

RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO: IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS QUANTO A VARIÁVEL OBESIDADE.

Dinorah Gióia Martins

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo investigar a psicodinâmica das Representações Sociais (RS) da Obesidade e sua importância na relação médico-paciente presente em endocrinologistas de hospital público. Foram realizadas dez entrevistas com médicos dessa especialidade de rede pública, (cinco do sexo feminino e cinco do masculino) com idade variável de 28 a 44 anos de idade. O tempo de especialização variou de dois a dezoito anos. As entrevistas foram semi-estruturadas, no sentido de haver uma pré-estrutura mínima, permitindo ao entrevistado espontaneidade e fluência de expressão. Usaram-se técnicas encobertas, com perguntas gerais e abrangentes. Desejou-se que o tema - obesidade - surgisse espontaneamente. O tratamento dos dados foi de acordo com o referencial psicodinâmico, numa abordagem qualitativa. Conclui-se que o médico é o intérprete das ideologias socialmente circulantes a respeito da obesidade. Suas condutas são pautadas pelas características de personalidade, pelas informações científicas e pela influência midiática. O contexto de assalariamento limita as práticas médicas, a política de remuneração determina o rumo do desenvolvimento da assistência médica.

Palavras-chaves: Hospital, Obesidade, Psicologia Clínica, Endocrinologia, Representações Sociais.

THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN PUBLIC HOSPITAL: PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCE RELATED TO THE OBESITY VARIABLE.

Abstract: The aim of this paper was to study the psychodynamics of the Social Representations (RS) of obesity and the importance in the relation between patient and endocrinologists from public hospitals. The interviews were carried on with ten endocrinology doctors from public medical institutions (five female and five male doctors) aged between twenty-eight and forty-four. Their specialization period ranged from two to eighteen years. The interviews were semi structured, in the sense that they had been given a minimal pre-structure, thus allowing the interviews to be spontaneous and express himself freely and easily. The techniques used were projective techniques, with general and wide-ranging questions. The theme, obesity, was expected to arise spontaneously during the course of the interview. The data handling based on the psychodynamic frames of reference, followed a qualitative approach. The study here presented leads to the conclusion that an individual doctor interprets the ideologies about obesity which circulate among people in our society. The doctor's behavior reflects his personality traits, his scientific knowledge, and the influence of mass media. The financial condition reflects in clinical practices.

Keywords: Hospital, Obesity, Endocrinology, Clinic Psychology Social Representations

Introdução.

O presente trabalho teve como objetivo investigar a psicodinâmica das Representações Sociais (RS) da Obesidade e sua importância na relação

paciente e médicos endocrinologistas de hospital público.

Para tanto, fomos buscar na teoria das RS, tal como proposta por Moscovici

(1978), a ferramenta ideal para a compreensão das relações sociais, do comportamento dos indivíduos, da construção do real. Entendemos que é apropriada, pois permite perceber a articulação entre o indivíduo e o social como campos interdependentes.

Considerando que o conceito de Representações Sociais (RS) é extremamente válido e útil na pesquisa, alerta-se para a necessidade de se perceberem os fenômenos humanos como condutas e estas serem investigadas segundo suas especificidades (Aiello-Vaisberg, 1995).

A perspectiva psicodinâmica cria, inaugura um campo de investigação, por meio de uma nova maneira de pensar o ser humano, construindo um objeto teórico próprio. Essa perspectiva vai ser possível por meio da psicanálise, possibilitando o uso de procedimentos investigativos projetivos (Gioia-Martins, 1996; 1999).

A profissão médica pode ser considerada uma das mais antigas do mundo, fazendo-se a distinção entre arte médica – que teria suas raízes na pré-história e ciência médica, pensada como tal nos dois últimos séculos. O seu nascimento seria no século XIX, e foi um dos resultados do crescimento e do progresso das ciências naturais (Capra, 1995).

Com a Física e a Química do século XX, o desenvolvimento da Medicina foi extraordinário. Entretanto, a influência do paradigma cartesiano, a concepção mecanicista que criou os alicerces do que se denomina modelo biomédico, permitiu que as razões sociais, determinantes dos agravos à saúde, fossem sendo esquecidos (Capra, Op. Cit.) e as especializações – cada vez maiores- resultaram em concentrações cada vez menores do corpo, perdendo-se de vista o paciente como um ser total, único.

