anseios educacionais modernos, como, por exemplo, as sessões tutoriais do *Problem Based Learning* (PBL)⁹.

O estudo aprofundado da dinâmica da relação médico-paciente, que procuramos delinear de forma sucinta a seguir, constitui um dos principais legados da psicossomática para a formação do futuro médico.

FENÔMENOS PSICOSSOMÁTICOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Dos processos envolvidos no cerne da relação médico-paciente, muitos derivam de estudos psicanalíticos. Diz-nos Perestrello a respeito do ensino dos conhecimentos teóricos, com base em sua experiência na Divisão de Medicina Psicossomática da UFRJ (Departamento de Medicina Interna)³:

Partindo do princípio de que a Aprendizagem é modificação de conduta, é fácil verificar que pouco adiantam os conhecimentos

Posteriormente, o aluno vai exigir do paciente que este seja passivo e obediente, que não reivindique e não incomode, e poderá se mostrar até mesmo agressivo se o paciente não obedecer a este modelo de "tolerância".

de ordem intelectual em Psicologia Médica e Medicina Psicossomática se eles não forem experimentados na prática clínica do estudante ou do médico. Não somente pouco adiantam como freqüentemente (...) representam obstáculo para a verdadeira mudança de conduta, afastando o estudante do objetivo visado.

Cabe aqui acrescentar a importância do conhecimento acerca dos fenômenos da relação médico-paciente nas diversas disciplinas curriculares pré-clínicas e clínicas, que lidam diretamente com o paciente no seu ambiente (ambulatório, pronto-socorro, enfermarias, UTI, domicílio, etc.).

Perestrello nos ensina ainda que se deve estabelecer uma relação *transpessoal* entre o médico (estudante) e o enfermo. Nesse contexto, as condições de ordem somática e psíquica que estruturaram sua condição mórbida merecem ser abordadas. Portanto, o estabelecimento de uma adequada relação médico-paciente passa, indubitavelmente, por uma boa formação acadêmica¹⁰.

Nesse contexto, o advento da psicanálise permitiu o estudo aprimorado das relações humanas¹¹, que se realizam por meio do mecanismo básico ilustrado na Figura 1.

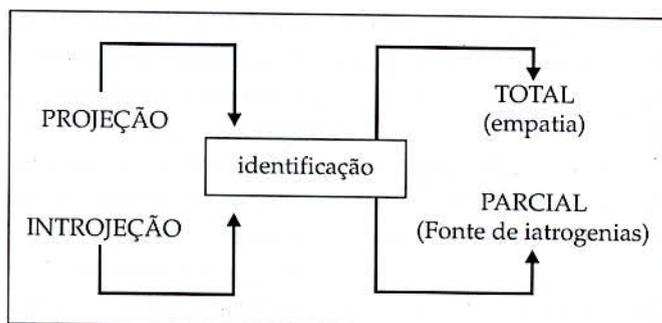


Figura 1. Mecanismo básico das relações humanas

Através do mecanismo de introjeção, surge o processo de identificação (identificação introjetiva), enquanto a projeção também se relaciona com os processos de identificação. Médico e paciente estabelecem entre si mecanismos mútuos de projeção e introjeção. Uma introjeção total do paciente leva à identificação total, culminando com a compreensão (ou empatia) do enfermo. Por outro lado, identificações parciais permitem que o relacionamento do médico se dê com apenas uma "parte" do paciente, conforme ocorre, por exemplo, numa doença somática¹. Relutando em admitir suas fraquezas, o médico deixa de estabelecer uma relação empática com seu paciente, de modo que ambos não se permitem o envolvimento mútuo quanto a seus respectivos conflitos psicológicos. Uma identificação parcial passa a ser, portanto, fonte de

iatrogenias¹². Balint foi um dos maiores estudiosos do assunto, identificando, por exemplo, os diversos níveis de diagnóstico presentes numa consulta médica, em que o conhecimento acerca da personalidade e do significado da doença para o paciente é de suma importância. Balint identificou processos que são também fonte de iatrogenias, tais como o "rodízio de médicos" (quando o paciente percorre diversos profissionais em busca do estabelecimento de uma boa relação médico-paciente) e o "conluio do anonimato" (quando médico e paciente, inconscientemente, acordam entre si que não se envolverão afetivamente).

