

ROOSEVELT M. S. CASSORLA \*\*

RESUMO

São abordados aspectos da relação médico-paciente, em especial no caso de pacientes cancerosos. Os "encaixes" adequados entre médico e paciente são abordados do ponto de vista da transferência e contratransferência. Discutem-se aspectos da comunicação, do que, quando e como dizer ao paciente canceroso e são fornecidos dados de uma pesquisa sobre o fato, realizada com médicos de Campinas. Finalmente, é levantado o papel do profissional de saúde mental e de como ele pode ajudar a melhorar a relação médico-paciente.

ABSTRACT

This paper analyses some of the aspects of the physician-patient relationship, in the special cases of patients who suffer from cancer. The appropriate "fittings" between doctor and patient are viewed in terms of transference and counter transference. Communication and the right moment to reveal to the patient information on his condition are discussed, as well as research data obtained in this area by physicians in Campinas are presented. The role of the mental health professional and how he can help to improve the physician-

\* Adaptado do trabalho apresentado na mesa-redonda "Relação Médico-Paciente em "Oncologia", promovida pelo Depto de Oncologia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas-1983.

\*\* Depto de Pós-Graduação em Psicologia Clínica-PUCAMP e Depto Psicologia Médica e Psiquiatria-FMG-UNICAMP.

patient relationship are discussed.

Em minha experiência como estudante de Medicina, e posteriormente como médico clínico, verifiquei que, com algumas poucas exceções, havia uma certa unanimidade dentro da categoria médica em relação à visão que se tinha dos psiquiatras : 1) indivíduos que lidavam com a loucura, algo ao mesmo tempo desprezado e temido, sempre incompreensível. Esses indivíduos geralmente eram algo estranhos, uns poucos parecendo gênios, mas a maioria mais ou menos loucos...; 2) indivíduos que trabalhavam com uma série de teorias psicológicas, também incompreensíveis e nada científicas, próximas, ora da metafísica, ora da charlatanice. Essa visão é similar à que se tem dos psicólogos, com a vantagem (ou desvantagem, conforme o caso) de que estes lidariam menos com a loucura.

Aliás, esses conceitos ou preconceitos sobre os profissionais que lidam com a mente, não é só dos médicos, mas permeia em grau maior ou menor, toda nossa sociedade. Creio que essa subestimação agressiva (ou supervalorização idealizada), por mais complexas que sejam suas motivações, repousam sempre no medo. As pessoas têm medo desses profissionais, de um poder que lhes é atribuído irrealisticamente, o poder de "ver" dentro da mente dos outros.

No caso dos médicos, em que predomina a visão e o método da ciência natural (infelizmente) na sua lição diária eles estão acostumados a ver, ouvir, palpar, cheirar, . O instrumental do psicoterapeuta, do psicanalista, é diferente: nós ouvimos e sentimos. Usamos uma capacidade que poderíamos chamar de intuição, e que, se bem com sólidas bases científicas, se aproxima muito do que um artista sente e capta. Ambos, o artista e o psicanalista trabalham com seu inconsciente. Isso pode ser sentido pelos outros como um perigo e se receia o psicanalista como nossos antepassados temiam o feiticeiro, o xamã, todo-poderoso, que pode desvendar nossos pensamentos e emoções (se bem, que pode também minorar o sofrimento.) Isso é uma violência, uma invasão que: 1) não autorizamos ;2) pode nos levar a ver coisas que não queremos.

Para que este preâmbulo, se meu tema é relação médico-paciente em cancerologia? Primeiro porque o escrito acima nos fornece pistas importantes para compreendermos porque o médico (e também o paciente) tem tanto receio de conhecer e estudar os aspectos psicológicos de sua profissão ou atividade (e de sua doença, no caso do paciente) e isso tem tornado a medicina cada vez menos humana, cada paciente se tornando apenas um conjunto de órgãos ou até apenas o órgão "doente" (se bem que os motivos para a desumanização são mais complexos que os relatados aqui). Em segundo lugar porque esses preconceitos do médico dificultam que ele se aproxime do profissional da mente, que tenha medo de se expor, supondo que vai ser "analisado" ou melhor, julgado em sua atividade profissional. De passagem, alguns psicólogos despreparados fazem isso, evidentemente de forma inadequada, e afastam ainda mais os médicos, fechando inclusive campos de trabalho promissores.