Um sistema médico possui dois aspectos inter-relacionados: o cultural, que inclui conceitos básicos, teorias e práticas normativas e o social, com papéis específicos, tais como médico e paciente, além de ambientes específicos, consultórios e hospitais. O sistema dominante de tratamento de saúde, em qualquer sociedade, não pode ser estudado à parte de outros aspectos daquela sociedade, pois o sistema médico - o setor profissional de assistência de saúde - não existe num vácuo cultural e social; conforme a ideologia dominante, assim será o sistema médico que produziria comportamentos distintos com relação à saúde e à doença (Helman, 1994).

Para compreender o sistema médico, deve-se analisá-lo à luz do contexto de valores básicos, ideologia, organização política e sistema econômico da sociedade em que foi criado. Médicos, formam um grupo à parte, com valores próprios, conceitos, teorias sobre doenças e regras de comportamento, além de organização hierárquica. Estão divididos em sub-profissões especializadas, mais ou menos valorizadas. Na maior parte dos países, a principal estrutura institucional da medicina é o hospital.

O método tradicional de atendimento ao paciente foi o de ouvir a apresentação dos sintomas e investigar os sinais físicos objetivos. Atualmente, a medicina vem depositando confiança cada vez maior na tecnologia diagnóstica para a coleta e mensuração dos fatos clínicos. Os processos patológicos são identificados com exatidão por meio de testes de exames subsidiários, geralmente realizados em laboratórios especializados. É notório o uso crescente de definições numéricas para estados de saúde e de doença.

O emprego do relacionamento médico-paciente para tais propósitos é certamente tão antigo quanto a história da

terapêutica. O cultivo da comunicação verbal foi excepcionalmente importante no passado, mesmo para o diagnóstico somático, porque os métodos de exames laboratoriais ainda se achavam mal desenvolvidos ou não existiam (Tähkä,1988).

Boltanski (1989), analisando as relações médico-paciente com as classes populares, sustenta que estas têm aguda consciência da distância social que as separa do profissional e pressentem que a relação é de classe, pois o médico adota um comportamento diferente, conforme o nível social de seu paciente. O próprio vocabulário especializado separa-o do doente menos favorecido.

Nem sempre médicos e pacientes teriam os mesmos pontos de vista quanto ao estar doente ou saudável. O paciente poderia sentir-se corporeamente doente, sem que o médico encontrasse sinais de enfermidade. Seu discurso não coincide com o do médico, uma vez que possuem lógicas diferentes. Assim como o discurso, seu desejo também não condiz com o do médico.

Daí a necessidade de o médico, no diagnóstico, não somente levar em conta fatores etiológicos – enfermidade somática- mas também os distúrbios psicossociais do indivíduo, bem como a interação entre eles. O Paradigma Holista seria justamente a visão biopsicossocial do indivíduo.

Uma questão central no atendimento do paciente e na prática satisfatória da medicina é a maneira pela qual os impulsos agressivos do médico se relacionam com o exercício da profissão. Se, por uma lado, a agressividade pode impulsionar para a atividade, iniciativa, coragem de tomar decisões (conteúdos sublimados), por outro lado, os impulsos agressivos do médico, por se acharem ligados a conflitos inconscientes (não elaborados, portanto não sublimados), vão

buscar seu alvo no paciente e emergir sob forma de mau tratamento físico ou psicológico, direto ou indireto, sob forma de irritação, explosões diretas ou indiretas de raiva com o paciente, sem consideração pelos limites do comportamento profissional.

Relatórios de várias partes do mundo mostram que, em geral, o tempo de consulta é breve, a não ser em psiquiatria. Uma das causas seria a tendência humana e geral a evitar situações que podem ameaçar a auto-estima ou amor próprio pela exposição de deficiências na própria capacidade de compreendê-las e controlá-las. Outra causa seria a desproporção entre o número de pacientes e o número de médicos em hospital público.

