

# A Relação Médico-Paciente e as Condições de Cronicidade\*

## *The Physician-Patient Relationship and the Chronicity Conditions*

Eder Schmidt<sup>1</sup>, Gustavo Ferreira da Mata<sup>2</sup>

\*Recebido da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FM-UFJF), Juiz de Fora, MG.

### RESUMO

Discutem-se as peculiaridades da relação médico-paciente na vigência de uma doença crônica. Uma restrição definitiva, ou por longo tempo ao desempenho dos elementos do cotidiano impõe um trabalho de luto das funções nele envolvidas, e este luto será feito sobre as atribuições simbólicas referidas às funções comprometidas. Discute-se também, a aquisição da dimensão simbólica das funções e áreas corporais e a repercussão desse processo na forma de expressão da experiência subjetiva do adoecer. O objetivo deste estudo foi oferecer subsídios para melhor manuseio de questões como dependência, adesão ao tratamento e intercorrências psiquiátricas, entre outras próprias do vínculo com o paciente crônico.

**Descritores:** Doença crônica, Luto, Relação Médico-Paciente.

### SUMMARY

The peculiarities of the physician-patient relationship are discussed in the validity of a chronic illness. A definite limitation or a long time restraint in the performance of routine elements imposes a work in mourning of the functions involved in it, and this mourning will be about the symbolic attributions referred to the committed functions. It also discusses the acquisition of the symbolic dimension of the corporal functions and areas and the repercussion of that process in the form of expression of the subjective experience of falling ill. It is aimed at to offer to the doctor subsidies for a better handling of subjects as dependence, adhesion to the treatment and psychiatric occurrences, among other elements of the work with the chronic patient.

**Keywords:** Chronic Disease, Mourning, Physician-patient relationship.

1. Mestre; Professor Adjunto das Disciplinas de Psicologia Médica e Psiquiatria da FM-UFJF

2. Médico, Professor Substituto da Disciplina Introdução à Vida Acadêmica da FM-UFJF

Apresentado em 21 de novembro de 2007.

Aceito para publicação em 29 de setembro de 2008.

Endereço para correspondência:

Dr. Eder Schmidt

Av. Rio Branco, 3699/202 - Alto dos Passos

36021-630 Juiz de Fora, MG.

Fones: (32) 3215-8022 (32) 9987-8029

E-mail: eder.schmidt@oi.com.br / phguto@yahoo.com.br

### INTRODUÇÃO

É indiscutivelmente aceito o fato de que qualquer processo mórbido significativo é acompanhado, ainda que em nível mínimo, de algum sentimento depressivo-ansioso. A doença representa um ataque ao corpo, não só em sua dimensão anátomo-fisiológica, mas também às referências simbólicas que cada um possui a respeito deste corpo.

Entende-se que esta construção simbólica seja um produto da afetividade que envolve o cuidado dispensado à criança quando do atendimento às suas necessidades mais elementares e cotidianas. Isso geraria gradualmente, ao longo da infância, um inventário de registros de prazer e desprazer, incômodo e alívio, apreensão e confiança, entre tantas outros, o que acabaria por vincular o bem-estar e o mal-estar físicos a seus correspondentes psíquicos. Ao mesmo tempo, as ameaças despertadas na criança pelos abalos de seu corpo, ao serem neutralizadas pela intervenção parental dariam lugar a registros, de solidez variável, referentes à sua capacidade de sobrevivência. Por este caminho, também, cada área ou função corporal viria a adquirir um valor subjetivo, em maior medida inconsciente o que, de alguma forma, se revelaria através da reação psíquica individual ao adoecer.

Assim, pela vida afora, os abalos à nossa integridade corporal desencadeiam uma resposta psíquica, e esta é determinada pelas marcas inconscientes deixadas pela primitiva condição de dependência a um outro. A desarticulação do esquema corporal trazida pelo adoecer tenderá a precipitar uma desarticulação subjetiva, uma dúvida quanto à capacidade para garantir a própria sobrevivência, além de obrigar a levar em conta uma vulnerabilidade na qual, cotidianamente, preferia-se não pensar.

