

Relação médico-paciente na adolescência

Doctor-patient relationship in adolescence

Roberto Assis Ferreira¹, Cristiane de Freitas Cunha²

DOI: 10.5935/2238-3182.20140042

RESUMO

¹ Médico Pediatra. Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente. Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médica Pediatra. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Trabalho elaborado a partir de aula proferida pelo Prof. Roberto Assis Ferreira na Seção Científica do Departamento de Pediatria da UFMG, em 22 de maio de 2013.

Introdução: a Medicina não é uma ciência, é uma profissão, um “saber fazer”. A relação médico-paciente se sustenta numa relação técnica, mas vai além, representando a dimensão mais específica da prática médica. O modelo biotecnológico vigente privilegia a técnica dessubjetivada e deixa de considerar o doente, privilegiando a doença, em uma abordagem protocolar. **Objetivo:** tecer considerações sobre a relação médico-paciente na adolescência, concernentes à puberdade, que invade o corpo da criança, e às questões sobre a existência e sobre a sexualidade. O médico depara com impasses que transcendem a técnica e os protocolos. **Discussão:** o médico, diante do paciente, pode ocupar o lugar de saber, de poder, mas pode se deslocar transitoriamente para um lugar do não saber sobre aquele adolescente, especialista de si mesmo. Pode também ocupar o lugar de quem demanda, o que habitualmente suscita no paciente uma recusa. O adolescente pode, raramente, ocupar o lugar de quem demanda; muitas vezes, encontra-se em uma posição de recusa. Pode ocupar o lugar de objeto ou o de sujeito. **Considerações finais:** a transferência, cerne da relação médico-paciente, se sustenta na suposição de saber e no afeto e pode ter efeitos sobre o adolescente, se há manejo clínico. Uma demanda velada pode emergir se o médico abre a janela da escuta: uma pergunta a mais, sobre o que molesta. Advertido de que ouvir e escutar não se equivalem e de que as demandas do paciente que, enfim, surgem devem ser elaboradas pelo próprio adolescente.

Palavras-chave: Relações Médico-Paciente; Adolescência; Transferência (Psicologia).

ABSTRACT

Introduction: Medicine is not a science; it is a profession, a know-how. The doctor-patient relationship is sustained in a technical relationship; however, it goes beyond, representing the most specific dimension in the medical practice. The current biotechnological model favors the unfocused subject technique and fails to consider the patient prioritizing the disease in a protocol approach. Objective: to make considerations about the physician-patient relationship in the adolescence, related to puberty, which invades the child's body, and questions about existence and sexuality. The doctor is faced with impasses that transcend techniques and protocols. Discussion: the doctor, in front of the patient, can take the place of knowing and power, however, he can transiently move to a place of not knowing about that teenager, who is an expert about himself. The doctor can also take the place of those who demand, which usually raises refusal in the patient. The teenager can, rarely, occupy the place of those who demand, and many times, finds himself in a position of refusal. He can take the place of the object or subject. Final considerations: the transfer, the core of the doctor-patient relationship, stands on the assumption of knowing and affection, and may have effects on the adolescent when clinical management is used. A veiled demand may emerge if the doctor opens the window of listening: one more question about what is bothering. It is forewarned here that hearing and listening are not equivalent and that the patient's demands should be drawn up by the adolescent himself.

Key words: Physician-Patient Relations; Adolescence, Transference (Psychology).

Instituição:
Departamento de Pediatria da
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor Correspondente:
Cristiane de Freitas Cunha
E-mail: cristianedefreitascunha@gmail.com

INTRODUÇÃO

A relação médico paciente permanece como aquilo que foi possível preservar, ao longo do tempo, como a dimensão mais preciosa e que é propriamente específica da prática médica. Nesta exposição há a pretensão de trabalhar a relação médico-paciente em alguns aspectos a partir de nossa prática clínica, entendendo que essa relação não se reduz a uma técnica e que está no cerne do trabalho clínico. Os aspectos técnicos e normativos da consulta médica, em especial da consulta do adolescente, merecem outra abordagem. Há interesse em se identificar o que é particular nessa relação na adolescência, a partir de certo entendimento da própria adolescência.

