

EMOÇÕES E SOFRIMENTOS NAS CONSULTAS MÉDICAS. IMPLICAÇÕES DE SUA IRRUPÇÃO

Octavio Bonet*

"Se eu pudesse explicar-lhe o que significa não teria sentido dançar-lo".
Isadora Duncan

RESUMO

Esse trabalho visa a analisar, do ponto-de-vista teórico e prático, as categorias de emoção e sofrimento nas abordagens terapêuticas holísticas e alternativas, além de problematizá-las no que tange as consultas médicas.

Palavras-chave: holismo, consultas médicas, sofrimento.

No livro *Angel's Fear*, Gregory Bateson relata uma história do final da sua vida quando os médicos descobriram que tinha contraído câncer que não era possível operar. Uma noite uma enfermeira o examina e lhe diz "você é um impostor. Você não tem um 'mal degenerativo' no peito, se houvesse um, eu saberia". Bateson respondeu: "os médicos me abriram e o viram". "Eu sei", respondeu a enfermeira, "o que viram foi 'um câncer moribundo'. E o descobriram tarde demais". E sorriu, fazendo uma careta (Bateson 1989:75).

De um modo figurado, essa história de Gregory Bateson e as palavras de Isadora Duncan da epígrafe nos enfrentam com o fato de que sempre existem, em contextos que supõem cuidados integrais à saúde, diferentes modos de adoecer e de saber e dizer a respeito desse adoecer.

*Doutor em antropologia (Museu Nacional/UFRJ) e professor do mestrado em Ciências Sociais da UFJF

Se bem que é possível afirmar que toda relação terapêutica nos põe de frente a esses diferentes modos de adoecer e saber, ao mover-nos num campo de saber e de práticas integrais, a questão se torna mais complexa com a introdução da dimensão emocional que se manifesta nas relações terapêuticas. Esta dimensão emocional é freqüentemente associada às expressões de sofrimento e dor.¹

O objetivo deste trabalho é mostrar que, quando se abre espaço para esta dimensão emocional, o terapeuta e o paciente teriam a possibilidade de estabelecer uma comunicação que os aproxime ao núcleo dos problemas do segundo; mas, nesse mesmo momento de expressão das emoções, se apresentaria o problema da comunicação e dos diferentes modos de saber. Assim, a pergunta que guia o texto seria sobre as conseqüências da manifestação das emoções nas relações entre os médicos e os pacientes.

Quando as emoções são levadas à consulta pelo paciente, as encontramos freqüentemente (mas não unicamente) associadas a manifestações de sofrimento e dor, mas também os médicos podem ver-se "assaltados" pelas emoções. Assim, tanto os pacientes são inseridos nas séries psíquicas do médico e os médicos nas séries psíquicas dos pacientes.²

AS EMOÇÕES EM QUESTÃO

A forma pela qual as emoções foram tratadas no ocidente está em estreita relação com a conceitualização da pessoa moderna. Vale a pena, então, recordar as conseqüências, enumeradas por Duarte (1998), que a configuração individualista teve sobre a concepção de pessoa que

¹ Não pretendo dizer que essa dimensão se manifeste unicamente em contextos onde o objetivo são os cuidados integrais, mas sim que neles adquirem maior importância derivada dessa busca pela integralidade.

² Não é o objetivo deste trabalho analisar quais são e em que medida estão em jogo os elementos inconscientes postos em cena durante as consultas, mas considero que a alusão a motivos inconscientes permitiria explicar por que o médico tem com alguns pacientes uma atitude mais emotiva, ou por que determinados pacientes mostram uma atitude mais agressiva ou relutante para com o médico.

nela emergia: racionalização e separação do sensível, a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes e a interiorização e psicologização dos sujeitos.

Desses processos, derivou-se uma separação entre o racional e o emocional, estabelecendo entre ambos uma relação hierárquica, onde o segundo elemento da relação foi reprimido. Elias (1994, 1996) ressaltou, como traço fundamental do processo da civilização, a introjeção das coações, que se convertem, dessa forma, em autocoações, o que ocasiona uma crescente interiorização e repressão das emoções. A biomedicina não ficou à margem desse processo de racionalização do mundo; foi agente ativo, construindo um discurso racional sobre o corpo e as doenças. Nele as emoções eram vinculadas ao irracional e, assim, nocivas para a construção do diagnóstico (Bonet 2004).

Embora possa ser possível afirmar o caráter de hegemônico desse processo de separação entre os domínios racional e emocional, nas últimas três décadas do século XX, se produz uma retomada do estudo das emoções, nos quais estas já não poderão ser observadas “como um domínio residual, somático e anti-racional da vida consciente, cuja turbulência é uma constante ameaça à formulação de claras intenções” (Reddy 1997: 331). Diferentes campos do saber engajaram-se na construção dessa nova visão das emoções; na medicina, a preocupação se centrava no questionamento do biologicismo extremo e na proposição de novos modelos de cuidado que têm como foco uma visão mais integral do sujeito.³ Perseguindo preocupações mais teóricas no campo da psicologia cognitiva, das neurociências e da antropologia começou um debate que tinha como questões de fundo duas perguntas: o que são as emoções e como podem ser estudadas. Na resposta à primeira pergunta, retomaram-se uma série de oposições instituintes das disciplinas envolvidas: natureza e cultura, mente e cor-

³ Como exemplos podemos mencionar o desenvolvimento da idéia que se cristalizaram na medicina de família e comunidade (Bonet, 2003) e na medicina dos cuidados paliativos (Menezes, 2004).