Há uma variedade de possibilidades no atendimento em hospitais gerais públicos e privados e também nos consultórios. Assim, o contexto de atendimento gera uma matriz específica de normas, regras e convenções. As características do contexto de atendimento determinam, de uma forma geral, os limites e possibilidades de atuação. A forma de atuação, por sua vez, vai repercutir sobre as vivências e condutas dos pacientes e familiares (Perestrelo,1988).

Aspectos da própria identidade profissional se alteram nos diferentes contextos de atendimento, refletindo-se em diferentes atuações frente a diferentes pacientes.

No exercício profissional, estão presentes características de personalidade tais como fantasias narcísicas, impedindo um profissional de perceber a contribuição de outros profissionais; o triunfo onipotente (“eu soube curar o paciente”), o inverso, ou seja, a situação de culpa onipotente (“fiz tudo errado”); as tentativas de reparação (“como vou consertar o que saiu errado?”); a

transferência da esperança de onipotência para alguém (“ele dará um jeito nisso”). As fantasias narcísicas são importantes no sentido de se entender a história da doença, da vida da pessoa. Assim, o contexto do atendimento gera uma matriz específica de normas e regras e determinam, de uma forma geral, os limites e possibilidades de atuação. A forma de atuação - por sua vez - vai repercutir sobre as vivências e condutas dos pacientes e familiares. Decidir se alguém está doente ou não, se é normal ou não, é um “juízo de valor” (Clavreul, op. cit.p.136). “A ordem médica é da alçada da ciência, mas é também, e antes de mais nada, uma ordem jurídica” (op. cit., p.15). O médico, portanto, é o intérprete das ideologias socialmente circulantes.

Simon (1971) analisa as fantasias de onipotência, permeando as condutas dos que optam pela carreira, ou seja, a ambição de cura médica. Considera que, no exercício profissional, pode surgir uma identificação total entre o seu eu e seus compromissos onipotentes de cura, podendo colocar-se acima das limitações da realidade, o que faz surgirem sentimentos de culpa por fracasso da onipotência.

Assim, entendemos que a transferência e a contratransferência estão subjacentes à relação médico-paciente. Transferência que atribui ao médico identificações originadas da fantasia inconsciente e contratransferência, levando-o a identificar no paciente, cuja reação não é a desejada, um significado de figura superegógica que critica sua competência curativa.

Material e Métodos.

Entrevistaram-se dez médicos endocrinologistas, com idade variável de 28 a 44 anos de idade. O tempo de formado dos entrevistados variou de 02 a

22 anos e o de especialização, de 02 a 18 anos.

Os profissionais, ao serem convidados a participar da pesquisa, foram informados de que o objetivo seria o de investigar as experiências do endocrinologista frente à sua realidade de trabalho, colher dados e informações sobre as próprias aspirações e expectativas. Assegurou-se o anonimato do entrevistado e este foi informado de que foram colhidas informações semelhantes em outros hospitais públicos.

Depois de contatados, verificaram-se as disponibilidades, marcando-se horário e local para a entrevista. Foi-lhes também solicitada permissão para gravar as entrevistas, havendo consentimento unânime.

Resolveu-se adotar técnicas que encobrissem o real objetivo da entrevista, facilitando a comunicação e impedindo o viés metodológico. Dessa forma, as perguntas feitas de modo cifrado, porém com alguma visibilidade, permitiram a emergência dos aspectos afetivo-inconscientes.

As entrevistas foram, portanto, semi-estruturadas, no sentido de haver uma pré-estrutura mínima mas que, ao mesmo tempo, permitisse ao entrevistado espontaneidade, fluência do discurso e possibilidade de expressão das emoções e sentimentos.

Por meio de perguntas gerais, investigaram-se os conteúdos inconscientes do entrevistado, bem como suas representações sociais e científicas a respeito da obesidade, do paciente obeso e da relação médico - paciente. Desejou-se que o tema **obesidade** surgisse espontaneamente durante a entrevista, ou ainda atrelado a outros temas. Procurou-se não demonstrar interesse especial sobre o assunto.

A duração das entrevistas variou conforme a capacidade dos entrevistados

em fornecer informações desejadas. Em média, a duração foi de uma hora. O desenvolvimento seguiu o ritmo mais conveniente ao entrevistado e, quando necessário, a entrevistadora interveio para complementar alguma informação não suficientemente clara e que seria parte integrante do roteiro preestabelecido.

