

A iatrogenia como desdobramento da relação médico-paciente*

Iatrogenesis as an implication of patient-physician relationship

Eder Schmidt¹, Daniel Almeida do Valle², Joana Sobrinho Campolina Martins², Júlia Linhares Borges², Sérgio Luiz de Souza Júnior², Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro²

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

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Entende-se por iatrogenia qualquer intervenção da equipe de saúde, seja ela correta ou equivocada, justificada ou não, que resulte em alguma lesão para o bem estar do paciente. Nesse sentido, a própria relação médico-paciente seria uma possível fonte de desdobramentos caracteristicamente iatrogênicos no nível emocional, plenos em consequências. No presente estudo, busca-se entender esses desdobramentos observando a relação entre alguém que necessita de cuidados com o outro que se propõe a cuidar, utilizando-se para tanto os conceitos de regressão e transferência, a partir das teorias do psicanalista Donald W. Winnicott referentes às funções da mãe quanto ao cuidado primário dedicadas ao bebê.

CONTEÚDO: Destacam-se aspectos da relação primitiva de dependência presentificados no vínculo entre médico e paciente, bem como algumas implicações dos desencontros nas expectativas de um em relação ao outro.

CONCLUSÃO: A transferência que o paciente estabelece em relação ao médico contribui para as possibilidades iatrogênicas já inerentes ao vínculo entre os dois. É necessário, portanto, que o profissional atente para a intromissão dessas demandas regressivas, sem negar, tampouco, a possível intromissão de suas próprias questões pessoais. Reconhecer uma e outra interferência a partir de seus sinais é o que o permitirá evitar ou contornar seus piores efeitos iatrogênicos.

Descritores: Donald Winnicott, Iatrogenia, Transferência.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Iatrogenesis can be defined as any intervention of the healthcare team, either is it correct or misguided, justified or not, resulting in patient's health damage. In this sense, the patient-physician relationship itself would be a possible source of characteristically iatrogenic implications on emotional level, full of consequences. The present study aims to understand these implications by observing the relationship between someone who needs care with another that purports to take care, using the regression and transference concepts, and Donald W. Winnicott's theories concerning the mother's role in provide baby's primary care.

CONTENTS: It highlights some elements of the primitive dependence relationship between mother and child, which reappears inside the patient-physician bond, as well as some implications of disagreements on the expectations regarding each other.

CONCLUSION: The patient-physician relationship is endowed with an iatrogenic potential derived from its transferential elements. Therefore, the professional must be aware of the regressive demands that meddle in the therapeutic relationship, and recognize them from their signals without denying also the interference resulting from their own personal issues, allowing, in avoiding interference from both sources, prevent its worst iatrogenic effects.

Keywords: Donald Winnicott, Iatrogenic disease, Transference.

INTRODUÇÃO

Entende-se por iatrogênica qualquer intervenção da equipe de saúde, seja ela correta ou equivocada, justificada ou não, que resulte em alguma lesão para a saúde do paciente¹. Longe de se constituir uma raridade, a iatrogenia concorre para uma ampla gama de prejuízos que afetam o sistema de saúde, uma vez que implica em aumento dos custos referentes ao tratamento ou, pior ainda, que afetam o paciente impondo-lhe um aumento do sofrimento, sequelas ou mesmo a morte.

Por demandar um número maior de intervenções, a terapia intensiva, os tratamentos com idosos ou com pacientes graves aumentam a probabilidade de que ela ocorra. Porém, a rigor toda situação terapêutica possui um potencial iatrogênico independente da capacidade técnica do profissional que a executa, sendo a própria relação médico-paciente uma fonte virtual de desdobramentos indesejáveis que acabem por determinar prejuízos ao paciente.