Emoções e sofrimentos nas consultas médicas.
Implicações de sua irrupção

po, interioridade e exterioridade, público e privado e universalismo e particularismo.⁴

Em um trabalho de revisão do campo, onde ressaltam a importância que as emoções adquiriram para os estudos sobre a cultura, Lutz e White (1986) afirmam que existiriam dois enfoques majoritários para o seu estudo: o primeiro, universalista, integraria os trabalhos mais próximos à busca de regularidades interculturais que defenderiam a existência de uma base biológica ou uma "unidade psíquica" da experiência emotiva. O segundo, relativista e interpretivista, integraria aqueles trabalhos que consideram as emoções como construções estreitamente relacionadas a interações culturais específicas. Essas duas posições-chave, que estruturariam o campo dos estudos das emoções são retomadas em Leavitt (1996), uma dessas posições sustentada por biólogos e psicólogos (emoções consideradas universais, corporais e internas aos sujeitos) e outra posição por antropólogos (emoções como culturalmente construídas). Podemos re-encontrar esse eixo estruturante do campo nos trabalhos de Le Breton (1999) e no texto de Geertz (2001) e em Reddy (1997, 2001).

O primeiro grupo encontrava seu lugar de trabalho nos laboratórios de psicologia experimental e buscavam: encontrar os elementos universais das emoções em um conjunto mínimo destas que estariam embasadas biologicamente, entender as relações entre a emoção e a cognição, ou estabelecer as relações entre os aspectos automáticos e intencionais das emoções. Segundo Reddy (2001) o conjunto desses estudos teve um movimento desde modelos lineares de cognição para modelos que incluem múltiplos caminhos e níveis de ativação e supressão, o que motivou uma renovação da conceituação da emoção. Essa reinterpretação do modo de entender as emoções levou a um

⁴ A resposta à segunda pergunta que não vai ser tratada neste artigo, nos põe frente à questão teórica, e metodológica ao mesmo tempo, da interioridade/exterioridade das emoções; ou seja, dos dispositivos cognitivos que são ativados no processo emotivo (do ponto de vista da psicologia cognitiva) ou das possibilidades de interpretação das emoções porque recebem uma significação na ação social.

questionamento das oposições entre emoção e cognição, entre pensamento e afeto e entre os elementos automáticos (biológicos) e hábitos cognitivos aprendidos.

O segundo grupo de respostas constitui a contribuição da antropologia que, fundamentada em trabalhos de cunho etnográfico, propiciam uma visão construcionista e semiótica das emoções; isto é, as emoções teriam significados culturalmente construídos. Embora a significação da interface emoção-cultura não estivesse em questão, os antropólogos discordaram em como e em que grau as emoções são influídas, canalizadas ou construídas pela cultura; distinção que permitiu que Reddy (1997) estabeleça uma segunda diferenciação entre aqueles trabalhos que propõem um construcionismo "forte" (Lutz 1988, Abu-Lughod 1988, Grima 1992) e outro grupo, no qual as expressões emocionais individuais em seu caráter dinâmico seriam formadas, contidas e canalizadas, mas não construídas (White e Watson-Gegeo 1990).

A crítica que Reddy faz desse "construcionismo forte" fora contestado por Lutz, na resposta ao trabalho de Reddy, relativizando seu próprio construcionismo ao assinalar que as afirmações programáticas eram expressas em um contexto no qual o laboratório psicológico clamava a única posse das bases para realizar afirmações válidas sobre a vida emocional (...) Reddy não reconhece esta formação sócio-histórica do conhecimento (...)” (Lutz 1997: 345). O ponto de crítica de Reddy se direcionava, justamente, no sentido em que caminhavam os estudos da psicologia cognitiva de superar as oposições entre natureza e cultura ou entre afeto e cognição.

Essa mesma direção pode ser observada no texto de Geertz (2001) quando sustenta a constituição cultural da emoção, mas termina seu texto, recuperando a "matriz de Gage" desenvolvida por Damásio.⁵ Também

⁵ Damásio no seu livro *O erro de Descartes* relata o caso de Phineas Gage, um operário de Nova Inglaterra, que em 1848 sofreu um acidente que lhe ocasionou uma lesão cerebral que teve como consequência uma mudança radical nas suas manifestações emocionais. Nos desenvolvimentos de Damásio esse caso permitiria demonstrar uma impressão anatômica das emoções.

Leavitt dirige-se nesse sentido quando ressalta que a complexidade da conceitualização das emoções deriva do fato de que elas não se enquadram nem no pólo biologista nem no pólo culturalista: "o conceito e o termo emoção são usados para se referir a experiências que não podem ser categorizadas dessa forma [associadas a algum dos pólos em questão] porque envolvem significado e sentimento, mente e corpo e cultura e biologia" (Leavitt, 1996: 515).

Neste momento é que encontramos a contribuição de Leavitt, ao propor que a convergência entre o enfoque sociocultural e o enfoque psicológico e biológico pode tomar lugar ao redor de uma noção semelhante à de "corpos humanos sociologizados, corpos que normalmente existem como grupos e em interação antes que como entidades isoladas, tendo sua existência em situações recorrentes que chamam por respostas de sentido/sentimento que reconhecemos como emoções" (Leavitt, 1996: 524). Nesta proposta os corpos sentidos e vividos permitiriam tomar as emoções como "experiências aprendidas e expressas no corpo em interações sociais através da mediação de sistemas de signos, verbais e não verbais" (Leavitt, 1996: 526). As emoções seriam assim sentidas em experiências corporais não pensadas ou valorizadas, ou seja, as emoções podem ser tidas como sentimentos que não necessariamente passam pela consciência.