Em outras palavras, a doença conduz o indivíduo em um movimento regressivo na direção das apreensões e dos expedientes psíquicos com que encarava primitivamente sua própria impotência. O adoecer, enquanto ataque ao corpo, produz em cada sujeito reações particulares que, mais do que com a doença em si, terão relação com as condições individuais desenvolvidas inconscientemente para lidar com esse ataque.

Cessando a doença, o sentimento depressivo que o adoecer desencadeia irá regredir com a cura, quando haverá a recuperação da ilusão de invulnerabilidade - tão necessária à retomada das atribuições cotidianas - que o processo mórbido interrompeu.

Ocorre, porém, que nem sempre o restabelecimento se dá ou, pelo menos, nem sempre ele se dá de maneira a trazer o retorno exato às capacidades com que contava o indivíduo no tempo anterior à doença. A cronicidade, a perda de

funções pela doença, as restrições definitivas são possibilidades que exigem do médico um posicionamento diferente. O objetivo deste estudo foi oferecer subsídios para melhor manuseio de questões como dependência, adesão ao tratamento e intercorrências psiquiátricas, entre outras próprias do vínculo com o paciente crônico.

## **OTRABALHO DE LUTO**

O que se pretende nestas circunstâncias é que o paciente se adapte à sua restrição, não em mera resignação passiva, mas em atitude ativa pela qual ele efetue um rearranjo da valoração subjetiva atribuída às áreas e funções de seu corpo. Neste sentido, uma redistribuição de seus investimentos psíquicos é o que lhe permitirão utilizar compensatoriamente as funções que lhe permanecem íntegras.

Todo este movimento implica em trabalho psíquico de desinvestimento progressivo das funções perdidas, com a conseqüente substituição daquelas por outras em que o paciente possa reencontrar possibilidades de alcance de satisfações narcísicas, em um processo de luto conforme descrito por Freud<sup>1</sup>.

Sabendo que este processo de luto tende a se iniciar apenas frente a um fato consumado, cabe ao médico a tarefa de informar seu paciente, de maneira tão clara e franca quanto aquele indivíduo naquelas circunstâncias tem condições de aceitar, sobre seu estado e sobre as decorrências que dele se esperam. A partir daí, o médico, ou quem quer que o acompanhe em sua recuperação, deve contar com a instalação de um período de tristeza mesclada com inconformismo e superdimensionamento da perda, isto em intensidade e duração que terão a ver não apenas com a gravidade do quadro, mas, principalmente, com as questões subjetivas descritas. A ultrapassagem satisfatória do luto no sentido de um rearranjo tanto externo quanto interno passa por isso e tomará um tempo que não se pode prever.

Entretanto, se esta é a reação que se pretende, não se pode dizer que esta seja a reação que sempre se observa. Tampouco se pode inferir que a superação do luto coloca fim às peculiaridades do atendimento ao paciente cronicamente afetado. Tem-se que considerar que o vínculo que se estabelece entre um paciente cronicamente privado de algo de que usufruía e um médico que o trata sem poder curá-lo, deva ser campo para a interferência de intensos conflitos psíquicos.

## **TRANSFERÊNCIA E CRONICIDADE**

Jeammet, Consoli e Raynaud<sup>2</sup>, em seu livro “Psicologia Médica”, lembra que, de uma maneira geral, a relação médico-paciente, pelo estado de carência e demanda deste último, tende a se caracterizar como um vínculo assimétrico, favorecendo movimentos regressivos da parte do paciente e incentivando o surgimento de aspectos transferenciais e contra-transferenciais. É fácil, então, imaginar que na situação de cronicidade este modelo tende a se consolidar ao longo do tempo e a tornar-se mais complexo.

Considera-se, em primeiro lugar, a própria condição de de-

pendência, que aqui se coloca não mais como algo passageiro, circunscrito ao período da doença, mas reflexo de alguma limitação funcional duradoura. Cada um traz em si posições particulares com relação a depender de outro, sendo para alguns uma situação bem compreendida e delimitada, referida à restrição que a doença impôs. Para outros, porém, ser dependente é algo amplo e inconscientemente desejado, e a nova condição acaba por atender a anseios infantis inconscientes. Ainda há outros que, até mesmo pelo desejo inconsciente de se entregarem à dependência, lutam contra qualquer condição em que possam se ver em um vínculo de sujeição a algo ou a alguém.