Na verdade, o médico deve perder o medo do psicanalista. Nenhum bom terapeuta o é fora de seu consultório, porque sabe que só errará e sabe que uma relação terapêutica, ou de descobrimento, somente ocorre quando ambos, paciente e terapeuta o desejam (e, às vezes, nem assim..). Enfim, não é um ato unilateral.

Mas, voltemos à intuição, à captação e compreensão do desconhecido, do emotivo, do afetivo. Será isso uma propriedade só do psicanalista? Ou é uma propriedade de qualquer ser humano? Creio que é algo que todos nós possuímos e que pode e deve ser desenvolvida, aprimorada, e, inclusive, em grau maior ou menor, pode ser ensinada.

Em verdade, todos os médicos usam essa capacidade, uns com mais, outros com menos facilidade. O clínico percebe os medos, sentimentos, emoções, ansiedades, desejos, de seus pacientes, e, esta percepção é provavelmente uma das maiores armas que dispõe para o tratamento. Dela derivam a confiança, as esperanças e muitas outras facetas da inter-relação médico-paciente. São estes elementos que explicam o efeito placebo e o sucesso ou fracasso de tantos médicos, a des-

peito da inocuidade ou das força das outras armas terapêuticas. É esse poder da relação médico-paciente, que repousa, basicamente em aspectos psicológicos que BALINT (1961) denominou de "droga médico" e que ele chama a atenção por ser, ao mesmo tempo, tão útil e tão pouco estudada.

São estes aspectos psicológicos da relação médico-paciente que me proponho a discutir. São aspectos, em sua maioria, incompreensíveis para os clínicos não treinados e, sendo incompreensíveis levam a duas atitudes: ou são negados ou então parecem loucos ( e por isso podem também ser negados). Loucura, uma vez compreendida, deixa de ser loucura. Vamos, então tentar compreender alguma coisa do incompreensível, da loucura, da interação emocional entre médico e paciente, para que ela, dominada, exorcizada do que nos dá medo ( o desconhecido), nos possa ser útil.

Quem conhece mais relação médico-paciente em cancerologia são os cancerologistas. Eu não lido diretamente com pacientes com câncer, a despeito de ter ajudado alguns em tratamentos psicoterápicos e de ter uma experiência, que me foi muito rica, coordenando um grupo de pacientes com neoplasias hematológicas, experiência essa relatada no livro A Psicologia e a morte (CASSORLA, 1983) No entanto, tenho estudado a relação médico-paciente em geral e neste trabalho quero ater-me à relação médico cancerologista-paciente com câncer. Vejamos antes alguns conceitos básicos:

- Regressão é o nome que damos ao fato do paciente, qualquer um que seja, devido à sua doença, passar a usar formas de comportamento de fases mais precoces de sua vida. É o que verificamos, na prática, quando o médico diz que o paciente se comporta, em algumas facetas, como uma criança. Mas essas facetas, vão variar conforme o indivíduo e o momento.

- Transferência é o nome que se dá às reações emocionais que o paciente tem em relação a seu médico, reações essas com características peculiares. É uma relação em que se misturam sentimentos e emoções razoáveis e compreensíveis, tais como confiança, obediência, certo grau de

sujeição e outros ilógicos e por vezes absurdos, tais como: raiva, ódio, dependência extrema, inveja, amor intenso, competição, submissão exagerada, paixão, etc., e em momentos também inadequados. Freud descobriu esse fenômeno ao perceber que seus pacientes não tinham motivos reais para sentirem tais emoções em relação a ele e percebeu que eles transferiam (daí o termo) para o médico sentimentos que eram a reedição de situações passadas, geralmente em relação a figuras parentais.