Entre o grupo dos antropólogos que começaram a trabalhar com as emoções, Michelle Rosaldo (1980) no seu texto pioneiro sobre os Ilongot se interessa pela forma em que falamos da experiência, pela relação que existe entre "as palavras" e o "mundo"; ou para expressá-lo em outras palavras, como os pensamentos e os sentimentos são organizados, ou atualizados, em rituais da vida cotidiana. A noção central de *liget* (termo pelo qual os Ilongot significam energia e paixão) associa-se diretamente com a noção de coração, termo que relaciona pensamentos e sentimentos, vida interior e contextos sociais. Nesse tipo de concepção da pessoa "o pensamento não existe isolado da vida afetiva, o afeto é ordenado culturalmente" (Rosaldo, 1984: 137) e, assim, se reconhece a existência

de uma dimensão corporal das emoções (mesmo que numa posição subordinada à dimensão cultural), já que as emoções não são uma coisa oposta ao pensamento, mas cognições, implicando uma encarnação, como pensamentos encarnados. Para os Ilongot, segundo Michelle Rosaldo, as emoções são “pensamentos de alguma forma ‘sentidos’ em rubores, pulsações, movimentos de nossas vísceras (...) São pensamentos *incorporados*, pensamentos formados com a apreensão de que ‘estou envolvido’” (Rosaldo 1984: 143; grifo da autora).

O próprio Reddy (1997, 2001) tenta superar a oposição entre o enfoque psicologista e o culturalista, criando uma teoria que busca supostos elementos universais que se encontrariam nas emoções e, também, a forma em que esses elementos se atualizariam diferencialmente em distintos períodos históricos, resgatando dessa forma os elementos particularistas. Estrutura sua teoria em dois conceitos, o de tradução e o de *emotive*, ou atos comunicativos emotivos. Reddy propõe que o processo cognitivo seria um tipo de tradução, mas há classes de pensamentos que estão fora da linguagem, embora estejam então envolvidos na formulação de afirmações. As emoções seriam desse tipo de pensamentos; seriam uma seleção de “material pensado frouxamente conectado, formulado em códigos variáveis (...) que tendem a ser ativados simultaneamente, mas, quando ativados, excedem a capacidade de atenção para ser traduzidos numa ação ou afirmação num curto espaço de tempo” (Reddy, 2001: 111).

O segundo conceito, *emotives* ou ato comunicativo emotivo, são afirmações emocionais que tomam forma em primeira pessoa ou no tempo presente (ex. eu aceito) e que tem uma relação particular com o mundo (ou referente externo), dado que este não é passivo e emergirá modificado da interação. Os *emotives* são, assim, influenciados por, e alteram, o seu referente; fazem coisas no mundo e, nesse sentido, se associam ao conceito de ato performático de Austin (de quem Reddy toma o conceito) e ao conceito de “transformação incorpórea” de Deleuze e Guattari

Emoções e sofrimentos nas consultas médicas.
Implicações de sua irrupção

(1995).⁶ Os *emotives* são, assim, instrumentos para mudar, construir, ocultar e intensificar emoções.

Para Reddy, existiria "uma dimensão 'interna' da emoção, mas [esta] nunca é meramente 'representada' por afirmações ou ações" (1997: 331). Essa afirmação nos leva ao problema que apresenta o processo de tradução, dado que, pela complexidade do material pensado, ativado pode exceder a capacidade de tradução; sempre existiria, então, uma indeterminação na tradução. Essa dimensão interna não pode ser representada pela falha intrínseca para representar emoções; a falha é produto da dificuldade de "traduzir" o não-verbal para o verbal e, por outro lado, haveria dimensões do não-verbal que não são "representáveis". O efeito emotivo derivaria dessa falha e é a emoção em jogo que modifica a situação de interação.

AS EMOÇÕES NO QUOTIDIANO DAS CONSULTAS MÉDICAS

O material em que se fundamenta este artigo foi obtido através das observações de consultas médicas em dois serviços ambulatoriais de medicina de família, um na Argentina e outro no Brasil.⁷ Foram selecionadas quatro consultas nas quais a manifestação do conflito emotivo do paciente estruturou a consulta ou modificou o intercurso com o profissional, ou em que o médico manifestou explicitamente sua posição emocional em relação à situação da consulta.

As consultas escolhidas tiveram lugar em dois contextos diferentes, um deles na Argentina e o outro no Brasil. O contexto da Argentina é um hospital da cidade de Buenos Aires, que recebe seu nome pela procedência de um grupo de imigrantes; nele funciona um serviço e uma residência de medicina de família. A população atendida pelo serviço tem um plano pré-

⁶ Dessa forma o conceito de ato comunicativo emotivo "focaliza sobre a interação e o comportamento sem cedê-las a um todo-poderoso rol construtivo" (1997: 346).

⁷ As observações das consultas foram realizadas nos meses de março e abril de 1999 e março de 2000 na Argentina e entre maio e dezembro de 2000 no Brasil.

pago de medicina, o que demonstra uma diferente condição econômica do restante dos contextos nos quais efetuei o trabalho de campo.⁸

O contexto escolhido no Brasil faz parte de um programa governamental, configuraria o que chamamos de centros incorporados a programas, em contextos de práticas não associados ao ensino.⁹ O programa está baseado na idéia de distrito sanitário; por isso, implica a territorialidade e a setorialidade do Município; as populações-alvo são aquelas consideradas de risco social. Essa idéia de risco é o que determinará onde têm que ser construídos os centros de saúde que, dentro do possível, tem que ser em uma área que tenha uma "comunidade" preexistente, já que é necessária à constituição de uma associação de moradores.¹⁰

A escolha dos diferentes contextos originou-se do interesse que tinha de observar os distintos grupos de médicos de família e, assim, poder pensar as diferentes formas de prática. Não havia o interesse de me centrar em quais são os problemas que esses contextos oferecem à relação médico-paciente — questão que sabia que ia estar presente —

⁸ A prática dos médicos que observei no ambulatório era exclusivamente de consultório e de docência, mas não realizavam visitas domiciliares, nem trabalhos comunitários de nenhum tipo. As consultas eram quase em sua totalidade programadas, variavam em torno de 14 ou 15 por dia, salvo se um paciente solicitasse atendimento sem hora, o que dependeria da agenda diária do médico e da antiguidade da relação que este tivesse com o paciente. A explicação que davam para essa falta de trabalhos comunitários é que não tinham tempo destinado para ele, mas sim unicamente para a prática de consultório; por outro lado, o tipo de população do serviço de classe média não necessariamente pertence à comunidade próxima do hospital, mas se encontra espalhada pela cidade.