Se o primeiro caso não promete maiores dificuldades, já os dois últimos podem vir a ser importantes complicadores para a relação médico-paciente. Por um lado, o golpe narcísico resultante da instalação crônica de uma limitação pode levar o paciente a se identificar ao extremo com o papel do impossibilitado, pretendendo uma dependência, não só em relação ao médico, mas também em relação a todos ao redor, em dimensão muito além do que se possa objetivar. Por outro lado, o receio inconsciente de entregar-se a uma passividade excessiva, com excessiva submissão ao outro, pode criar uma ferrenha resistência a submeter-se às exigências do tratamento bem como levar à persistência de hábitos ou atividades que sejam incompatíveis com essa nova condição.

O segundo ponto que se deve considerar e que faz parte da transferência é a expectativa de que o médico livre o paciente daquele mal-estar em uma ação onipotente e definitiva o que, em quadro crônico, conduz a um estado repetido de frustração. As reações que sobrevêm a isto tanto podem incluir uma cobrança secreta sobre o médico ou outros membros da equipe de atendimento como, por outro lado, sentimentos de culpa pela persistência do quadro.

Foram abordadas as reações que se desenvolvem após um trabalho de luto que tenha sido suficientemente cumprido, mas que, mesmo assim, pelas novas circunstâncias que a cronicidade impõe à vida do paciente, é marcada por características particulares.

No entanto, pode ser que este luto não se cumpra sequer em um mínimo, o que pode tornar as coisas ainda mais turbulentas. Em primeiro lugar, cabe saber a partir de quanto tempo seria considerada como patológica, e não como meramente transitória e esperada, uma reação desequilibrada frente a uma alteração da referência corporal. É fácil concluir que não há parâmetros objetivos para isto. Pode-se, de maneira não muito precisa, avaliar que o “transitório” já se cumpriu quanto o paciente instala uma nova rotina em sua vida, pela forma como ele se refere ao que foi perdido em termos de seu prazer até então, ou pela forma como ele se refere às suas limitações, seu tratamento, buscando, uma adaptação e não uma mera sujeição.

Se estes parâmetros já são, em si, bastantes imprecisos, ainda mais vagos serão se considerarem que as reações humanas frente às perdas passam, às vezes, pelo desdém defensivo daquilo que foi perdido, quando o paciente tenta se mostrar pretensamente triunfante sobre o fato de ter perdido uma função ou um prazer importante. Esse fato impõe mais uma tarefa, que é a de distinguir entre suas reações, aquelas em que

predomina o que se denominaria de verdadeira elaboração, daquelas em que predomina a tentativa defensiva de negação da perda. Quando se fala em domínio, é por entender que mesmo nas evoluções mais saudáveis, sempre se encontra algo de triunfo defensivo.

Em paciente cujas reações, após todas estas considerações, autorizam classificá-lo como incapaz de ultrapassar e adaptar-se às limitações impostas pela presença em sua vida de uma seqüela qualquer. Primeiramente, estas reações podem variar imensamente, adquirindo, por exemplo, uma característica persecutória, quando o paciente invocará questões concretas ou metafísicas como determinante de sua condição, podendo chegar a uma situação delirante, exigindo intervenção psiquiátrica.

De outra forma, o que parece a princípio ser um movimento de tristeza e resignação, pode revelar-se como um quadro depressivo em que a renúncia determina uma recusa ao tratamento, em uma evolução característica das depressões mais graves.

Porém, os exemplos mais comuns seriam os quadros em que a impossibilidade de ultrapassar a perda e a de elaborar uma nova condição conduz a reações de inconformismo insuperável, com exigências descabidas sobre o médico, os familiares, o grupo social e a equipe técnica, muitas das vezes com a pretensão explícita de compensação pelo seu limite. O paciente transforma-se em alguém irritável e intolerante, com reações, de uma forma ou de outra, agressivas contra os que estão ao seu redor. Quando manifesta o desejo de ser abandonado, ou quando suas atitudes sugerem desprezo pelos que o cuidam, oculta a expectativa de que a persistência dessas relações representa uma afirmativa implícita de acolhimento e aceitação em sua nova condição. Por outro lado, esta pode ser a oportunidade para manifestar uma raiva invejosa pelos que permanecem saudáveis.