Reflitamos : estamos frente a um paciente com câncer regredido. O seu comportamento vai depender das características de sua regressão (que por sua vez vai depender das características estruturais de sua personalidade) e da maneira como ele vai transferir emoções a seu médico. As fantasias em relação ao câncer são bem conhecidas : uma sensação consciente ou inconsciente de ser devorado, comido por dentro, destruído e, essas fantasias se articulam com as de morte. (Os aspectos psicológicos do câncer foram exaustivamente estudados por SCHAPELSON (1978) a quem referimos o leitor que deseje um aprofundamento). O câncer, por suas características, se presta adequadamente ao papel daquelas doenças sagradas, aquelas doenças cujo nome não pode ser pronunciado, e que, em outras épocas, foram a peste, a lepra, a sífilis, a epilepsia. A maioria dessas doenças implica em destruição invasiva e aqui temos que lembrar da necessidade muito humana de se tentar encontrar uma explicação para o desconhecido: a doença sempre implicou, na história da humanidade, em castigo, em punição, em retaliação. Dentro do pensamento mágico, não científico, a necessidade de atribuí-la a algo levou a culpar os deuses, a inveja dos outros, o mau olhado, etc. Daí a necessidade dos sacrifícios para apaziguar, as orações, as vinganças, os exorcismos, etc. E sempre associa-se a culpa. Se o sujeito está doente ele está sendo castigado, logo ele é culpado de algo, nem que seja não poder superar seus inimigos. Essa culpa e essas idéias pré-científicas tomam conta da mente do indivíduo doente, consciente e inconscientemente facilitadas pela regressão

(e raramente têm relação com aspectos intelectuais). Comumente são esses sentimentos, principalmente o sentimento de culpa, que levam o paciente à negação dos sintomas, a atitudes de inferioridade, de auto-desprezo, de impossibilidade de usufruir dos benefícios do tratamento, de auto-condenação à morte. E quantos pacientes, suspeito, desenvolvem o câncer também para se punirem, para purgarem suas culpas...

Às vezes essa culpa se espalha para o meio familiar, que se sente culpado pela doença, pelo doente, por não tê-lo socorrido antes ou o compreendido emocionalmente. A culpa deriva também do transtorno que o paciente pode causar à família e da agressividade e rejeição inconsciente desta para com o doente. Outras vezes é a culpa do alívio, do sacrifício que a família oferece à divindade, no órgão ou na vida de seu membro. Os outros membros podem pensar: "ainda bem que é com fulano, e não comigo" e isso também dá medo, vergonha e culpa.

Ainda dentro da fantasia quanto à doença, devemos levar em conta o órgão atingido ou escolhido pelo câncer - o reto, o seio, o útero, o pênis, implicam claramente em associação e castigo pelo prazer sexual, derivado de fases precoces do desenvolvimento. Situações equivalentes, de simbolismos mais complexos vão ocorrer com outros órgãos e funções, sempre lembrando que para cada paciente as fantasias serão peculiares.

E o que ocorre com o médico, nessa relação com seu paciente canceroso? Creio que é aqui que repousa o maior problema. Na verdade, muitas das reações do paciente, das manifestações de seus aspectos emocionais, de seu prognóstico e de sua qualidade de vida (não só física, mas principalmente, mental), vão depender da figura do médico, da maneira como este reage às demandas emocionais de seu paciente, e até da quantidade e qualidade das reações que o médico permite que o paciente manifeste. Creio que não existem, necessariamente, bons ou maus médicos, do ponto de vista emocional. O que existe são bons ou maus "encaixes", na relação médico-paciente, para usar uma feliz ex-

pressão de PERESTRELLO (1974) São duas personalidades que combinarão melhor ou pior. O mesmo que ocorre num namoro: o casamento ou a separação serão os resultados. Infelizmente, existem maus casamentos por imaturidade ou por conveniência. O mesmo poderá ocorrer na relação médico-paciente, em que acrescentaremos um terceiro motivo para a má relação: a impossibilidade do paciente poder escolher outro médico - e aqui somos obrigados a lembrar que a relação médico-paciente não pode ser dissociada de todo um sistema de atenção médica, que, em nosso meio, é totalmente absurdo (um anti-sistema) e privilegia a mercantilização e a conseqüente desumanização da Medicina. Mas, este é um tema complexo que, se abordado aqui em detalhes, me afastaria demais de meu propósito. No entanto, lembremos deles, não só em relação ao desrespeito ao paciente como ser humano, mas também ao aviltamento e exploração do trabalho médico, que faz com que o profissional logo se frustre face ao excesso de trabalho e às péssimas condições em que ele é exercido e remunerado, o que, evidentemente, influirá na sua relação com seus pacientes.