O tratamento dos dados foi de acordo com o referencial psicodinâmico, numa abordagem qualitativa. A análise clínica do material baseou-se no referencial psicanalítico, por permitir uma avaliação da emergência de conteúdos inconscientes na construção do discurso (Bardin, 1977).

Foram elaborados resumos interpretativos das entrevistas, e, do conjunto delas, foram surgindo os núcleos temáticos, tendo sido, então, identificados, comparados e articulados ao corpo teórico da Psicanálise, chegando-se aos significados manifestos e latentes.

Discussão dos Resultados e Conclusão.

O número de entrevistas foi justificado, pois em um estudo de natureza qualitativa, o material é extenso, havendo necessidade de ser analisado mais profundamente. As “entrevistas encobertas”, ou seja, aquelas em que o sujeito da pesquisa tem conhecimento dos objetivos gerais, mas não dos específicos, propiciam possibilidade de análise, entendimento, reflexão e interpretação. Os sujeitos representariam, então, o grupo a que pertencem.

Elegemos o médico endocrinologista, especializado no diagnóstico e tratamento da obesidade, como principal informante por ser, enquanto ator social, o intérprete por excelência das representações socialmente compartilhadas.

As entrevistas semi-estruturadas e manejadas de forma projetiva

demonstraram flexibilidade na colheita do material de estudo. O caráter indireto evitou distorções tão comuns, quando se investigam assuntos problemáticos, como no caso da obesidade. As perguntas genéricas permitiram acessar os campos inconscientes de forma natural e clara. Pôde-se penetrar em campos difíceis de serem acessados pelos métodos usuais. Nossa preocupação foi a de facilitar a comunicação e a emergência dos aspectos afetivo-inconscientes. Na realidade, os entrevistados falaram livremente, e o assunto obesidade surgiu espontaneamente, sem a necessidade de intervenções especiais por parte do entrevistador. Por meio de nossa experiência clínica, houve possibilidade de análise, entendimento e interpretação do material colhido.

É um discurso carregado de noções, como o desejo de saber (o poder pelo conhecimento), de curar (onipotência), de receber gratidão (busca do prazer) de seus pacientes, autoritário (desejo de obediência, dependência); é um monólogo. Não há espaço nem tempo para ouvir. É a “função silenciadora” dirigindo-se ao paciente que se submete à razão médica, de quem nos fala Clavreul (1983, p. 22). Na maioria das vezes, o objeto de seu trabalho é a doença e não o paciente, diferentemente do que propôs Hipócrates, para quem o ser humano deveria ser o objeto de estudo (In d'Épinay, 1988).

Os anos de formação médica, as características de história de vida, seus valores morais, preconceitos e características de personalidade, vão interferir na escolha da profissão como também em suas práticas. A “magia” e o poder de curar, o domínio sobre as pessoas, o desejo de ajudar, o status que a profissão confere, estão presentes no discursos dos entrevistados. Rocco (1992) indica que o desejo de curar pode estar

encobrendo o desejo de expiar os impulsos agressivos, sendo uma elaboração positiva dos conflitos infantis de caráter inconsciente.

O encontro entre médico-paciente contém elementos racionais e irracionais, realísticos e irrealísticos, maduros e infantis, conscientes e inconscientes. As formas de gratificação associadas a esse relacionamento, os sentimentos e condutas, os conflitos, as defesas alteram-se durante o momento de relação, sendo que, no encontro, reativam-se modelos primitivos de relacionamento.

O discurso sobre obesidade e conseqüente tratamento está repleto de impossibilidades: não tem cura, não há possibilidade de atendimento de um número tão grande de pacientes obesos em rede pública, eles não atendem à prescrição, não fazem o que foi pedido, não existe ambulatório de obesidade, não há outra possibilidade, a não ser comer menos. As reações depressivas (autodesvalia, pessimismo, negativismo), maníacas (otimismo exagerado), fóbicas (afastar-se, evitar o que causa ansiedade ou angústia) e narcísicas, aparecem de formas variadas, mas constantes.