⁹ Vale a pena aclarar neste momento que o posto de saúde escolhido está integrado num programa, mas que este não é o Programa Saúde da Família. Embora tenha as mesmas linhas estruturantes, como a integralidade e a ênfase na promoção e prevenção, a estruturação da equipe é diferente.

¹⁰ Em cada área onde está localizado o centro trabalharão quatro duplas formadas por um médico e um auxiliar de enfermagem. A cada uma dessas duplas corresponde um setor, que vai incluir aproximadamente de 200 a 250 famílias, ou de 1000 a 1200 pessoas. Cada dupla é responsável pela população que vive no setor. Isso implica que todas as casas do setor tenham que estar cadastradas e que todas as pessoas que vivam nelas devam estar registradas. A tarefa se divide em dois blocos, nos quais se realizam trabalhos diferentes; se pela manhã é feito o trabalho de consultório, à tarde, trabalha-se fora dele, configurando o que se chama "trabalho de campo". Este último tem como objetivo não só dar assistência aos pacientes que não podem se deslocar até o consultório, mas também possibilitar o controle sanitário.

Emoções e sofrimentos nas consultas médicas.
Implicações de sua irrupção

mas sim desejava ver como, dentro de uma mesma categoria, medicina de família, é possível encontrar diferentes definições, diferentes trajetórias que levam a ser enfatizadas determinadas características e não outras.¹¹

A consulta que descreveremos se desenvolveu no serviço de medicina de família em Buenos Aires; durou aproximadamente uns 35 minutos e a interação foi conduzida pelo médico sem dar lugar a manifestações explícitas do conflito emocional, mas que encontra sua manifestação em pequenos indícios nas atitudes do acompanhante, nas formas não-verbais, seja por tons de voz, terminando com um diálogo ou, no caso do médico, não dirigindo a palavra diretamente ao acompanhante.

A paciente é uma mulher de 89 anos, que veio acompanhada pelo filho. A mulher entrou primeiro, porque o filho estava procurando alguns exames. O médico começou perguntando quais eram os medicamentos que estava tomando. Repetiu-lhe várias vezes a pergunta, porque ela ia se lembrando pouco a pouco. Um desses remédios, para a pressão arterial lhe tinham inchado os pés e, por este motivo, tinha deixado de tomá-lo. O médico começou a revisão, tomou a pressão, que estava alta. Nesse momento entrou o filho dizendo: "ando procurando a minha mamãe. Como você conseguiu furar a fila? Não conhecia essas suas habilidades".

A mulher pergunta ao médico "como estou, doutor?" ao que ele respondeu: "espere que termine, que há muito para falar". E a mulher lhe respondeu "Estou virando difícil, doutor?". Enquanto o médico escrevia no histórico clínico, o silêncio tomou conta da consulta; durante esse diálogo, o filho ficou olhando para o chão e mexendo a cabeça de um lado para outro (em sinal de negação misturada com aborrecimento). O médico começou a falar dos problemas, estava preocupado com a pressão e disse: "temos que voltar para o planejamento anterior". O filho perguntou "e a

¹¹ Para uma discussão sobre as diferentes possibilidades de organização das práticas da medicina de família, ver Bonet (2003).

inchação dos pés?” o que motivou a explicação do médico: “isso a impede de caminhar e os problemas começam a se realimentar. O problema é que o diurético abaixa a pressão e pode descer a mínima”. Nesse momento o filho se dirige à mãe: “Então, continua assim, porque senão vão lhe internar novamente”. Com essa intervenção, o filho contradiz o aconselhamento do médico sem se dirigir a ele, mas diretamente a sua mãe.

Depois dessa intervenção do filho, o médico mudou de assunto, “quero falar sobre o asilo”. A mulher vivia sozinha, mas não sondava as condições para ir para um asilo que, segundo o médico, era uma boa solução para ela. O médico lhe disse: “se não quiser ir, bom, é a sua decisão e eu vou aceitá-la e respeitá-la, mas vá ver, porque pode mudar a forma de ver a questão. *Por isso é que falo com você e não com seu filho; alegra-me que seu filho esteja presente, mas é você quem tem que decidir. Eu acredito que vai melhorar a sua vida em algumas coisas*”. O filho acrescentou: “se o fizer, vai poder contar a seus companheiros a sua história que eu *já estou cansado de ouvir*, pois a ouço há 54 anos”. Enquanto estava se dando esse diálogo, tocou o celular do filho que o atende e diz: “agora estou no médico, *que é nossa segunda casa*”. Marca uma entrevista ao meio-dia, desliga e diz: “o meu é um apostolado”.

O médico ao despedir-se fala: “espero-a no mês que vem para conversar sobre o preço e a visita ao asilo”. Depois que saíram, me disse: “às vezes a *agressão do filho contra a mãe me deixa muito mal, me dá vontade de expulsá-lo*. Quando ela vem sozinha, muitas vezes me conta e chora pelas coisas que o filho lhe diz”.