Certamente, já há alguns séculos a Medicina assimilou bases científicas, apropriou-se de conhecimentos de vários campos do saber, mas preserva uma dimensão artesanal, sobretudo na execução das técnicas. A Medicina não é uma ciência, é uma profissão, é fundamentalmente um “saber fazer”. Essa concepção fundamenta o currículo da Faculdade de Medicina da UFMG: o ensino a partir da prática.

Há, por outro lado, uma dimensão subjetiva, sempre citada, mas pouco trabalhada, que denominamos de relação médico-paciente. Essa relação até certo ponto é marginal ao atendimento médico e nem sempre é explicitada. Os médicos, os clínicos, a desenvolvem de forma quase espontânea, sem qualquer preocupação e elaboração teórica. A maioria das formulações sobre esse tema parte de profissionais de outras áreas.

Fica como afirmação a ser trabalhada: a relação médico-paciente se sustenta numa relação técnica, mas vai bem além da técnica.

BREVE REFLEXÃO SOBRE A MEDICINA CONTEMPORÂNEA

A medicina nos pareceria, e nos parece ainda, uma técnica ou arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita.¹

Ainda que correntemente se fale em Medicina científica, parte-ses do ponto de vista de que a Medicina é uma profissão e ainda que sustentada em bases científicas, mas como prática em si não é científica.

A Medicina percorre longo percurso, descrito por Foucault, quando se afirma como conhecimento

científico, no início do século XIX, com a anatomoclínica. Essa vai dar rigor ao conhecimento médico, ressignificar e revalorizar sintomas e sinais, enriquecer o método semiológico, descrever e desvelar inúmeras doenças, com diagnósticos mais precisos.

No século XX, além do avanço científico extraordinário, muda-se a configuração da prática médica. Esta passa a ser controlada e assumida pelo Estado, torna-se campo de vultosos investimentos na produção de tecnologias instrumentais e de medicamentos, determinantes importantes dos avanços médicos. A prática clínica se fragmenta em especialidades. Avançam os métodos diagnósticos, agora precoces e preditivos, precedendo o sintoma médico, o que debilita a clínica como instrumento de diagnóstico. O trabalho clínico (diagnosticar, julgar, tomar decisões) torna-se mais técnico e submetido a protocolos. Há procedimentos (radioimagens, endoscopias, etc.) em que pacientes e médicos não chegam a se conhecer. A profissão perde o caráter liberal, os médicos se organizam em entidades, a assistência médica torna-se controlada pelo Estado ou por empresas e são introduzidos mecanismos de controle e avaliação. Do lado do usuário se estabelecem organizações coletivas, sindicais, de seguros.

A prática da Medicina passa a ser fortemente determinada não só pela ciência, mas por interesses do capital, inaugurando-se um novo paradigma, a Medicina biotecnológica, dominante a partir da Segunda Guerra. Nesse paradigma, há investimento crescente em tecnologia, no arsenal instrumental e farmacológico, na especialização. A experiência - o saber fazer - é substituída por normas, protocolos *eguidelines* subordinados à lógica da avaliação, do controle e da produtividade.

Na medida em que a prática da Medicina se sustenta em bases científicas, há evidente deslocamento de interesse: do doente para a doença. O objeto de estudo da Medicina científica está focado fundamentalmente na doença, até mesmo em especialidades como a Psiquiatria.

Observa-se uma profunda transformação. A ética dá lugar à etiqueta, ou seja, às boas maneiras, um “humanismo” que vela o verdadeiro lugar reservado ao paciente - o de objeto - e ao médico o de técnico. Na prática propriamente clínica, o grande excluído é o sujeito. Não há lugar para a subjetividade (nem do paciente, nem do médico) ou para as questões da singularidade. Torna-se anacrônica a máxima da Medicina: **existem doentes, e não doenças**. Então, o mais específico da prática clínica, a relação médico-paciente, tende a ser transformada em um modelo padronizado.

O próprio método de abordagem clínica se modifica. A história da moléstia atual deixa de investigar o que molesta para se tornar um questionário objetivo sobre um problema específico. A prática transversal dominante do atendimento clínico, a pressão pela produtividade, vai eliminando o que se chamava na semiologia clássica de história da moléstia atual e é substituída por algo sintoma dirigido, protocolar, verdadeira anamnese especial.