Na verdade, o discurso que se mostra onipotente encobre insatisfação, insegurança, dificuldade de se situar numa profissão que gera angústias e sofrimento. Existe a dificuldade de se colocar empaticamente com uma classe social que não é a sua e também de compreender por que o obeso não controla seu peso, porque a maioria dos endocrinologistas não tem problemas de peso.

A escuta, parte central das práticas médicas, importante tanto para o diagnóstico, como para o tratamento, depende de motivações internas, de um nível de interesse pela pessoa que se vai tratar, de disponibilidade, mas também de condições externas, ou seja, tempo hábil. A maioria dos médicos não toma quadros

psicossociais como referência, seguindo exclusivamente o modelo científico-natural aprendido. Na tentativa de justificar suas próprias inseguranças, defendem-se, ridicularizando o “obesólogo”, banalizando o tratamento e descrevendo o obeso de forma depreciativa.

Uma das dificuldades a destacar é conhecer a cultura e o ambiente em que o paciente vive. Pacientes carenciados vêm de inúmeras partes de um Brasil peculiar. O conhecimento das subculturas se torna difícil. Entender o paciente pela sua ótica é um exercício de paciência e trabalho. Qual é a nossa realidade? É a do paciente pobre, inculto, às vezes analfabeto, com histórias de vida e referenciais culturais próprios e específicos. A relação se torna difícil, quase impossível. Para muitos pacientes, a consulta é ameaçadora. O paciente fora de seu ambiente social, sem raízes, pode tornar-se melancólico, deprimido, desconfiado, muitas vezes hostil à abordagem médica.

A figura mítica do médico, a idealização, a supervalorização de sua figura já não existem. O que existe é um profissional com reivindicações da categoria equiparando-se a outros assalariados, a contestação, cada vez mais freqüente, dos atos médicos e da própria Medicina, como promotores importantes de Saúde, dificultando cada vez mais as relações entre pacientes e médicos.

Quase sempre a relação é a do que sabe, do que manda, do que tem poder, e daquele que não sabe, que obedece, o oprimido. Mas, na interface, temos aquele que nem sempre sabe, uma vez que se torna impossível ler toda a literatura, estudar, aperfeiçoar, já que as mudanças são muito rápidas e constantes, confirmando Foreyt et Goodrick (1997). O seu poder é falso. Ele é um assalariado, o seu patrão são as instituições, onde se sente também oprimido, e porque não,

obediente. Sente-se impotente, sem condições de curar, de tratar, sem condições de estudar. É uma situação insustentável. Todo o discurso dos entrevistados está carregado de desânimo, impotência.

Sua formação o encaminha para a subcultura da cura. Mas - aqui o impasse - a obesidade não tem cura? O obeso é um paciente crônico? O que fazer? Não tratar! Afastando-se do obeso, resolve-se o problema. O paciente, cada dia mais conhecedor de seus direitos, manifesta-se muitas vezes agressivamente, contesta o tratamento, produzindo com frequência respostas igualmente agressivas em função do *stress*, por estar isolado do contexto social que os rodeia.

A população obesa de hoje será a população doente de amanhã. O fenômeno saúde/doença não pode ser percebido apenas como um fenômeno biológico, perdendo-se a perspectiva social e psicológica. É imperioso estabelecer-se uma política de saúde preventiva.

Percebe-se que a relação é autoritária, de respeito e subserviência. O desamparo temporário, a dependência do paciente, colocam o médico numa situação de onipotência. O discurso médico que se impõe ao paciente é um discurso normativo, com sanções terapêuticas.

Em vista das políticas de saúde das instituições públicas, as práticas médicas em instituições foram se tornando cada vez mais difíceis na relação médico - paciente. O número muito grande de pacientes torna, segundo os entrevistados, muito difícil ouvi-los. O relacionamento intenso é rejeitado. A influência do contexto sociocultural é clara. O cultivo da comunicação entre médico e paciente foi muito importante, quando não havia ainda as facilidades dos exames laboratoriais. Com o advento

destes, a importância da comunicação foi se tornando menos significativa.