O tipo de doença apresentada também influencia o estabelecimento da relação médico-paciente¹³. Doenças de pouca gravidade e duração demandam uma relação médico-paciente superficial e efêmera. O contrário ocorre com pacientes portadores de doenças de maior gravidade e duração, onde os mecanismos afetivos ganham relevância.

O paciente traz consigo uma série de conflitos psíquicos relacionados ao *adoecer*, entre os quais a *transferência*, que se caracteriza pelo conjunto de sentimentos, emoções e concepções passados ou presentes que o paciente transfere ao médico³. Figuras da infância do paciente podem ser reconhecidas no médico, como o pai autoritário ou a mãe dedicada e atenciosa, por exemplo. Já a *contratransferência* consiste no conjunto de sentimentos oriundos do médico que são dirigidos ao paciente. Esses fenômenos podem ser positivos ou negativos, e podem desencadear diferentes repercussões no processo terapêutico. Quando se tornam *patológicos* (negativos, portanto), favorecem o desencadeamento de processos iatrogênicos.

Debilitado, repleto de conflitos, o paciente procura alguém que possa lhe oferecer suporte, de modo que as expectativas com relação à consulta ganham relevância. A *regressão*, mecanismo de defesa comumente presente, constitui uma espécie de retorno às etapas iniciais do desenvolvimento, em que o paciente adota uma posição dependente, tal como uma criança. Trata-se de um mecanismo dos mais arcaicos, que pode ser entendido como uma "fuga" de uma situação real, ou seja, o paciente idealiza uma situação negando a presença da doença. De acordo com sua intensidade, esse mecanismo pode dificultar de modo significativo o processo terapêutico.

Finalmente, o indivíduo que lança mão da *racionalização* procura, na verdade, se esquivar dos processos emocionais relacionados à sua doença, passando, então, a buscar uma explicação lógica e racional para tudo o que acontece no seu processo de adoecimento.

Existem outros modelos que definiriam a relação médico-paciente, tais como os modelos da atividade-passividade (que

engloba: a) atitudes passivas do paciente, a exemplo do atendimento nas unidades de emergência; b) respeito à autoridade do médico e participação mútua recíproca no processo terapêutico), da distância psicológica e quanto ao grau de contato¹⁴.

RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO

Este tipo de relacionamento humano mantém íntima afinidade com a relação médico-paciente⁵, uma vez que o professor – além de atuar como um modelo para o aluno (processo de identificação) por intermédio de suas atitudes, gestos, comportamentos, etc. – deve ter em mente que tais processos se repetirão no relacionamento do futuro médico com seus pacientes. A relação professor-aluno deve ser tão valorizada quanto a relação que esse professor estabelece com seus pacientes.

Nesse âmbito, Cruz¹⁵ afirma que o resgate da relação médico-paciente passa pela recuperação da relação professor-aluno, de tal forma que somente se este aluno for percebido como *pessoa* é que terá condições de perceber o paciente também como *pessoa*. Em seu trabalho, sustenta que os docentes devem buscar um modelo de relacionamento mais humano perante os alunos, pois existem inúmeros fenômenos semelhantes presentes em ambos os tipos de relações (transferência, contratransferência, identificação e conluio, por exemplo). Ainda na esfera desses conceitos, acrescenta: “as relações médico-paciente e professor-aluno são, em geral, assimétricas e desiguais, e nelas, se não estivermos atentos, podem ocorrer desrespeito e abuso de poder”. Aqui, entramos novamente no campo dos fatores condicionantes da iatropatogenia (processo maléfico causado no paciente em consequência da má atuação do médico) ou didatopatogenia, quando envolve processos iatrogênicos oriundos do próprio ensino.

Rocco¹⁶ afirma que os alunos já trazem os vícios do segundo grau (ensino médio) e, na universidade, se deparam com um modelo em que “os docentes se tornam meros repetidores da experiência alheia, lida e ouvida em livros, revistas e estágios no exterior”. O autor critica o que denominou ensino “bancário” – baseado na passividade do aluno, que passa horas assistindo às aulas teóricas –, enfatizando a perspectiva do modelo de ensino problemático, questionador, em que o aprendizado seja mútuo.