Pode-se considerar iatrogenia negativa, quando devida a uma omissão e iatrogenia positiva, seguinte à uma ação lesiva, bem como estabelecer uma distinção entre iatrogenia somática, cujos

1. Mestre pelo Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Professor Adjunto nas Disciplinas de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil

2. Graduandos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil

Apresentado em 01 de setembro de 2010

Aceito para publicação em 10 de janeiro de 2011

Endereço para correspondência:

Dr. Eder Schmidt

Av. Rio Branco 3231/404

36010-012 Juiz de Fora, MG

Fone: (32) 3215-1592

E-mail: eder.schmidt@oi.com.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

efeitos atingem o corpo somático e a iatrogenia psíquica, ou psioiatrogenia cujas implicações são de ordem afetiva². O presente estudo enfocará esta última, sendo, porém, importante assinalar que de maneira quase invariável ela acaba por implicar a primeira³. Ao se escolher esse foco, no entanto, não se está desconsiderando a iatrogenia somática, no mais das vezes referidas às três vias clássicas, *imprudência, imperícia, e negligência*. Em pesquisa realizada junto aos pacientes internados no estado de Nova Iorque, EUA ao longo de um ano, constatou-se a ocorrência de atitude negligente em 1% dos egressos, sendo a maior parte (11,5%) em pacientes de Clínica Médica e, em segundo lugar (1,9%) em pacientes da Obstetrícia³.

Entendendo que a ocorrência da psioiatrogenia remete a insuficiências na relação médico-paciente, torna-se imprescindível a observação das condições emocionais associadas ao adoecer e as características que elas impõem aos vínculos entre o indivíduo enfermo e aquele que presta cuidados. No presente artigo, busca-se entender essa relação a partir dos conceitos psicanalíticos de regressão e transferência, e das teorias do psicanalista e pediatra inglês Donald W. Winnicott (1896 – 1971) referentes às funções da mãe quanto ao cuidado primário dedicadas ao bebê.

REGRESSÃO, TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

No texto, a regressão é conceituada como o processo inconsciente através do qual, em condições de incerteza, o indivíduo volta a avaliar sua situação por uma ótica condizente com estágios anteriores de seu desenvolvimento, retomando apreensões primitivas e fantasiando expedientes arcaicos para enfrentá-las.

Já a transferência é vista como um processo também inconsciente em que um modelo arcaico de relação com o outro é presentificado junto a situações e pessoas atuais, trazendo de volta expectativas positivas e negativas. Na relação médico-paciente, em meio à dúvida despertada pelo adoecer quanto à capacidade para a promoção do próprio bem estar; o paciente elege o profissional que participa de seu tratamento como alguém que, tal qual a figura materna da infância, supostamente garante sua continuidade.

O termo contratransferência, por sua vez, é utilizado em referência aos movimentos do médico em relação a seu paciente, no contexto do tratamento. Esses sentimentos, na maior parte das vezes positivo, podem, no entanto, aparecer também como desinteresse, pouca disponibilidade, ou mesmo franca rejeição.

AMPARO MATERNO E INTEGRAÇÃO

Ao longo da vida, os abalos à integridade corporal desencadeiam no ser humano uma resposta psíquica determinada pelas marcas inconscientes adquiridas na primitiva condição de dependência a outro, própria do desenvolvimento em nossa espécie⁴. A desarticulação do esquema corporal trazida pelo adoecer tenderá a precipitar uma desarticulação subjetiva, pondo em dúvida a capacidade do indivíduo de garantir a própria sobrevivência, confrontando-o com uma vulnerabilidade na qual, cotidianamente, ele prefere não pensar. Tudo isso desencadeia um movimento regressivo no sentido das apreensões e dos expedientes fantasmáticos com que ele encarava sua primitiva impotência.

Para Winnicott, o ser humano portaria uma tendência inata em direção ao crescimento e à integração. Para tanto, ele dependeria de um ambiente fornecido pela mãe que, ao proteger o psiquismo incipiente do bebê das tensões causadas por suas necessidades, deixaria livre o caminho para essa tendência. Intuitivamente ela alcançaria a necessidade do bebê em um determinado instante, promovendo uma satisfação que coincidiria com aquilo que era esperado. Pouco a pouco, também de acordo com sua intuição exporia o lactente à frustrações de magnitude nem maior e nem menor do que sua possibilidade de suportá-la a cada momento. Na visão winnicottiana, uma adaptação suficientemente boa implicaria, então, numa disponibilidade materna a princípio incondicional para o atendimento a todas as necessidades da criança. Amparando-a em tudo aquilo, mas só naquilo de que ela necessitasse; o registro das inevitáveis frustrações inerentes aos cuidados comuns prestados à criança se transformaria nos limites fundamentais para a sua estruturação⁵. Com seu conceito de *holding* ou sustentação⁶, o autor significa a rotina de cuidados cotidianos através dos quais o bebê é colocado em contato com uma realidade simplificada e estável de forma que ele possa dar vazão à sua tendência à integração egóica.