Um médico e um paciente poderão não se encaixar adequadamente entre si, mas poderão se encaixar perfeitamente com outro paciente ou outro médico. Há pacientes que "precisam" de um médico autoritário, inflexível, "desumano" e escolhem ou se comportam de modo que o médico assim acaba agindo. Outros se sentem bem com médicos cuidadosos aparentemente indecisos ou ingênuos e, assim por diante. Teremos infinitas possibilidades que vão depender das características de cada paciente e de seus aspectos emocionais mais primitivos, aos quais tende a regredir. De qualquer forma, o médico receberá pacientes de tipos variados, na maior parte das vezes pacientes que não escolheram o médico ou o escolheram mais por seus conhecimentos técnicos que por seus aspectos emocionais. Por isso, das duas peças do encaixe (médico e paciente) o médico deverá ser o mais flexível. Isso porque é ele que deve se adaptar às características de seu paciente, na medida do possível (se quiser ter bons resultados), e supõe-se que é ele que

deva conhecer os aspectos psicológicos da relação médico-paciente, para poder lidar adequadamente com eles.

Se o médico é oncologista, isto é, especialista em câncer, o é por algum motivo. Não acredito em acasos. Evidentemente, cada médico terá suas motivações particulares, mas acredito de estudos e de minha experiência analítica, que, não raro, se escolhe a profissão médica como necessidade de dar amor, de consertar, de reparar, mas, também, para se ter poder, para se poder lutar contra a morte, para se ser superior - às vezes superior à vida e à morte. Por trás dessas necessidades comumente encontramos angústias intensas relacionadas à morte, que foram, através da escolha profissional, melhor ou pior resolvidas. Quase todos nós, e os médicos em particular, temos uma tendência à onipotência, uma onipotência mágica, ligada a uma fantasia de imortalidade. Encontrei vários colegas lidando com a morte, contrapondo-se a ela de forma desesperada ( ao tratar seus doentes), tomando-a como um inimigo pessoal que tem que ser vencido. E que decepção, que sofrimento, quando a morte vence! Não há qualquer juízo negativo em minha afirmação - é bom, inclusive, que existam indivíduos que lutam assim contra a morte. A minha observação, na realidade, prende-se aos cuidados que devemos tomar contra o exagero, por exemplo, contra a onipotência. Se não pode aceitar suas limitações, se não suporta a frustração de um fracasso, o médico pode correr o risco de efetuar intervenções desnecessárias, premido por angústia, de descarregar sua raiva em um paciente que não melhora, de sentir-se culpado frente a um insucesso que não era razoável ser esperado, etc., tornando a vida do profissional um inferno e não um prazer em ajudar os outros. O prolongar a vida de um paciente, desnecessariamente, ou o desistir de um tratamento, às vezes precocemente, tem muito a ver com as características emocionais do médico e da relação médico-paciente. Aqui nos é de ajuda outro conceito psicanalítico, o de contratransferência. São todos os sentimentos, emoções e reações que o médico tem em relação a seu paciente,



afetos esses provocados pelos do paciente e/ou decorrentes de conflitos intra-psíquicos do próprio médico. A contratransferência é a contrapartida da transferência e envolve toda a gama de afetos : é fácil perceber como esses aspectos, se não conhecidos ou controlados, podem contaminar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico do paciente.

Afinal, como o médico sabe que estabeleceu uma boa ou má relação médico-paciente? Quando a relação é boa, o profissional se sente seguro, tranquilo, confiante, ciente de sua capacidade e de suas limitações. Sente-se bem com seu paciente, mesmo que, como ser humano, possa sentir pena, tristeza ou preocupação por ele. Mas, geralmente, quando se termina a consulta, o médico consegue "desligar-se" do paciente de tal forma que, mesmo não o tendo esquecido, pode cuidar tranquilamente de outro paciente ou de sua vida pessoal. Numa má relação médico-paciente isso não ocorre, ou, mesmo que ocorra parcialmente, o paciente "toma conta" do médico, o invade. O médico não consegue separar-se do paciente, em sua mente. Pensa muito nele, se preocupa demais, ou sente raiva, ou pena exagerada, torna o paciente extremamente dependente ou voraz etc. Esse paciente mexeu, por algum motivo, com núcleos conflitivos não resolvidos do médico - pode lembrar-lhe figuras passadas, queridas e /ou odiadas, situações traumáticas infantis que mobilizam sua segurança, sua autoestima, etc. Isso ocorre quase sempre de forma inconsciente. Todo médico (e todo nós) temos reações contratransferenciais (ou equivalentes) e só conhecendo-as, podemos controlá-las de modo a não prejudicarmos nossos pacientes (aliás, às vezes, podem nos ser de grande ajuda).