Consoante estudo de Sá¹⁷, a relação professor-aluno, do ponto de vista bioético, se estabelece num contexto dissimétrico quanto a diversas nuances (afetividade, autonomia, poder, obrigações e responsabilidades). Tal como a relação médico-paciente, a relação professor-aluno não é uma relação de iguais, tendendo a sociedade a atribuir mais poder ao profes-

sor que ao aluno. Para a medicina, isso reforça o caráter autoritário que o futuro médico já possui perante o paciente.

A PSICOSSOMÁTICA E A ABORDAGEM DA IATROGENIA

À luz da relação médico-paciente, a psicossomática nos fornece conceitos de grande valor para a compreensão dos fenômenos iatrogênicos – embora o termo “iatrogenia” não seja o mais apropriado para descrever os processos desencadeados no paciente oriundos da má prática médica (o termo iatropatogenia seria mais apropriado)¹⁸. Luchina¹⁹, corroborando trabalhos anteriores de Balint, afirma que “a única coisa aceita tacitamente na relação médico-paciente é que o médico é sempre iatrogênico, em maior ou menor escala”. De qualquer modo, convém analisarmos suas causas e repercussões na prática médica¹⁸. Mello Filho elaborou importante estudo sobre o tema⁷, abordando a questão da *indução iatrogênica*¹. Quando a dinâmica da relação médico-paciente fica abalada, desestruturando o processo contratransferencial, por exemplo, a ligação entre o médico e seu paciente se torna muito intensa. Assim, a iatrogenia aconteceria à medida que a identificação introjetiva se tornasse tão intensa ao ponto de médico e paciente se manterem “entranhados”.

Outros fatores ligados à formação médica condicionantes à ocorrência de iatrogenias são: abordagem fragmentada (centrada no aspecto organicista) do paciente, impedindo que o aluno o “enxergue” como um todo biopsicossocial; rodízio de acadêmicos nas enfermarias e ambulatorios¹⁸, atitude tão frequente em nosso meio, que não há possibilidade de estabelecer um vínculo afetivo entre o estudante e o enfermo; discussão de casos clínicos diante dos pacientes, deixando-os em situações constrangedoras; falta de apoio ao aluno por parte dos docentes frente à emergência de conflitos emocionais quando o estudante entra em contato com os pacientes (crise do 3º ano); supervalorização, nas enfermarias, de certos “casos novos”, em detrimento de outros menos “interessantes”, o que leva a sentimentos de ciúme e rejeição nos pacientes; despreparo do aluno para lidar com questões ligadas à morte; desconhecimento do discente acerca dos atributos dos médicos, destacando-se a capacidade para se deprimir e reconhecer no erro uma forma de aprendizado e não de fracasso, pois, reconhecendo suas falhas e limitações, o médico procurará corrigi-las e se aprimorar.

Finalmente, Capisano²⁰, um dos pioneiros da Psicossomática no Brasil, afirma que determinados conflitos neuróticos do médico, como o sadismo inconsciente, desencadeiam iatrogenias. Salienta que as especialidades possuem possibilidades iatrogênicas pelo sadismo dos que a praticam, citando

o exemplo dos pediatras, que podem exagerar nas recomendações, favorecendo o aparecimento de sintomas nas crianças, como dores epigástricas, náuseas, vômitos e anorexia.

O tema da iatrogenia, difundido pela Medicina Psicossomática e bastante impactante em nosso meio, vem adquirindo importância na medida em que a sociedade cobra uma postura mais ética dos médicos.

CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Muitas são as preocupações dos estudiosos de Educação Médica quanto aos modelos de ensino atualmente adotados pelas instituições médicas. A concepção psicossomática traz diversas contribuições para que a formação médica esteja mais voltada para as questões humanas e os conflitos do paciente.

O ensino, nesse contexto, deve estar centralizado na figura do aluno. Torna-se imperioso que o ensino médico aborde os aspectos emocionais relacionados ao processo de adoecer, o que engloba, necessariamente, uma visão holística do paciente.