Nessa interação, vemos como o médico, ao falar para a paciente, quando dirige a palavra a ela e não ao filho, não só reafirma de quem é a decisão para ele, mas responde simetricamente à atitude que o filho tinha para com ele. Essa atitude do médico traduz sua vontade, impraticável, de expulsar o filho da consulta como me explicitou depois da consulta. A atitude do filho, de ficar olhando para o chão e mexendo a cabeça e suas palavras “segunda casa” e “apostolado”, traduz o sentimento deste

Emoções e sofrimentos nas consultas médicas.
Implicações de sua irrupção

pela falta de resolução dos problemas com a pressão e por ter que acompanhar à mãe ao médico freqüentemente. As afirmações do filho mostram características das relações estabelecidas entre ele e sua mãe e geram, em parte, a reação do médico.

Na opinião do médico, o problema maior da mulher não era a pressão, mas sim a relação com o filho, ou segundo suas palavras, as agressões deste; ele não pôde manter-se à margem dessa situação.

Como contraposição à consulta anterior, vamos descrever três consultas cujo desenvolvimento é "assaltado" pelas emoções que o paciente traz. Nelas, o médico é levado pela própria demanda do paciente a analisar as emoções deste último. Esse tipo de consulta não é muito freqüente; não só depende da capacidade de escutar do médico, mas também da possibilidade que o contexto oferece de ter um diálogo sem pressa, da possibilidade de dar o tempo necessário para que o conflito latente venha à tona na consulta. Embora nossa última afirmação, a seguinte consulta dá-se em um contexto que não é propício para consultas prolongadas, pela quantidade excessiva de pacientes, mas uma médica abre espaço para o diálogo.

A consulta tem lugar no Brasil nos postos de saúde do programa governamental, dura 25 minutos aproximadamente, e começa com a médica em um ritmo apressado e falando enfaticamente para a paciente; reclamando o sumiço dela. A paciente, Amanda, é uma mulher de 45 anos e, há três meses Alicia, sua médica, não a vê. Quando entra Alicia, ela lhe diz: "Amanda, você vai fazer um milhão de exames para mim. Mandei você vir na segunda-feira e voltou três meses depois".¹² Amanda, sem lhe responder, disse que estava tomando muito álcool, ao que Alicia lhe disse: "Álcool? Para quê? Está querendo se matar?" Amanda respondeu: "quero"; Alicia: "por quê?, O que está acontecendo?" "Muitos pro-

¹² Dado o contexto de trabalho onde a consulta foi realizada, esse tempo está demonstrando um erro da médica, já que faz parte de seu trabalho fazer o acompanhamento dos pacientes; se esta paciente era de risco, a médica era a responsável por ir procurá-la em sua casa.

blemas”, acrescentou Amanda, ao que Alicia perguntou: “e como sabe que do outro lado é melhor?” Nesse momento, Amanda começou a chorar e disse: “Eu vou ao médico e não melhora”. Alicia lhe respondeu: “o problema é que você vai a médicos diferentes e nenhum sabe de seu problema. Você tem uma obstrução bronquial crônica. Mas quais são os problemas?” “Estou mal, quero sair do morro”, expressou Amanda, recordando nesse momento que sua irmã tinha saído do morro há pouco. A médica lhe sugeriu: “venda sua casa e saia, mas pare de fazer tolices porque vai piorar e vai morrer”.

No momento do choro é que a consulta entra em um outro ritmo, até esse momento a médica, enquanto falava, continuou escrevendo no prontuário médico e preenchendo os formulários para pedidos de análise. Mas, nesse momento do choro, pára e começam a dialogar sobre o problema da paciente, não sobre as preocupações da médica; nesse momento se faz explícito o porquê da aparição nesse dia, depois de três meses, no consultório. A manifestação do conflito emotivo através do choro produz a mudança do referente (a interação na consulta); podemos perceber nessa manifestação o caráter performativo da manifestação emotiva.

A mulher continuou: “nada melhora. Tomo injeção e a dor vem depois pior. Se continuo assim, vou me matar rápido”. Alicia lhe disse: “Pare de dizer tolices, ou vou mandar você para o psiquiatra”; Amanda: “por quê?, se eu não sou louca”. “Mas se continua falando assim... Psiquiatra não é para louco, mas pode ir ao psicólogo, então”, respondeu Alicia.

Continuaram falando e Amanda comentou que está indo à escola para aprender a ler, ao que Alicia lhe responde: “é a melhor notícia que você podia me dar”. Amanda disse que era difícil e Alicia a encorajou dizendo que ela iria conseguir.

Depois Alicia lhe perguntou: “Amanda, você riu aqui e não ficou cansada?”, “Não”, respondeu; “parece-me que muito do seu cansaço é nervoso. Você se preocupa com coisas simples”, lhe disse Alicia. Receitou-

lhe os remédios e lhe deu as explicações. Quando Alicia saiu, comentou comigo: "o problema da Amanda é que é alérgica e isso não tem cura; pouco a pouco, eu a estou convencendo a ir ao psiquiatra. Ela aqui chorou e riu em 20 minutos; é assim, sobe e desce".

Nessa consulta, vimos como a preocupação inicial sobre os exames que Amanda não havia feito deu lugar à manifestação de um conflito distante das preocupações da médica; a consulta esteve pautada pela paciente, pelas emoções da paciente. Só pôde ser assim porque Alicia deixou as preocupações que tinha com a falta de uns exames para permitir a expressão de preocupações de outra índole, mas que estavam em estreita relação com seus problemas de saúde.