A totalidade dos entrevistados considera a relação importante, necessária, imprescindível e que, em atendimento privado, é possível o tratamento da obesidade, porém em rede pública isso seria impossível. Acreditam que o responsável por isso seriam as políticas de saúde, o mau gerenciamento do Estado e o enorme número de pacientes, obrigando-os a selecionar os que têm mais necessidade de atendimento, estabelecendo hierarquias de doenças. As lesionais têm primazia sobre as demais; seriam, de acordo com esse discurso, as mais graves, desafiadoras, interessantes, e indesejáveis. Dentre estas últimas, encontra-se a obesidade. A maioria relata não tratar obesidade sem patologia associada em Hospital Público.

A obesidade não é vista como fácil, constatando-se que a recidiva é muito grande. Sentem-se responsáveis pela cura (onipotência, formação mecanicista), sentem-se menosprezados, tratando o que “qualquer um pode tratar”. A relação médico - paciente, depende das condições em que o atendimento é realizado.

Os hospitais, sempre com excesso de pacientes, médicos estressados por carga enorme de trabalho, acúmulo de empregos, expectativas diferentes quanto ao tratamento, podem impedir uma confiança mútua e entendimento profissional, confirmando uma reportagem na *Veja*, que relata o mau gerenciamento das políticas de saúde (*Veja*, 18/08/93).

De maneira geral, os hospitais estão mais orientados para tratar problemas agudos, severos, que ameacem a vida no momento; estão menos, ou não estão orientados para a prevenção da doença, dos sintomas. Os aspectos subjetivos associados à obesidade tornam

inviável o tratamento, a não ser em clínicas psiquiátricas, cirúrgicas, quando a obesidade é mórbida ou para tratamento infantil, nesse caso prevenindo a obesidade adulta. Médicos Psiquiatras fazem grupos de acompanhamento de obesos mórbidos em alguns hospitais públicos. Existem programas de tratamento cirúrgico em alguns hospitais e ambulatórios de obesidade para crianças em outros.

Sabe-se que o médico é o agente terapêutico simbólico por cujo meio se opera a cura (Stunkard, 1981; Balint, 1994, 1988; d'Épinay, 1988). Nesse caso, podemos afirmar que são agentes terapêuticos tão poderosos quanto iatrogênicos, dependendo do manejo adequado das transferências ocorridas na interação médico-paciente. No inconsciente dos pacientes, a fantasia de pai todo poderoso vai voltar na figura de médico, um pouco bruxo, um pouco sacerdote, um pai que persiste subliminarmente (Balint op. cit.). Quando o paciente sente-se doente, permite que essas fantasias transferenciais fiquem mais intensas, tornando-se carente, submisso, frágil, e por que não, sedutor; mas também reclamante, barulhento, déspota, birrento e agressivo (Gioia-Martins, 1986; 1993).

A relação médico-paciente, apesar de ser vista como muito importante, não existe em hospital público, em se tratando de obesidade. Não há tempo, nem disponibilidade para uma relação adequada e eficiente. A admissão tanto da subjetividade do médico como do paciente conduz-nos à consideração da importância dessa relação como ponto privilegiado, onde ocorre a transmissão das RS, sob a égide do poder.

Em consultórios particulares, é possível uma boa relação, um diálogo, uma escuta. Nos serviços públicos, isso está fora de questão. Uma visão global do

paciente não é possível. Os aspectos econômicos da atividade médica são, na verdade, a força propulsora da ideologia vigente.

O contexto de assalariamento limita as práticas médicas, a política de remuneração determina o rumo do desenvolvimento da assistência médica. O discurso dos entrevistados é um conjunto simbólico socialmente situado, que nomeia, rotula e aciona os sujeitos sociais. É um discurso ideológico não pelo que diz, mas pelo que não pode dizer.

A perspectiva de um trabalho multidisciplinar é citada, mas entendida como impossível, sem condições de se organizar e de se realizar, no contexto atual da Saúde. A partir do discurso dos entrevistados, conclui-se que o “obeso adulto”, sem patologia associada à obesidade, em sua maioria, não recebe tratamento médico em hospitais gerais.

Esse contingente muito numeroso, não tendo acesso ao atendimento público, fica sujeito a consultórios particulares quase sempre muito dispendiosos e também a métodos alternativos nem sempre merecedores de confiança.