Segundo Foucault², a experiência clínica se torna possível pela organização formal da linguagem em torno do indivíduo; um discurso de estrutura científica é pronunciado sobre o sujeito. *Essa nova estrutura se revela, mas certamente não se esgota na mudança ínfima e decisiva que substituiu a pergunta: “o que é que você tem?” - por onde começava, no século XVIII, o diálogo entre o médico e o doente, com sua gramática e seu estilo próprios - por esta outra em que reconhecemos o jogo da clínica e o princípio de todo o seu discurso: “onde lhe dói?”.*

A principal perturbação da pura essência nosológica torna-se o próprio doente, que deve ser abstraído, para se chegar à verdade do fato patológico. *Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre: a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses.*² Nos parênteses emerge um resto cada vez mais volumoso, uma série de “novos sintomas”, que causam mal-estar à Medicina.

ADOLESCÊNCIA, A MAIS DELICADA DAS TRANSIÇÕES

Ela possuía a graça fugidia do porte que marca a mais delicada das transições da adolescência, os dois crepúsculos imiscuídos, o começo de uma mulher ao final de uma criança (Vitor Hugo, apud Lacadée, 2011³).

E a adolescência, como abordar? Que desafios ela traz ao atendimento de saúde e como particularizar esse atendimento, como tornar singular o acompanhamento clínico de cada um? O profissional que atende o adolescente deve ter em conta que este não deixa a sua adolescência em casa e que há particularidades e necessidades especiais no atendimento a essa faixa etária, na qual está localizada a principal resistência do pediatra e de outros profissionais.

Ainda que esteja estabelecido que o pediatra deve ser o médico por excelência que atende o adolescente,

a verdade é que a Pediatria brasileira ainda não adotou a adolescência. Via de regra, os departamentos de Pediatria e o ensino médico assumiram a adolescência apenas nos títulos dos cursos e dos congressos. Falemos um pouco da adolescência antes de abordar a relação médico-paciente nessa época da vida.

Dois crepúsculos, o túnel perfurado simultaneamente dos dois lados.⁴ O contraste da graça fugidia e da delicadeza com a engenharia freudiana. Freud fala também em arrombamento pubertário.⁵ Costuma-se dizer que os problemas começam quando a criança entra na puberdade. De fato, a puberdade invade o corpo da criança, subvertendo tudo o que a sustentava até então. A imagem do corpo e o ponto de onde se é visto sofrem mudanças, à revelia do sujeito. Na adolescência o corpo passa a ter um outro estatuto. Colocam-se diversos apelos, respostas a demandas que vêm do campo do outro – do outro sexo, da sociedade, dos pais, dos professores, das instituições. E o adolescente é chamado a dizer a que veio, que lugar deve ocupar neste mundo.

A linguagem, o referencial simbólico da infância, não responde ao vazio de significação que se abre. As palavras das quais a criança dispunha até esse momento são insuficientes para nomear os acontecimentos de corpo. As metamorfoses do corpo, a eclosão da puberdade, do sexo evidenciam um furo no saber, uma impossibilidade de transmissão, de respostas universais.⁴

Na literatura, nas artes, há exemplos excepcionais de compreensão da adolescência. Wedekind⁶, na peça “O despertar da primavera”, traduz a insuficiência do saber na adolescência:

*Moritz: Eu já revirei a enciclopédia, do A até o Z. Palavras, só palavras e mais palavras! Mas nem uma única e simples explicação do que realmente acontece. Essa sensação é estranha - de vergonha. Para que serve uma enciclopédia que responde tudo, menos a pergunta mais importante sobre a vid.*⁶

No filme “As virgens suicidas” (Sophia Coppola, 2001), uma adolescente de 13 anos sobrevive a uma tentativa de suicídio. O médico a interpela: como uma moça de 13 anos pode querer morrer? Ela responde que bem se vê que ele nunca foi uma adolescente de 13 anos...

Dentro dos limites desta exposição não há como aprofundar todas as questões da adolescência, mas há duas tarefas, desafios dessa idade, que Freud esta-

belecia como centrais e que servem de guia clínico, devendo o profissional estar atento a como o jovem as enfrenta: a separação dos pais e o encontro com o real sexual. Para esse encontro, o adolescente, o ser humano, nunca estará preparado. E diante desse impossível de dizer, dessa lacuna no saber, se abre uma série de respostas possíveis.⁷ *Freud fala do doloroso desligamento da autoridade paterna. Tudo o que distingue a nova geração, tanto o que é portador de esperança como o que choca, tem como condição esse desligamento dos pais.*⁴

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ADOLESCÊNCIA _____

Observa-se uma recusa, muitas vezes velada, dos profissionais de saúde diante da clínica do adolescente. A Pediatria, que tem como missão acompanhar o ser humano do nascimento até o final do seu desenvolvimento, isto é, até o final dessa delicada transição, tem abdicado desse papel, tanto na assistência como na formação profissional.