Nesse ambiente, é à mãe que o bebê recorre quando submetido às suas tensões e primitivas angústias ante as quais surge a dúvida quanto à sua sobrevivência. Essa lhe é novamente garantida pela adequada intervenção materna até que novos estados de necessidade tragam de volta as tensões, as angústias e as incertezas, repetindo o processo. A integração do ego e a internalização do objeto materno com a habilitação para o desempenho de suas funções transformará, pouco a pouco, aquele indivíduo em guardião de sua própria tranquilidade pelo tempo em que isso lhe for permitido, isto é, enquanto não for confrontado com uma situação que lhe faça sentir efetivamente ameaçado em sua continuidade.

“SÃO DEMAIS OS PERIGOS DESSA VIDA”⁷

Pela vida a fora, no entanto, são incontáveis e cotidianas as situações em que o ser humano se confronta com a ameaça à sua sobrevivência. Sensações, impressões, afetos, imagens, fatos, notícias: os caminhos pelos quais a vida se afirma são os mesmos por onde ela envia os sinais do quanto é provisória. Buscando a continuidade através de seus feitos e de suas relações, mas sabendo-se vulnerável a quase tudo que o cerca, resta ao indivíduo negar essa condição enquanto lhe for possível, única maneira de se sentir à vontade para qualquer investimento em seu futuro.

O adoecer é, sem dúvida, a condição que da maneira mais imediata o remete à sua vulnerabilidade, ainda que chegue apenas como notícia da doença de outrem, mas de forma obviamente mais dramática quando se apresenta como experiência própria. Sem se mostrar obrigatoriamente proporcional à gravidade objetiva do quadro, surge a apreensão quanto ao futuro, seguida de um conjunto de reações no sentido de recuperar de maneira fantasiosa a noção perdida de invulnerabilidade. Assim como em suas primeiras angústias, mais uma vez o indivíduo é dirigido a uma figura cuidadora para quem transfere as expectativas de onipotência e de disponibilidade infinita. Percebe-se com isso o nível de expectativas lançadas transferencialmente sobre o profissional de saúde: dele se espera não menos do que o cuidado pleno, a

possibilidade ilimitada, a permissão para sentir-se invulnerável. Ainda que não chegue ao plano consciente, tamanha idealização torna-se um fator potencial de desestabilização do vínculo, felizmente quase sempre compensado pelo acolhimento, interesse e eficiência do médico. Em outras palavras, por uma presença que sustenta aquelas expectativas.

No entanto, seja a partir de eventos objetivos ou das subjetividades envolvidas no vínculo, a estabilidade pode se perder. De maneira geral, qualquer atitude do médico que efetivamente, ou na interpretação do paciente, expresse desinteresse, hostilidade ou desrespeito despertará sentimentos de ameaça, uma vez que essa figura que intimamente abandona é justamente aquela que, pela transferência, foi dotada do poder de salvar.

TRANSFERÊNCIA POSITIVA E NEGATIVA

Fica evidente, porém, que quando se fala em “interpretação” situa-se a questão em um plano subjetivo, dependente, portanto, do inventário de registros de satisfação e frustração construídas ao longo das primeiras experiências de recurso à função materna. E, se o tema é a transferência, deve-se contar com a possibilidade de ela se apresentar de maneira positiva ou negativa.

Na maioria das vezes a transferência se apresenta em uma modalidade positiva, quando os sentimentos de confiança e asseguramento fundamentam a relação médico-paciente, o que favorece a adesão ao tratamento e seu êxito⁸.