O conflito emotivo explicitado através da alusão ao consumo de álcool, culminando com a relação à vontade de se matar e com o fato sua irmã ter saído do morro permite mostrar a falha inerente à expressão das emoções e à ativação do material pensado do que falava Reddy na seção anterior deste trabalho. Aos poucos esse conjunto de sentimentos confusos vão ganhando sentido se articulando num discurso.

As duas últimas consultas a que vamos nos referir acontecem no ambulatório do Hospital em Buenos Aires, embora com médicos diferentes. A consulta seguinte é com o mesmo médico da primeira consulta; a paciente é uma mulher de 65 anos que vinha sem ter hora marcada porque se sentiu mal. Quando entrou primeiro, disse a Carlos, o médico: "a semana passada vivi uma guerra, eu estava no meio". Desde o dia dessa manifestação violenta, segundo o relato da paciente, não pôde levantar da cama.¹³ O médico lhe perguntou: "isso desencadeou a coisa ou a produziu? Você já me disse que vinha com problemas". "Sim, eu vinha mal [responde a paciente], mas esse dia foi terrível. Acredito que foi a coisa que transbordou o copo, toda essa gente que gritava. Tudo isso me fez

¹³ A paciente vive em frente a uma praça onde dias antes da consulta ocorreu uma grande manifestação pública para protestar contra a política econômica; no final da manifestação, ocorreram enfrentamentos entre os manifestantes e a polícia.

sentir mal. Por qualquer coisa, me dá *vontade de chorar*. Além disso, eu me senti tão *desamparada*". Carlos respondeu: "não quero ser audacioso com o diagnóstico, mas parece um stress pós-traumático. Não quero dizer um golpe, mas sim um *trauma emocional*, que pode se desencadear por mil razões".

O médico começou a perguntar por outros problemas de saúde e a paciente lhe disse: "só o das mãos, fiz as radiografias; mas vamos falar do outro problema e depois trocamos"; e começou a examiná-la e a paciente continuou: "*não tenho forças, sinto um cansaço*". Carlos prosseguiu: "vamos ver o *cuore...*" e a paciente mostrou interesse em que o médico examinasse o seu coração. "Olhe, eu não encontro nada — disse o médico — não acredito que seja necessário fazer nenhum exame complementar. Isto pode estar englobado em um quadro depressivo. Há um grupo de remédios que dão bons resultados, mas terá que esperar uns meses".

Explicou-lhe como devia tomar os remédios e a paciente lhe disse: "eu não posso caminhar um quarteirão. Penso que tenho que caminhar até a porta e me pergunto como vou fazer. Eu sou muito ativa, mas me vejo deitada na cama e isso não posso aceitar. Não tenho nem vontade de ler, por isso penso que a gente cai em poços depressivos...". Assumindo o diagnóstico de Carlos, deixou de falar.

O médico não acrescentou nada, fez a receita e a consulta ficou envolvida em um silêncio total. A mulher seguiu com o olhar tudo o que o médico estava escrevendo e lhe disse: "na próxima consulta lhe trago as radiografias. Atendeu-me muito mal o médico para quem você me mandou". E a mulher seguiu falando: "eu lhe disse que aqui há um ser humano, as coisas podem ser ditas com outras palavras, me dizer que isto não tem cura... que se quiser tomar os remédios, eu os tomo, ou senão não. Como é que pode?" O médico começou a comentar sobre outras opções, mas disse que só iria falar com as radiografias na mão, e a mulher se despediu dizendo: "*Obrigado, doutor, por me haver escutado*, porque às

vezes a gente quer que o escutem. *Eu não queria um remédio, mas sim que me escutassem*".

O motivo da consulta aparece claramente como a busca de apoio emocional; não era algo físico o que a motivou a visitar médico, tanto que, quando ele começou a falar de sua doença orgânica, a mulher quis continuar a colocar o motivo da consulta atual. Seu problema era seu estado de ânimo, ao que o médico respondeu, escutando e dialogando sobre os acontecimentos que o tinham desencadeado e, posteriormente, foi mudando a orientação da consulta para os problemas que a paciente já tinha. Isso despertou a oposição da paciente, interessada unicamente nessa sensação desvalida, que o médico traduziu como depressão.

Podemos neste momento lembrar das colocações de Leavitt e Rosaldo, anteriormente citadas, da posição que o corpo pode ocupar na conceituação das emoções como pensamentos sentidos, como sentimentos incorporados.

A última consulta que descreveremos é outro exemplo de como as emoções são incluídas, não como um fator perturbador da consulta, mas sim porque, quando se manifestam são consideradas importantes para a resolução dos problemas dos pacientes.

O espaço interpessoal da consulta se estenderá ao que o paciente "tem para dizer", ao seu "saber", mas esse saber é um saber que só em parte é objeto de uma reflexão consciente.

A paciente chama-se Marta, uma mulher espanhola de 73 anos, viúva desde os 33. Desde o primeiro momento, impressionou-me por ser uma pessoa alegre; a consulta estava marcada para avaliar uns exames e fazer um acompanhamento de rotina. Depois de revisar os exames, Maria, a médica, perguntou-lhe se estava caminhando e Marta lhe respondeu: "Sim, mas não tudo o que queria". Ligou esse comentário ao fato de que ia se mudar: "O que me faz mal é que... [interrompe a frase] Por isso teria que me dar uns comprimidos para dormir; porque estou para mudar-me e isso me deixa mal. Mas depois vou caminhar 10 quarteirões, porque

vou levar a minha neta à escola". Maria comentou: "mudança é uma coisa estressante para qualquer um, então é normal que você se sinta mal". O problema da insônia estava relacionado com a mudança e esta, associada aos problemas dos filhos, porque eram eles que pagavam o aluguel do apartamento. Ao falar dos filhos, emocionou-se e começou a chorar; quando Maria perguntou o que estava acontecendo, Marta respondeu:

"Meus filhos estão com problemas e isso me deixa mal. Não têm trabalho (...) Às vezes penso: para que viver? Não estou bem. Estou sozinha. Não gosto de nada, nada me chama a atenção. E meus filhos não sabem nada disto (...) Perdoe, doutora".