Conclui-se que o discurso dos endocrinologistas entrevistados é bastante semelhante ao veiculado pela mídia. O médico é, portanto, o interprete das ideologias socialmente circulantes a respeito da Obesidade. Suas condutas são pautadas pelas características de personalidade, informações científicas nem sempre atualizadas e influência midiática. Não há política de prevenção da obesidade, caracterizada como epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Assim, em nossa sociedade, o sistema médico reflete não só os valores e ideologias básicos mas também contribui para formá-los e mantê-los. Ao atender a população, o sistema médico reproduz

muitos dos preconceitos sociais subjacentes em termos de comportamento.

Desconstruindo-se as RS da obesidade e dos obesos, pode-se pensar em construir algo mais criativo e flexível. Pesquisas na área e atendimento médico adequado podem impedir que os obesos sejam vítimas de inescrupulosos. É imperioso que gerações futuras não adoeçam e procurem os hospitais gerais em função das seqüelas advindas da obesidade. Prevenir é condição de cidadania.

No Brasil, o caminho perpassa pela elaboração multidisciplinar de um grande projeto de construção de cidadania, com a presença do psicólogo.

Referências Bibliográficas.

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (1995) O Uso de Procedimentos na Pesquisa de Representações Sociais: Projeções e Transicionalidade. Psicologia USP. São Paulo, v.6, nº 2 p. 103-127.
- BALINT, M. (1994) Entre a Psicanálise e a Medicina. In: MISSENARD, A. (coord) A experiência Balint História e Qualidade. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 01-05.
- _____ (1988) O Médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro, Atheneu.
- BARDIN, L. (1977) Análise de Conteúdo. Lisboa, Edições 70.
- BOLTANSKI, L. (1989) As Classe Sociais e o Corpo. Rio de Janeiro, Graal.
- CAPRA, F. (1995) O Ponto de Mutação. São Paulo, Cultrix.
- CLAVREUL, J. (1983) A Ordem Médica. Poder e Impotência do Discurso Médico. Brasiliense.
- D'ÉPINAY, M. L. (1988) Groddeck: A doença como linguagem. Campinas, Papirus.
- FOREYT, J. P.; GOODRICK, G. K. (1991) Factors common to successful therapy for the obese patient. Medicine and Science in Sports and Exercise. 23 (3) 292-297 march.
- GIOIA-MARTINS, D. F. Aspectos Psicodinâmicos Associados à Obesidade: Um Estudo Comparativo de Dois Grupos com o TAT e o Rosenszweig. São Paulo, 1986, 175 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto Metodista de Ensino Superior.
- _____ Aspectos Psicológicos de Mulheres em Hospital Público: estudo Comparativo entre Dois Grupos quanto à Variável Obesidade. Apresentado no V ENCONTRO NACIONAL DOS PSICÓLOGOS DA ÁREA HOSPITALAR, 1993 - Goiânia – GO.
- _____ (1999) Técnicas projetivas: o uso da entrevista encoberta em investigação clínica. In: II ENCONTRO SOBRE PSICOLOGIA CLÍNICA, São Paulo. Resumos. São Paulo, Faculdade de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, 1999, p. 78.
- HELMAN, C. G. (1994) Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre, Artes Médicas
- MOSCOVICI, S. (1978) A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar.
- PERESTRELLO, D. (1982) A Medicina da Pessoa. Rio de Janeiro Atheneu.
- ROCCO, R. P. (1992) Relação estudante de medicina-paciente. In: MELO FILHO, J. et al. Psicossomática Hoje. Porto Alegre, Artes Médicas.
- SIMON, R. (1977) Modelo de prevenção aplicado a setor de saúde mental Boletim de Psicologia XXIX 72/73 23-38.
- _____ (1971) O complexo tanatolítico justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes

- de medicina. Boletim De Psiquiatria 4(4) 113-115 dezembro.
- STUNKARD, A .J. (1981) Adherence to medical treatment overview and lessons from behavioral weight control. Journal Psychosomatic Research. 25(3) 187-197.
- TÄHKÄ, V. (1988) O Relacionamento Médico-Paciente. Porto Alegre, Artes Médicas.

Contatos: *Universidade Presbiteriana Mackenzie*
Faculdade de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Rua Itambé, 145 – Prédio 14 - 1º andar
Higienópolis – São Paulo – SP
01239-902
e-mail: psicoclinica@mackenzie.br