As expectativas dirigidas ao profissional são sustentadas ao longo do processo e a empatia mútua se sobressai, em meio às apreensões próprias da condição de enfermidade. Ao se sentir entendido nessas apreensões e merecedor de um retorno, na medida do possível, tranquilizador, o paciente é reconduzido às condições referidas por Winnicott ao ambiente facilitador fundamental para a manutenção de uma estabilidade e para a superação de angústias relativas à continuidade. Por outro lado, a suposição de que o médico não tenha demonstrado uma capacidade de apreensão daquilo que ele almeja impede que o paciente reviva a ilusão de retorno da figura cuidadora mítica, e a relação médico-paciente corre o risco de agir no sentido contrário ao do atendimento. Na teoria winnicottiana, se a frustração bem dosada é um fator estruturante, ela em excesso ou insuficiente conduz a uma resposta defensiva no sentido da perda da espontaneidade⁹, o que, na relação entre o paciente e seu médico significa perda da confiança e da adesão.

Mas, é necessário enfatizar que a rejeição do médico e os descompassos da relação, com muita frequência não são mais do que interpretações do paciente, fomentadas pelos registros primitivos de decepções ante o desempenho da função materna, trazidos de volta pela regressão e dirigidos ao médico pela transferência. Tais movimentos, uma vez inconscientes, representam por vezes obstáculos difíceis e fontes de ferrenha resistência às determinações médicas. Paradoxalmente, o paciente pode vir a boicotar o próprio tratamento para triunfar sobre o pretenso “adversário”. Têm lugar, então, efeitos colaterais superdimensionados e virtualmente insuportáveis que obrigam a repetidos desvios na estratégia clínica, recusa em se submeter a restrições impostas pela doença ou em abandonar hábitos inconciliáveis com o quadro, impedimento à realização de exames e procedimentos, alterações autodeterminadas nas prescrições, etc. Com uma roupagem ou

outra, o que essa lista evidencia é a perda da adesão ao tratamento decorrente do desgaste da relação médico-paciente por razões transferenciais. Em outras palavras, a iatrogenia imposta por uma transferência negativa.

No entanto, a iatrogenia pode também ser fruto de vínculos manifestamente positivos, quando o atendimento clínico, a atenção e a disponibilidade do profissional vêm a preencher carências do paciente, às vezes sequer percebidas por ele, cujo efeito é alguma estratégia imperceptível para a manutenção desnecessária do vínculo.

CONTRATRANSFERÊNCIA E IATROGENIA

Sabe-se que, em contrapartida à figura do “médico ideal” desejado pelo paciente, o médico também lida, pelo menos inconscientemente, com a figura de um “paciente ideal”. Este seria caracterizado pela adesão incondicional ao tratamento, o que o tranquilizaria quanto a seus pretensos poderes sobre a doença e a morte⁸. No entanto, características suas ou inerentes ao próprio paciente, por uma interação problemática das características de ambos, ou mesmo por ocorrências aleatórias no tratamento, podem surgir situações em que os sentimentos do médico assumam uma tonalidade negativa.

Encontram-se aí as maiores possibilidades iatrogênicas da relação médico-paciente, uma vez que as rejeições não percebidas, ou não assumidas, pelo médico podem ser indutoras de atuações inconscientes que traduzem agressão, desconsideração ou intolerância, o que, por sua vez, agrava as apreensões do paciente. Essas atuações podem ir da imposição de diagnósticos psicopatológicos tendenciosos e estigmatizantes, até procedimentos rudes e dolorosos, pretensamente terapêuticos que, na verdade, não passam de veículos dos sentimentos que o próprio médico não alcança⁸. Porém, mais que tudo, é nos elementos de sua comunicação que o médico reserva seu maior poder de atingir de maneira contundente aquele a quem deveria tranquilizar.

Admite-se que a iatrogenia no nível psicológico possa ocorrer tanto de maneira ativa quanto por omissão, e que o principal vetor dos elementos iatrogênicos seja a própria comunicação, verbal ou não verbal, do médico ao seu paciente. É sempre importante se ter presente que, levando-a em conta ou não, a transferência lhe confere um poder extraordinário, dotando sua fala e seu gesto, por mais inócuos que pareçam de um alcance inimaginável.