"Não, [respondeu-lhe Maria] se eu sou sua médica, tenho que saber isto. Você está um pouco deprimida, vou dar um remédio natural e daqui a pouco você vai se sentir bem".

Na resposta à pergunta sobre a atividade de caminhar no momento em que Marta interrompe a frase, podemos interpretá-lo como o desencadeamento do processo de ativação desses pensamentos frouxamente ligados que Reddy chamou de emoções. No momento da interrupção da frase é que os pensamentos vêm à consciência e passam a ter significação para a interação social; no momento da interrupção junta-se o caminhar com a mudança e estas duas atividades com os problemas econômicos dos filhos. A partir desse momento a consulta toma outro rumo, mas esse outro rumo é possível porque Maria percebe o que chamou motivo oculto da consulta. Depois que a paciente saiu, Maria me disse: "Quando me disse da insônia, eu pensei, aqui há algo". E fez o comentário de como uma simples pergunta possibilita que se abra uma parte oculta da consulta.

Esta passagem é um bom exemplo do modo como opera o paradigma indiciário proposto por Ginzburg (1989), antes do pranto, que manifestou o problema oculto de Marta, não houve nada que levasse Maria a se centrar nesses problemas, só a menção da insônia operou

como um indício revelador do oculto. O tema da mudança foi levando Marta a se emocionar ao pensar em seus filhos e disparou um diálogo que ia além do motivo da consulta. Em nenhum momento, Maria tenta interromper esse diálogo ou desviá-lo para questões biomédicas, mas sim deixa fluir o discurso de Marta, até que esta termina por expressar os seus sentimentos. O problema de Marta não era biológico, o que a preocupava tinha sua origem na situação social que seus filhos estavam vivendo. Maria não cortou esse fluxo de emoções que Marta espalhou em seu consultório.

Finalmente, o pedido de desculpas da paciente ante a manifestação emotiva nos remete ao fato de que as emoções são investidas culturalmente; queremos dizer com isto que, em cada época e em cada cultura, existem modos institucionalizados de expressão de manifestação das emoções.

EMBODIMENT, INCOMUNICABILIDADE E IRRUPÇÃO DAS EMOÇÕES.

A manifestação das emoções no quadro da relação médico-paciente afetam o desenvolvimento das consultas, ao irromper como o lado não-consciente, não-objetivado da interioridade do paciente e do médico.

Freqüentemente, a intervenção do conflito emotivo é desencadeada pelo paciente, pela manifestação do conflito interior diretamente associado à relação que este guarda com a sua doença. O pranto, a negação da enfermidade ou o desassossego ante o desenlace possível, como manifestações do conflito emotivo exteriorizado, não nos vão informar sobre as dimensões racionais da consulta médica, nem das dimensões objetivadas do saber médico, mas nos vão remeter ao *modo de estar no mundo* do paciente, à forma pela qual ele se situa frente a seu sofrimento; esta relação, paciente-sofrimento, é um espelho da relação paciente-mundo. Assim, não nos é possível explicar a relação de Amanda a suas alergias sem remetê-las à relação que ela tem com o lugar de sua mora-

dia; nem somos capazes de entender a insônia de Marta sem pensar na situação dos seus filhos.

Do mesmo modo, a resposta que o médico possa dar a essa manifestação do conflito emotivo do paciente irá depender de que ele possa ter gerado um *skill* (Ingold 2000). Esse *skill* não irá remeter aos conhecimentos objetivos e apreendidos na formação acadêmica do médico, mas sim a sua trajetória, a sua interioridade e ao seu estar no mundo.

Mas, assim como as emoções remetem ao mundo interior do sujeito que se exterioriza, remetem também ao mundo social, exterior e intersubjetivo; remetem ao mundo das relações sociais. As consultas, em que, baseamos a argumentação, mostram como as emoções são, ao mesmo tempo, pessoais e sociais; se, por um lado, remetem às normas de expressão de uma cultura — por essa razão a paciente pede perdão à sua médica por sua manifestação —, por outro lado, a sua expressão está em relação com uma apropriação pessoal dessas normas.

Essa dimensão interna das emoções é um pensamento, em parte, consciente e reflexivo sobre quais são os seus problemas, mas a sua manifestação nas consultas nos põe diante da dimensão do não-consciente. O desencadeamento das emoções está mais próximo do processo primário batesoniano, do pré-objetivo de Merleau Ponty do que de uma reflexão objetivada. Por essa razão, dissemos que é unicamente em parte consciente, embora a pessoa realize uma reflexão sobre seus problemas; o momento em que a emoção aparece é vivido como um “assalto”, como a manifestação espontânea de uma dimensão não-consciente. Esse é o sentido da epígrafe que abre o artigo; essa frase quer dizer que a mensagem passada é de uma dimensão diferente da consciência, é uma mensagem que se falsearia ao comunicá-la em palavras.

Desse modo podemos analisar o movimento pendular da cabeça no filho que estava incomodado por ter que acompanhar sua mãe ao médico, o bater nervosamente com os dedos na caixa de remédios enquanto fala com o médico, realizado por uma paciente que estava cansa-

da de fazer filas nos laboratórios para conseguir os remédios grátis. Falamos de uma mensagem que está além das palavras, que está expressa no corpo o cansaço e o desamparo depois de uma experiência traumática, a insônia na frente de problemas econômicos. Enfim, há uma mensagem que fala de emoções nos freqüentes e amplos silêncios dos pacientes, enquanto os médicos escrevem na história clínica, ou nos olhares absor-tos e perdidos no chão do paciente em atitude de espera.