É dentro do estudo das reações contratransferenciais que encontraremos pistas para as tradicionais confusões que ocorrem quando um médico trata de outro médico ou de parente de colega, e porque a maioria dos médicos prefere não tratar de seus parentes ou amigos próximos. Mas este é um assunto para outra oportunidade.

Voltemos ao câncer. É evidente que, por suas características, essa doença exacerbará conflitos do médico (despreparado) e do paciente. A idéia de que câncer é igual a morte, idéia essa hoje ultrapassada, dificilmente sai da cabeça do paciente (por atingir núcleos emocionais profundos) e até de muitos médicos. Mas, mesmo com as altas porcentagens de cura e as sobrevidas cada vez mais longas, médico e paciente passam por fases difíceis: a expectativa do diagnóstico, os tratamentos que implicam em amplas cirurgias, as reações desagradáveis da quimioterapia e da radioterapia e, principalmente, o longo tempo em que se vive à espera de uma recidiva ou à confirmação de uma cura, tempo esse que se mede em anos. Ou todas as implicações emocionais que se seguem à confirmação de metástases, a novos tratamentos, ao momento em que apenas se procura prolongar a vida, sem esperanças de cura. Serão anos de convivência entre médico e paciente, em que ambos acabarão por conhecer-se profundamente, de forma consciente ou inconsciente, e em que a comunicação inter-pessoal irá muito além do meramente verbal. Isto será mais ou menos fácil, mais ou menos intenso, mais gratificante ou mais sofrido, dependendo do encaixe ser mais ou menos adequado.

De minha experiência, o maior problema levantado, tanto por paciente como por médico, é a forma de comunicação na relação. Principalmente, quando se trata de câncer. O que falar, como falar, quando falar ao paciente. Dizer ou não a verdade. O que é a verdade, e qual verdade? e assim por diante. Os trabalhos de KUBLER-ROSS (1977) tiveram o mérito de sistematizar as fases pelas quais passa o doente terminal que, creio são as mesmas fases pelas quais passa qualquer portador de uma doença grave: negação, cólera, barganha, depressão e aceitação. Muitos não saem da negação, poucos chegam à aceitação e as outras fases vão aparecer se interpenetrando ou não conforme o caso. O diagnóstico, por parte do médico, da fase psicológica em que o paciente se encontra, e o respeito à fase pela

qual está passando, são de grande valia para pensar-se na forma de comunicação.

Mas, mesmo que o médico não conheça essas fases, o problema da comunicação com o paciente, do que, como e quando falar, perde a importância, se analisarmos o contexto global da relação. Numa boa relação médico-paciente em que as experiências emocionais são trocadas inconscientemente, o que falar, o quando e o como surgem natural e espontaneamente. Permitam-me novamente a analogia com o bom namoro e o bom casamento: também aqui tudo vai surgindo espontaneamente. Se estou muito preocupado em impressionar minha namorada em prejuízo da realidade, ou se tenho um segredo importante que não posso contar-lhe, é provável que um futuro casamento fracasse, porque não está baseado em fatos reais. O mesmo acontece na relação médico-paciente, e levemos a analogia até mais longe: se preciso impressionar meu paciente com minha sabedoria e superioridade, com meus termos técnicos, é porque não acredito muito em mim. Quem é seguro e forte, o é, e pronto - não precisa mostrar. Se sou medroso, se quero poupar demais meu paciente, se quero enganá-lo, ele também perceberá minha fraqueza.