Mais do que não abandonar, do que não recuar, trata-se de fazer um convite para se sentar à mesa do adolescente, resgatar o seu gosto pelas palavras, para que ele possa se desvencilhar das nomeações impostas e inventar sua própria língua, seu próprio nome.³

Ser aprisionado por uma nomeação é um risco para o jovem. Há, atualmente, um excesso de diagnósticos, de transtornos, cada um deles vinculado a um medicamento, que vela as questões subjetivas, singulares. Cotidianamente, os jovens chegam ao ambulatório portando as etiquetas impostas pelo discurso científico: *diabético completamente descontrolado, paciente portadora de transtorno bipolar, de conduta, de ansiedade, entre outros.*

Uma diretora de escola encaminha uma adolescente ao Ambulatório de Saúde do Adolescente: *a jovem recebeu os diagnósticos de transtorno bipolar, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, portanto, tem agido de tal maneira.* A precisão da escrita possivelmente foi ignorada por quem a escreveu. Os atos eram coerentes com as etiquetas e rótulos impostos à adolescente.

Na experiência clínica, o que um médico pode oferecer ao paciente? Balint preleciona que o principal medicamento receitado ao paciente é o próprio médico. Mas adverte: *Cuidado! Há efeitos colaterais desconhecidos!*

E o que quer um paciente quando procura um médico? Também é Balint quem afirma que quando

um paciente procura um médico solicita diagnóstico e tratamento tecnicamente corretos, mas não só isso: *“toda doença é também veículo de um pedido de amor e de atenção.”*⁸

Diante dessa demanda, é necessária uma reflexão.

*É no modo de resposta à demanda do doente que se encontra a possibilidade de sobrevida da posição propriamente médica.*⁹

Na relação médico-paciente, tanto o médico como o paciente ocupam posições diferentes, é preciso estar atento a que lugar como médico estamos ocupando, assim como aquele ocupado pelo paciente. Esse lugar pode se deslocar durante o tratamento, como ao longo de um atendimento.

QUAL LUGAR OCUPA O MÉDICO? _____

O médico pode responder do lugar do saber, do poder, do não saber e de quem demanda algo, tornando-se necessário dependendo das circunstâncias que alterne de posição (Figura 1).

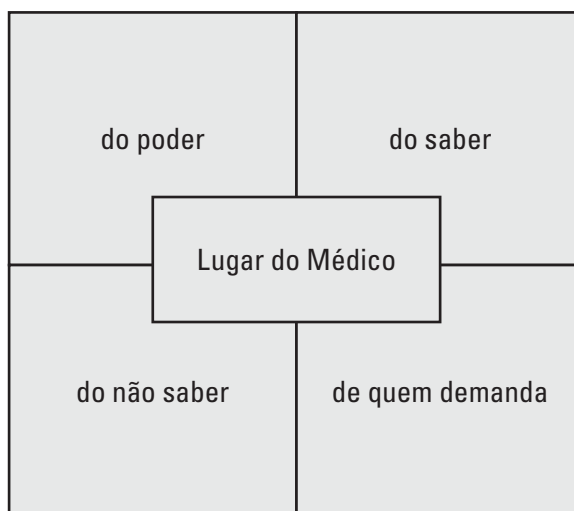


Figura 1 - Lugar do médico.

O lugar do saber, ou seja, do discurso universitário, é tradicionalmente ocupado pelo médico. Há a responsabilidade técnica de diagnosticar, de tratar. E a transmissão, a explicação, tão valorizadas pelos pediatras que, muitas vezes, redigem as receitas de orientações gerais e dietéticas.

Há momentos, entretanto, em que o médico tem de ocupar o lugar do poder, de quem toma decisões, de quem ordena, cria imperativos: você precisa ser

hospitalizado ou deve ser operado agora! Por outro lado, o saber comporta uma margem de erro diante da qual as estatísticas se desvanecem diante do um; o que vale para 100 nem sempre vale para um. O poder do médico é aceitável quando se coloca numa posição de responsabilidade e medida de riscos, mas abre caminho para desvios importantes na prática médica e na relação médico-paciente.

