UM GENERALISTA NA FRIGIDEIRA

Por FERNANDO A. M. FLORA
Médico generalista do C. S. Pompéia (BH/MG)
E-mail: fernandoflora@yahoo.com.br

Tudo começou por uma crise: insatisfação dos clientes/equipe do PSF. Foi a hora de fazer uma avaliação de nossa prática e procurar novas maneiras de lidar com os problemas.

Fomos ajudados pela sorte. O psicanalista Célio Garcia veio nos fazer uma palestra sobre o PSF e sugeriu o **acolhimento em grupo**. Começamos a agir desta maneira, com bons resultados. Tínhamos consciência de que os usuários do Centro de Saúde mudavam de comportamento quando entravam em contato conosco, funcionários da organização municipal de saúde. O prof. Célio havia constatado, em suas entrevistas, que os agentes de saúde usaram a expressão "mistura de social e psicológico", referindo-se aos problemas dos moradores da área de abrangência do Centro de Saúde. Quando chegavam ao acolhimento na modalidade individual, a demanda apresentava-se sobre forma de "doença", anulando todo o contexto de emergência do problema de saúde. Sabe-se que a comunidade e a família são baseadas no sangue (ou parentesco), o bairro (portanto, a vizinhança e a amizade) e a cultura. A organização marca uma ruptura fundamental, implicando em divisões internas, especialmente referentes a regras e a hierarquias (LÉVY, 2001). Através do "acolhimento em grupo" procura-se trazer para dentro do Centro de Saúde a dinâmica do grupo comunitário e permitir a emergência da demanda como um problema complexo (MORIN, 2007).

Como generalista alterei minha agenda, de forma a ficar respondendo à demanda da enfermeira, responsável pelo acolhimento grupal. Ela é responsável por identificar os casos agudos de doença, as referências a especialistas, os pedidos de exames complementares, etc. Os casos crônicos e as visitas a domicílio são agendados para outros horários.

O generalista deve tentar lidar com a **demanda** do paciente como um fato muito complexo, em que tudo se mistura. É um fenômeno social "total", em que se exprimem, além do biológico, "de uma só vez, as mais diversas instituições: religiosas, jurídicas e

morais – estas sendo políticas e familiares ao mesmo tempo – ; econômicas – estas supondo formas particulares da produção e do consumo(...)”(MAUSS, 2003, p.187).

A anamnese clássica não dá conta deste desafio: o médico obterá respostas às suas perguntas, mas nada mais (BALINT, 1996). Minha solução para este quebra-cabeças foi iniciar o encontro médico-paciente (a consulta) através do **método clínico centrado no paciente** (McWHINNEY, 1995). Neste momento de entrevista não-diretiva, deve-se ter em mente que a comunicação por gestos é mais primitiva que a verbal. A empatia pode ser desenvolvida para perceber a **linguagem corporal** do outro. Em seguida, retomo a anamnese sistematizada e o exame físico.

Gostaria agora de discutir um caso difícil e de aprender com a experiência. Trata-se de uma senhora solteira, que já passou dos cinqüenta, trabalhando como faxineira (senhora L.). Pela enésima vez que veio me consultar, apresentou a demanda de prescrição de calmante, conforme havia sido a orientação do psiquiatra. Tive uma reação disfuncional: fiquei zangado com a paciente (BECK, 2005). A compreensão de minha emoção levou-me à contradição a que está submetido o médico entre as representações e normas da medicina liberal e as exigências do serviço público. A livre escolha liberal é mútua: e o profissional e o cliente se escolhem ou rompem sua relação. No serviço público ambos estão constrangidos a interagir, por força das normas. Descobri, então, que a estratégia da senhora L. era obrigar-me a fazer sua receita de calmante e isto me irritava. O outro componente de minha frustração era a sensação de que minha demanda à equipe de saúde mental não foi respondida satisfatoriamente. Com efeito, esta paciente já tinha vindo outras vezes em minha consulta com a demanda de ser aposentada por invalidez, embora não apresentasse nenhuma patologia que justificasse tal reivindicação. Compreendi, então, que apresentava um problema que era uma “mistura de social e psicológico” e a persuadi a consultar com a equipe de saúde mental.

Era o momento do trabalho interdisciplinar. Qual não foi minha surpresa ao constatar que a paciente voltou com uma “camisola química” (como se diz no jargão médico) e sem avançar um milímetro no fenômeno social total.

Como resolver este impasse? A resposta chama-se **negociação**. É preciso procurar resolver este problema através do diálogo entre a equipe do PSF e a de saúde mental, centrado nos interesses das partes e abrindo várias alternativas de solução (BLEJMAR; RUIZ, 1999).

Através deste escrito, procurei compartilhar com os leitores meu esquema atual de trabalho. Espero que tenha sido útil.

REFERÊNCIAS

BALINT, M. **Le médecin, son malade et la maladie**. Paris: Bibliothèque scientifique Payot, 1996. 424 p.

BECK, J. **Terapia cognitiva para desafios clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BLEJMAR, B.; RUIZ, C. **Negocación y procesamiento de acuerdo**. Local: Projeto Município, 1999. modulo 6.

LÉVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais, sentido e crise do sentido**. Belo Horizonte: Autêntica/Fumec, 2001. 224 p.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p.187.

MORIN, E. Pensar, criar, viver. **Cult. Rev. Brás. Cultura**, n.111, p.9-15, mar. 2007.

McWHINNEY, I. **A Texbook of Family Medicine**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1995. cap.8.