A preocupação sobre o que contar ao paciente levou a psicóloga Terezinha E. Klafke, em seu projeto de mestrado, a estudar as características do médico cancerologista e como ele lida com seus pacientes. Tenho tido o prazer de orientar a colega e, em um trabalho preliminar (KLAFKE & CASSORLA, 1983) determinamos que, numa amostra de 26 médicos cancerologistas, 27% tinham por norma não comunicar o diagnóstico a seus pacientes, 42% comunicavam e 31% se colocavam em posição intermediária. Dos que não comunicavam os motivos principais residiam em evitar depressão e abandono de tratamento. No entanto todos, exceto um, avisavam a família. Dos que comunicavam, as justificativas principais se referiam a : manutenção de bom relacionamento médico-paciente, colaboração no tratamento, impossibilidade de enganar o paciente, que sempre perceberia é direito do paciente em saber, para tomar de

cisoões em relação ao tratamento e a sua vida. No grupo intermediário alguns tendiam a não comunicar e outros a comunicar, dependendo de vários critérios : tipo de tumor, nível sócio-econômico, características emocionais do paciente, idade e desejo ou não da pessoas saber. Havia uma tendência a respeitar o desejo do paciente, evitar a comunicação aos mais jovens, de menor nível sócio-econômico e pior prognóstico e a esconder tumores internos. A maneira e o momento de comunicar dependiam de cada paciente e da relação estabelecida.

Desse trabalho verificamos um fato interessante: uma certa rigidez nos médicos, principalmente nos que não comunicavam o diagnóstico. Mas em torno de 1/3 dos profissionais (ou talvez mais) procurava adaptar-se ao paciente. Isso ocorria principalmente nos de posição intermediária e nos que comunicavam.

Em minha opinião padrões rígidos (como falar sempre ou nunca falar) podem ser úteis para determinadas configurações de personalidade de alguns médicos, muitos com sucesso profissional relevante. Mas, a não ser que o paciente escolha esse tipo de médico propositalmente, porque não quer saber ( ou quer saber) a verdade, a rigidez de sua atitude será prejudicial a pacientes que não se encaixam adequadamente. Lembremo-nos ainda, que padrões de outras culturas ( como por ex., nos EUA, em que se fala mais cruamente sobre o prognóstico) não são válidas necessariamente para a nossa. (Aliás, nos EUA cada vez mais se tende a uma re-humanização da medicina, criticando-se a visão parcializada e organicista do indivíduo, que bem subdesenvolvidamente tendemos a imitar em nosso meio).

Bem, e o que fazer? Não existem receitas, porque cada paciente é um paciente, um ser humano diferente. Mas temos uma arma extremamente valiosa, e que não sabemos usar, face a nossa defesa de crermos-nos onipotentes. Essa arma é a humildade, a humildade de admitirmos que nosso paciente sabe muitas coisas, certamente mais coisas sobre ele mesmo, do que nós sabemos. O segredo é aprender a ouvir: não nos preocupamos ainda com as respostas, ouçamos?

apenas. Será no discurso do paciente que perceberemos suas ansiedades, seus medos, suas fantasias sobre a doença, sobre o médico, sobre o tratamento, o prognóstico, a morte. Aqui verificaremos a necessidade e o grau do paciente em negar, em saber, quanto ao que quer saber, até onde e quando saber. Antes de dizer algo ao paciente, perguntar-se o que eu permito que meu paciente diga. Por que não perguntar ao paciente: o que o Sr. gostaria de saber? O Sr. tem alguma dúvida? Ficaremos surpresos com as respostas: desde o paciente que quer continuar negando, e que nada nos perguntará, até aquele que nos dirá que já sabe tudo, e só quer aprofundar alguns detalhes. Mas, o importante é que o paciente saiba que pode confiar em seu médico, que ele não o enganará, quando ele (o paciente) quiser saber mais, e que o médico não tem medo. A maneira como o paciente fala, como age, o que e como pergunta, darão ao médico as pistas para o momento e a forma intuitiva em que as respostas serão dadas.

Responder ao paciente o que ele quer saber, na linguagem dele (sem sapiência), e só o que ele quer saber, no momento adequado, é o segredo. Ou melhor, o segredo é perceber o que ele quer saber, e isso só ocorrerá se houver boa relação médico-paciente. Nestes casos, geralmente o paciente, face a sua confiança no médico, sempre quererá saber mais, o suficiente para poder colaborar adequadamente com o tratamento e com seu médico.

Poderia estender-me muito mais sobre outros aspectos da relação médico-paciente em cancerologia, como por exemplo o impacto das cirurgias, das mutilações, das recidivas, da morte, a relação com os familiares, aspectos particulares com crianças, etc, que serão objeto de outros trabalhos, face à limitação de tempo. Mas para concluir, gostaria de levantar, ainda que superficialmente, a ajuda que o profissional de saúde mental, psicólogo, psiquiatra, psicanalista, pode dar ao problema da relação médico-paciente em cancerologia.