A disciplina de Psicologia Médica era, em seus primórdios, a única via de comunicação entre a psicossomática e a graduação médica. Hoje, o legado psicossomático difunde-se pelas disciplinas correlatas, procurando na interdisciplinaridade um caminho seguro para atingir seus objetivos. Os grupos de reflexão da prática médica, inspirados na idéias de Balint, constituem importantes mecanismos em que os fatores psicossomáticos podem ser trabalhados. Com esses grupos, há uma integração maior entre os estudantes das áreas básicas, clínicas e, inclusive, entre alunos das outras áreas da saúde, numa perspectiva interdisciplinar, que engloba todos os tipos de relacionamentos no contexto da formação médica. Assim, os inúmeros conflitos psicológicos do aluno ao longo do curso (como a crise do 3º ano, quando inicia os primeiros contatos com os pacientes) têm espaço para serem discutidos nos grupos de reflexão.

As perspectivas atuais giram em torno da expansão e do aprimoramento dos princípios psicossomáticos para outras disciplinas, como Bioética, Clínica Médica, Pediatria, Geriatria e demais disciplinas clínicas e cirúrgicas, num permanente processo que culminará com a formação de profissionais mais humanos, que valorizarão a relação médico-paciente, a família e a sociedade como os principais mecanismos envolvidos no processo terapêutico.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Julio de Mello Filho, pioneiro do ensino de Psicologia Médica e grande promotor do movimento da Medicina Psicossomática em nosso país, os meus sinceros agradecimentos pelo incentivo e pela orientação na revisão deste texto.

REFERÊNCIAS

1. Mello Filho J. Concepção psicossomática: visão atual. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo; 2002.
2. Franz A. Medicina psicossomática: princípios e aplicações. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1989.
3. Perestrello D. A medicina da pessoa. Rio de Janeiro / São Paulo: Atheneu; 1982.
4. Eksterman A. Medicina psicossomática no Brasil. In: Mello Filho J e cols. Psicossomática hoje. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1992. p. 28-34
5. Millan LR, De Marco OL *et al.* O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
6. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro / São Paulo: Atheneu; 1988.
7. Mello Filho, J. Psicossomática, ensino e prática médica. J Bras Med 1976 abr.; 30(4): 88-92.
8. porto, cc. Semiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
9. Komatsu RS, Zanolli MB *et al.* Aprendizagem baseada em problemas. In: Marcondes E, Lima-Gonçalves E. Educação médica. São Paulo: Sarvier; 1998. p.223-235.
10. Castro FC. Os temores na formação e prática da medicina: aspectos psicológicos. Rev Bras Educ Med 2004, 28 (1) : 38-48.
11. Mello Filho J. Concepção psicossomática e visão atual. J Bras Med 1976 abr.; 30(4): 70-86.
12. Arruda PV. Relação médico-paciente: o ponto de vista do psiquiatra. In: Marcondes E, Lima-Gonçalves, E. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998.
13. Guimarães TMM, Júnior PGN. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. Bioética 2003; 11(1): p. 101-112.
14. Martins MCFN. Relação profissional-paciente: subsídios para profissionais de saúde. Psychiatry on-line Brazil, 1997, 2(3). Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/azira.html>
15. Navarro EC. Formando médicos da pessoa - o resgate das relações médico-paciente e professor-aluno. Rev Bras Educ Med 1997; 21 (2 / 3): 22-28.
16. Rocco RP. O estudante de medicina e o paciente. [Tese]. Rio de Janeiro, Achiamé; 1979.
17. Sá LSM. Ética do professor de medicina. Bioética 2002; 10 (1): 49-84.
18. Tavares FM. Repercussões da iatrogenia na relação médico-paciente, tema-livre apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, Mai. 2002.

19. Ferrari H, Luchina N. La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalário. Buenos Aires (AR): Nueva Vision; 1971.
20. Capisano H F. Manifestações iatrogênicas: conflitos neuróticos do médico prejudicam o paciente. *Ars Curandi* 1969; 2(38).

Endereço para correspondência

Rua Barão do Flamengo nº 26/801 – Flamengo
22220-080 – Flamengo – Rio de Janeiro
Faculdade de Medicina de Valença
Rua Dom José Costa Campos, 20 – Centro
27600-000 – Valença – RJ
e-mail: felipemtavares@yahoo.com.br