Um lugar perigoso que o médico pode ocupar é o de quem demanda, que ocorre em especial quando o paciente está no lugar da negativa, da resistência, nas situações de não adesão ao tratamento. Essa posição é problemática ao acentuar no paciente o lugar da recusa.

É comum o encaminhamento de pacientes à Medicina do adolescente, motivado pela angústia do médico diante da não adesão ao tratamento. Quanto maior a insistência, maior a resistência, já ensinava Lasègue¹⁰, no cuidado com as anoréxicas. O médico solicita o retorno, a realização de exames, a obediência ao tratamento prescrito, em uma posição de angústia.

Lugar muito caro na relação médico-paciente é o do “não saber”, não saber sobre o paciente, da sua subjetividade. Esse lugar é o de alguém que se permite escutar, facilitando a construção do vínculo, do laço transferencial, o qual é abordado à frente.

Pode-se saber tudo sobre a doença, mas nada se sabe daquele paciente, do seu sofrimento, da sua angústia, de suas dúvidas, de seus medos. Deve-se ter como diretriz que o adolescente é o especialista de si mesmo.

Com essa atitude, o médico pode ir além da técnica, sem prescindir dela, abrindo uma janela para a escuta do paciente, saindo por alguns momentos do seu lugar de saber.

QUAL O LUGAR DO ADOLESCENTE? _____

O adolescente também pode ocupar distintos lugares: de quem demanda, da recusa, do sujeito e do objeto (Figura 2). O paciente, quando vem ao médico, quase sempre ocupa o lugar de quem demanda. Idealmente e muito raramente, o adolescente ocupa esse lugar. Entretanto, é preciso estar atento, a demanda é dialética, enigmática.

Não é necessário ser psicanalista, nem mesmo médico, para saber que quando alguém demanda qualquer coisa, isso não é idêntico, e pode ser diametralmente oposto ao que se deseja.⁴

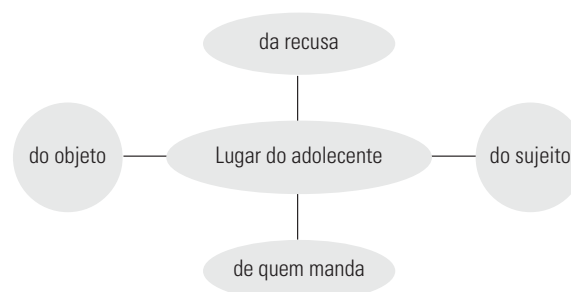


Figura 2 - O lugar do adolescente.

Habitualmente, o adolescente ocupa o lugar da recusa. Ao perguntarmos o que o levou à consulta, é comum a resposta: *não sei*. Ou: *ela me trouxe*, apontando para a mãe. Esta, sim, habitualmente demanda do médico que a ajude a conseguir a adesão do filho, a obediência aos ideais familiares. O médico é colocado no lugar daquele com quem o adolescente se confronta, a mãe, o pai, esta é uma posição típica na anorexia, por exemplo.

A reflexão sobre a demanda e suas declinações é imprescindível. Deve-se interrogar se há demanda e quem demanda (o adolescente, os pais, outros profissionais de saúde, o próprio médico) e abrir uma *janela para a escuta*, propiciando a emergência de demandas veladas, que só emergem com a construção da relação médico-paciente.

As demandas do paciente, além do campo técnico, das necessidades terapêuticas objetivas, devem ser “escutadas”, mas não diretamente atendidas, elaboradas com o paciente e devolvidas a ele.

Ressalte-se que o adolescente deve estar no centro da relação. Os pais são acolhidos, mas o jovem é o paciente em questão. Os pais são fundamentais, fornecem informações de grande valia, além de terem responsabilidade sobre a saúde dos filhos. A relação do pediatra com a criança é mediada, em grande parte, pelos pais. Essa particularidade tende a priorizar a relação com os pais, marginalizando até certo ponto a criança, risco maior nas crianças mais novas. Essa é uma condução problemática, pois o paciente deve estar no centro da atenção, por mais novo que seja. Os pais, além de informações valiosas, trarão seus preconceitos e a compreensão que têm da criança, sustentada em suas próprias crenças. Esse ponto exige reflexão e atitude elaborada do médico. A afirmação de que o pediatra deve ser o advogado da criança e do adolescente é bastante correta. Ao avançar a idade, em especial na adolescência, a relação desloca-se para o paciente, o qual deverá ser informado de aspectos diagnósticos e terapêuticos,

devendo ser implicado e responsabilizado em seus cuidados. Os pais não serão excluídos, mas o atendimento desloca-se para o adolescente.¹¹