Em primeiro lugar, o paciente deve saber quem é seu médico. A divisão em especialidades e a divisão do pacien

te em partes, em órgãos, cada um da alçada de um especialista, já é em si prejudicial, despersonalizante, ainda ' mais se não existe um médico que assuma o paciente como um todo e receba as informações dos especialistas (o que infelizmente, nem sempre ocorre) . Isso pode levar à conhecida cumplicidade no anonimato" (BALINT,1961) em que muitos "cuidam" do paciente, mas ninguém é responsável por ele. Sou contra mais uma divisão:em corpo e mente. O clínico, o oncologista, devem ser capazes de lidar com o indivíduo como um todo, em seus aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais, indissociáveis. A ajuda do profissional de saúde mental somente deve ser requerida ' em circunstâncias especiais. Por ex., frente a um problema mental específico, que o clínico não tem condições de lidar.

No entanto, comumente, encontramos problemas decorrentes da perturbação da relação médico-paciente. Um "encaixe" não se deu corretamente ou passa a ser problemático. O médico percebe que a relação está ruim-nesse momento, deve' procurar pensar que fatores da relação (de ambos, médico e paciente) estão prejudicando. Isso nem sempre é fácil, mas antes de pensar em encaminhar o paciente para o profissional de saúde mental (o que nem sempre é o melhor), aconselho o profissional a seguir os seguintes passos: 1) discutir a situação, a relação, com um colega, colega amigo, que sente e sofre os mesmos problemas. Isso é comumente feito, sem que o médico o perceba, quando um paciente o incomoda; 2) consultar um profissional de saúde mental. Vejam bem: a consulta é do médico. O médico vai consultar com colega de outra área, para discutir uma situação clínica na área da relação humana, da relação médico-paciente. É o equivalente à supervisão de casos que os psicoterapeutas fazem com seus colegas. O colega escolhido é de extrema importância: deve ser alguém que não só se respeite profissionalmente, mas também como pessoa, alguém a quem se possa expor não só as ansiedades do paciente, mas as do próprio médico e que este não tenha receio de ser julgado, mas que se sinta compreendido e ajudado. Isso porque o colega

sabe que tudo isso é difícil e sofrido; 3) só após este ' passo (que ajuda muito o médico a se aperfeiçoar em sua relação com as pessoas, e se conhecer melhor), eventualmente, o profissional de saúde mental pode, em acordo com o médico, sugerir que o paciente seja encaminhado para uma psicoterapia específica. A maneira e o momento em que se fará o encaminhamento devem ser discutidos. Em determinadas ocasiões, o médico é que deverá submeter-se a psicoterapia (se constantemente tiver problemas com seus pacientes) ou então deverá enviar seu paciente a outro médico, se o encaixe for mau e não tiver perspectivas de melhora.

Em resumo, as vicissitudes da relação médico-paciente devem ser estudadas e reconhecidas para que ambos se beneficiem. A negação dos problemas só levará a sofrimento, fracassos e prejuízos. O simples encaminhamento (sempre do paciente), sem um estudo prévio, não só não resolverá, como poderá criar outros problemas.

#### BIBLIOGRAFIA

- BALINT, M. El Médico, el paciente y la enfermedad. B. Aires, Libros Básicos, 1961
- CASSORLA, R.M.S.- "Algumas experiências sobre morte e suicídio desenvolvidas na UNICAMP", in Torres, W.C., Guedes, W.G. & Torres, R.G. (coord.) A psicologia e a morte, Rio, Edit. FGV, 1983.
- KLAFKE, T. E. & CASSORLA, R.M.S. - Comunicação de diagnóstico a pacientes com câncer - um estudo com médicos especialistas I Congresso Médico - FCM- UNICAMP-.1983  
(ANAIS no prelo)
- KUBLER-ROSS, E.- Sobre a morte e o morrer, S. Paulo, EDART, Edit. USP, 1977
- PERESTRELLO, M. - A medicina da pessoa, Rio de Janeiro, Atheneu, 1974.
- SCHAVELZON, J. - Cancer - Enfoque psicológico, B. Aires, Editorial Galerna, 1978