## CONTRATRANSFERÊNCIA E CRONICIDADE

O atendimento ao paciente crônico expõe o técnico ao questionamento contínuo à sua pretensão de controle da doença e da morte, que como se sabe, é um dos indutores inconscientes às carreiras que lidam com a saúde. Se este sentimento não estiver suficientemente elaborado dentro de si, poderá conduzi-lo a reações tais como a franca intolerância ou a rejeição caracterizada como desinteresse, abandono, esquecimento, pressa, espaçamento exagerado nos atendimentos, etc., como se a manutenção do quadro mórbido representasse para o médico uma afronta pessoal.

O profissional fica também exposto a uma revisão contínua a suas próprias perdas, fazendo com que reaja às do paciente em ressonância com a sua capacidade de ultrapassá-las. Corre assim o risco de inspirar falsas esperanças, impedindo que o paciente trabalhe sobre suas perdas no sentido de elaborá-las. A cronicidade de um quadro ou a irreversibilidade de um estado, por si só, já confronta fantasias de onipotência dos terapeutas frente à doença. Mais intensa é esta confrontação quando o inconformismo do paciente é explícito e manifesto através de queixas e dúvidas quanto à competência de quem se dispõe a tratá-lo. Em resposta pode surgir a tendência a

desconsiderar a dramaticidade da situação do paciente. Esta tendência, que em geral apóia-se em uma dificuldade de reconhecer as razões daquele para as suas reações, pode ocultar, além do inegável desrespeito à subjetividade do outro, uma identificação inconsciente do médico com os efeitos da perda no paciente, funcionando como uma manifestação disfarçada de seu próprio inconformismo.

Negar ao paciente o direito de se queixar ou de construir seus sintomas é, provavelmente, expressão da incapacidade virtual do médico em lidar satisfatoriamente com a mesma perda. Além do mais, reprimir uma queixa é a forma mais rápida de bloquear-lhe o acesso a qualquer elaboração.

## CONCLUSÃO

No atendimento ao paciente crônico, incluindo aquelas situações de perda irreversível, cabe ao médico compreender que o luto que o paciente tem a fazer dirige-se a uma referência corporal imaginária e que, por isso, nem sempre pode ser compreendido se considerar unicamente a perda no corpo real<sup>3</sup>.

O produto do luto é uma adaptação ativa às novas condições de vida com um remanejamento dos interesses que refletirá um novo arranjo dos investimentos inconscientes do paciente.

O luto que não se faz é reflexo da impossibilidade daquele indivíduo em superar uma perda devido ao valor inconsciente que ela possui, dentro da articulação a que se denomina corpo simbólico. Isto pode levá-lo a reações paranóides ou depressivas graves, o ponto de exigirem atendimento psiquiátrico<sup>4-6</sup>.

Porém, em outras situações o tato e a habilidade daqueles que o acompanham neste momento podem permitir que a situação seja superada com efeitos mínimos. Para isto, é necessário que o clínico possa lidar com a confrontação à sua pretensão onipotente que a irreversibilidade traz. É necessário também que ele possa lidar satisfatoriamente com suas próprias perdas e que tenha, assim, condições para suportar os ataques e a rebeldia do paciente contra si e contra o tratamento.

## REFERÊNCIAS

01. Breuer J, Freud S. Estudos sobre Histeria. In: Freud S. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1988;13-59.
02. Jeammet P, Consoli S, Raynaud M. Manual de Psicologia Médica. Rio de Janeiro: Ed. Masson, 1982.
03. Dolto F. A Imagem Inconsciente do Corpo. São Paulo: Perspectiva, 1992.
04. Freud S. Luto e Melancolia (1917). In: Freud S. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1988;286.
05. Winnicott DW. A Mente e Sua Relação com o Psique-Soma, (1949). In: Winnicott DW. Textos Seleccionados - Da Pediatria à Psicanálise. 2ª Ed, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978;411-425.
06. Winnicott DW. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais (1951). In: Winnicott DW. Textos Seleccionados - Da Pediatria à Psicanálise. 2ª Ed, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978;398-408.