Comumente, o médico se vê embaraçado com questões éticas na clínica com adolescentes. Há situações difíceis, como o uso de contracepção em adolescentes muito jovens, que não querem que os pais tomem conhecimento desse fato. Por outro lado, os pais querem muitas vezes que o médico ocupe o lugar de contenção de um adolescente com práticas transgressivas. Enfim, um sem-número de situações pode ocorrer, para as quais nem sempre há norma clara. O clínico deve avaliar, julgar, tomar decisões, mas nunca estará absolutamente seguro. O referencial deve ser sempre o compromisso com o paciente, com a cautela de não ser simplesmente uma testemunha deste, nem suporte a uma postura transgressiva. O médico não está a serviço dos pais, tem por dever manter o sigilo e fazer a defesa do seu paciente, o que não significa dar apoio ou encobrir suas atitudes equivocadas.¹¹

O manejo clínico, delicado e decidido, pode facilitar a imprescindível e dolorosa separação dos pais. O adolescente pode, enfim, deixar o lugar de objeto desejado ou não, para ocupar o lugar de desejante.⁹ No lugar de sujeito, ele pode se responsabilizar pelas suas palavras, por seus atos, pela sua vida.

A TRANSFERÊNCIA: CENTRO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE _____

Na prática clínica da Medicina é costume alertar para a importância da construção do vínculo. Na Psicanálise, foi trabalhado a partir de Freud o conceito de transferência, que permite aprofundar o que se passa na relação médico-paciente. Na constituição da transferência estão envolvidas duas dimensões, uma afetiva, um verdadeiro laço amoroso, e outra denominada por Lacan de suposição de saber. Na relação médico-paciente já há uma suposição do saber do médico sobre a doença, sobre o que sinto, mas o laço transferencial vai além, supõe um saber sobre o sujeito.

Apesar do laço transferencial, em muitas circunstâncias, ocorrer aleatoriamente, sem que médico e paciente tomem consciência dele, a sua constituição merece atenção e investimento do médico, sobretudo em algumas situações. A adolescência é uma destas, em especial quando há posição de recusa. A recusa está presente em várias condições clínicas, é paradigmática na anorexia nervosa, pode estar dissi-

mulada na “não adesão ao tratamento”. A anoréxica, o adolescente, o toxicômano, são exemplos em que não se supõe no médico um saber sobre eles. A constituição do laço transferencial vai exigir manobras, o que pode ser facilitado pela constituição do laço afetivo e o próprio saber técnico do médico.

É bom lembrar que Freud⁴ já ensinava que quando alguém se dispõe a falar algo sobre si e outro se dispõe a escutá-lo, estão dados os elementos para a construção do laço transferencial. Escutar significa a abertura de um espaço que permita ao adolescente falar de si, possibilitando a percepção de uma demanda que ultrapassa a resposta técnica. Deve o médico estar advertido de que escutar não significa apenas ouvir. Que nem sempre o paciente fala por palavras, é preciso estar atento e disponível para perceber o outro e, às vezes, uma pergunta mais possibilita que algo velado surja.

CONSIDERAÇÕES FINAIS _____

Na clínica, trata-se de buscar o mais singular e irreduzível do sujeito no paciente.

Para isso, é preciso abrir a janela da escuta, para recolher a fala do adolescente, que fornece os índices, os operadores clínicos para a condução do caso.