A manifestação dessa mensagem não dita em palavras tem a característica de ser involuntária, por essa razão falamos do assalto das emoções, do não-consciente, do sentido no corpo; essa característica é enfatizada por Boltanski quando afirma que: "o caráter não somente involuntário, mas sobretudo não intencional da emoção, que escapa, por princípio, a toda expectativa, que não pode ser antecipada, e menos ainda desejada, somado a que o modo de aparição é o de surgir, é a única garantia que ela provém do coração, da interioridade e, por conseqüên-cia, que ela é autêntica" (Boltanski 1992: 124).¹⁴

A espontaneidade da manifestação da emoção possibilita que o médico, se atender à demanda do paciente até esse momento oculta, aproxime-se do núcleo do sofrimento do paciente. A manifestação da emoção permite a aproximação com a pessoa e com a sua doença como uma totalidade. Ao ser espontânea, não cai na armadilha do propósito consciente; isto quer dizer que não é guiada por uma razão cognitiva. Para que nos aproximemos da totalidade, do holismo que se propõe nos contextos de cuidados integrais à saúde tem de existir "algo" não-comu-nicado.

¹⁴ Bateson (1989) também resgata a importância da espontaneidade na manifestação das emoções quando expõe o poema do "velho marinheiro", que, com o albatroz que havia matado pendurado no pescoço, benzeu inconscientemente as serpentes marinhas e, com isso, liberou-se da carga do albatroz. Posteriormente escreveu: "é importante que o velho marinheiro não diga a si mesmo que benzeu as serpentes de mar e, especialmente, que não defina sua 'finalidade' do ato de benzer. Deve benzê-las 'inconscientemente'" (Bateson 1989: 87).

Os momentos nos quais aparecem as emoções nas consultas poderíamos chamá-los *momentos sensíveis*; também poderíamos denominá-los "momentos de mudança". Esses momentos sensíveis seriam aqueles estranhos instantes em que se apresentam a totalidade do paciente a totalidade do médico. São nesses momentos onde os saberes e as práticas associadas aos cuidados integrais à saúde alcançam o máximo de suas possibilidades terapêuticas, ao mesmo tempo que experimentam os limites para alcançá-las, porque se deparam com a *falha* inerente à comunicação das emoções.

SUMMARY

This work seeks to analyze, from a theoretical and practical point of view, the emotion and suffering categories in the alternative and holistic therapeutic approaches, besides problematizing them in relation to medical consultations.

Key words: holism, medical consultations, suffering.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-LUGHOD, L. (1988). *Veiled Sentiments: Honor and Poetry in a Bedouin Society*. Berkeley: University of California Press.

BATESON, GREGORY & BATESON, M. C. (1989). *El temor de los Ángeles. Epistemología de lo Sagrado*. Barcelona: Gedisa.

BESNIER, N. (1990). "Lenguaje and Affect". *Annual Review of Anthropology*, 19; pp. 419-451

BOLTANSKI, L. (1992). *La Souffrance a Distance*. Paris: Ed. Métailié.

DUARTE, L. F. D. (1998). "Pessoa e Dor no Ocidente (o 'holismo metodológico' na Antropologia da Saúde e doença)". *Horizontes Antropológicos. Corpo, doença e Saúde*, vol. 4, Nº 9; pp. 12-28.

Emoções e sofrimentos nas consultas médicas.
Implicações de sua irrupção

ELIAS, N. (1994). *El Proceso de la Civilización*. México: Fondo de Cultura Económica.

ELIAS, N. (1996). *La Sociedad de Corte*. México: Fondo de Cultura Económica.

GINZBURG, C. (1989). "Sinais. Raízes de um paradigma indiciário". In: Ginzburg. *Mitos, Emblemas, Sinais. Morfologia e História*. São Paulo: Companhia Das Letras; pp: 143- 179.

GOOD M-JDV, GOOD B, KLEINMAN A. (1992). *Pain as Human Experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press.

GRIMA, Benedict. (1992). *The Performance of Emotions among Paxtum Women*. Austin: University of Texas Press

HERZFELD, M. (2001). *Anthropology. Theoretical practice in culture and society*. Massachusetts: Blackwell Publishers.

INGOLD, T. (2000). *The Perception of the Enviroment. Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*. London: Routledge.

LAPLACHE, J. y PONTALIS, J. B. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

LE BRETON, David. (1995). *Anthropolgie de la douleur*. Paris: Métailié.

LUTZ, C. & WHITE, G. (1986). "The Anthropology of Emotions". *Anual Review of Anthropology*, vol. 15; pp. 405- 436.

LUTZ, C. (1988). *Unnatural Emotion: everyday sentiments on a Micronesian Atoll and their challenge to Western Theory*. University of Chicago Press.

REDDY, W. (1997). "Against Constructionism: the historical ethnography of Emotions", *Current Anthropology*, 38 (3); pp. 327- 351.

ROSALDO, M. (1984). Toward an Anthropology of Self and Feeling. In: R.

SEWEDER & R. LEVINE, (Org.). *Culture Theory. Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge University Press; pp. 137-157.

WHITE, G. y WATSON-GECEO, K. (1990). "Disentangling Discourse". In: WHITE, G. y WATSON-GECEO (Ed.), *Disentangling: Conflict Discourse in Pacific Societies*. Stanford University Press; pp. 3- 49.