Na direção do tratamento, temos a política, a estratégia e as táticas:

- a política é o norteador ético e clínico, consiste em tratar o adolescente como sujeito, não como objeto;
- a estratégia tem como central a construção da transferência. A transferência tem duas vertentes: o saber e o amor. Há uma suposição de saber atribuída ao médico e que muitas vezes antecede o encontro com ele. E a relação afetiva, que se dá com quem ocupa o lugar ao qual se supõe o saber. O médico deve ser acolhedor, estar atento ao processo transferencial do paciente, mas não se incluir nele, entendendo sempre que quando essa relação afetiva é exagerada trata-se de um equívoco;¹¹
- para a constituição e manejo da transferência há táticas. Como a relação médico-paciente resulta de uma construção, exigirá investimento, e não será padronizada, nem poderá se sustentar em protocolos. Abre-se, então, o campo da criatividade, da invenção, do manejo clínico. Exige-se trabalho artesanal, respeitando o estilo do profissional e a singularidade de cada situação. O estudante e o jovem profissional devem ser estimulados a cultivar essa habilidade no aprender a

fazer. Um erro habitual é acreditar que esse aprendizado resulta de processo espontâneo, expondo médicos e pacientes a riscos.¹¹

O médico pode se tornar uma referência importante no mundo adulto para o adolescente. Freud⁴ ressaltava o papel que a escola e os professores poderiam ocupar na vida de um jovem:

Mas uma escola secundária deve conseguir mais do que não impelir seus alunos ao suicídio. Ela deve lhes dar o desejo de viver e devia oferecer-lhes apoio e amparo numa época da vida em que as condições de seu desenvolvimento os compelem a afrouxar seus vínculos com a casa dos pais e com a família. Parece-me indiscutível que as escolas falham nisso, e a muitos respeito deixam de cumprir seu dever de proporcionar um substituto para a família e de despertar o interesse pela vida do mundo exterior. A escola nunca deve esquecer que ela tem de lidar com indivíduos imaturos a quem não pode ser negado o direito de se demorarem em certos estágios do desenvolvimento e mesmo em alguns um pouco desagradáveis. A escola não pode ajudar-se o caráter de vida: ela não deve pretender ser mais do que uma maneira de vida.¹²

O médico, o professor, o profissional que trabalha com adolescentes têm a chance de apresentar o ser humano, o mundo para o jovem.

O médico se angustia em face da sexualidade, da morte, particularmente quando essas incidem na infância e adolescência. Assim, a defesa contra a angústia pode ser o recuo, o afastamento ou o excesso de técnica, de protocolos que tentam dessubjetivar o humano.¹³ Muitas vezes, o que podemos fazer parece precário e insuficiente, mas pode ser o possível e o imprescindível.

Voltando ao “Despertar da Primavera”⁶, no seu desfecho Moritz, que havia suicidado, tenta convencer Melchior a fazer o mesmo. Em face da morte, surge um homem mascarado, que se dirige a Melchior:

Homem: Vamos, Melchior. Eu quero te apresentar o ser humano, um mundo de possibilidades. Outros horizontes. Eu quero te apresentar as coisas interessantes que o mundo tem para oferecer.

Melchior: Quem é o senhor? Eu não posso confiar em uma pessoa que não conheço.

Homem: Só se você confiar em mim é que vai me conhecer.

É um fato. Não tem outro jeito.⁶

O fato é a transferência, cerne da relação médico-paciente.

Para resumir, a relação médico-paciente é construída a partir de princípios, não de regras e normas:

- o paciente procura respostas técnicas, mas há algo além.
- o médico deve estar sempre atento sobre o lugar que ele e o paciente ocupam.
- as demandas do paciente, além do campo técnico, devem ser “escutadas”, mas não diretamente atendidas, elaboradas com ele e devolvidas a ele.

REFERÊNCIAS

1. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
2. Foucault M. O nascimento da clínica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
3. Lacadée PO. Despertar e o exílio - ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.
4. Freud S. Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 13. p. 281-8. Trabalho publicado originalmente em 1914.
5. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade: transformações da puberdade. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1987. v. 7. p. 196-217. Trabalho publicado originalmente em 1905.
6. Wedekind FL. Éveil du printemps. Paris: Gallimard; 1891.
7. Stevens A. Adolescência, sintoma da puberdade. Clínica do contemporâneo. Revista Curinga. Esc Bras Psicanál. 2004; 20(1): 27-39.
8. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1975.
9. Lacan J. O lugar da psicanálise na medicina. In: Aubry J. Psicanálise de Crianças separadas: estudos clínicos. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2004.
10. Lasègue C. De l'anorexie hystérique. Paris: Études Médicales; 1884.
11. Ferreira R, Fontes M. Relação médico-paciente. In: Martins MA. Semiologia da Criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Med-Book; 2010.
12. Freud S. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1910/1976. v. XI.
13. Ansermet F. Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2013.