Elaborar uma lista de situações potencialmente iatrogênicas na relação médico-paciente é uma tarefa impossível. No entanto, há certos tipos de atitudes que, embora possam ser tomadas de maneira imperceptível determinam efeitos previsíveis, em linhas gerais o aumento da profundidade e da intensidade dos sentimentos angustiantes naturalmente despertados pelo adoecer. Isso levaria a uma cristalização das dúvidas e incertezas quanto ao prognóstico e ao enfraquecimento da aliança entre o médico e seu paciente, com comprometimento da adesão ao tratamento.

Assim, expressões que desautorizam seu otimismo, que possam minar sua autoestima, que o ridicularizem ou ridicularizem sua condição, ou que reforcem preocupações de tipo “hipocondríacas”¹⁰, serão inevitavelmente danosas. Da mesma forma, a comunicação de diagnósticos precipitados exigindo uma retificação futura lançará ou reforçará desconfianças sobre a capacidade do médico de quem é esperado não menos do que a onipotência.

A ausência de informações, ou sua restrição, provocam óbvia ansiedade no indivíduo enfermo, para quem, muitas vezes é mais tranquilizadora a má notícia veiculada com critérios do que a falta de notícias.

É claro que comentários imprudentes, termos mal escolhidos e indiscrições a respeito das condições do paciente, de seu prognóstico ou acerca de sua intimidade (infelizmente, tão comuns à beira do leito) terão um provável efeito devastador sobre um equilíbrio emocional já instável pela doença. Por outro lado, a tranquilização, quando carente de fundamentos, pode ser fonte de dúvidas quanto à confiabilidade do profissional, enquanto que observações que desqualifiquem a gravidade do quadro ou desautorizem a intensidade do sofrimento ou das preocupações correm o risco de serem interpretadas como suspeita de simulação, criando arestas na relação entre médico e paciente.

Por mais que se tenha hoje a disseminação de temas médicos pela mídia, é necessário lembrar que o discurso médico é composto por elementos afins às camadas socioculturais mais elevadas, veiculando conceitos próprios dessas camadas, nem sempre bem assimilados pelas classes populares¹¹. Principalmente (mas, não só) junto a esses pacientes, a utilização do jargão médico traz o risco do surgimento de uma “barreira linguística” que transformará o clínico no representante de um universo estranho, comprometendo a instalação de uma aliança terapêutica fundamental para o êxito de qualquer tratamento.

Em qualquer situação os desdobramentos de uma condição contratransferencial iatrogênica terão a ver com as condições do médico em lidar com suas próprias limitações e possibilidades de falhar. As dificuldades do médico em administrar seu próprio narcisismo podem impedi-lo de assumir responsabilidades no surgimento do efeito iatrogênico, fechando o caminho para uma discussão franca com o paciente, fundamental para qualquer pretensão de contornar as consequências de seu erro, seja no plano clínico ou no plano legal¹². No entanto, é observado que justamente aqueles cujo narcisismo tende a ocupar um espaço acima do recomendável na relação médico-paciente são os que mais a expõem à psicoiatrogenia, justamente por se deterem menos na observação da situação de seu paciente, oferecendo pouco espaço para a manifestação de suas apreensões, expectativas e reivindicações.

CONCLUSÃO

Todo profissional de saúde é dotado de um potencial iatrogênico, e o desenvolvimento ou não desse potencial vai depender, não só de sua habilitação no sentido técnico, mas também de sua capacidade para estabelecer e sustentar uma boa relação médico-paciente. Isso, porque, à parte da iatrogenia no plano somático, entende-se haver outra dimensão para a iatrogenia, passando fundamentalmente pela afetividade, mas chegando, também, ao comprometimento somático pela via da perda da confiança e da adesão.

Uma vez que o adoecer desperta movimentos regressivos em direção aos expedientes mais primários visando o amparo, a presentificação desse cenário arcaico no contexto da relação médico-paciente poderá dar lugar a expectativas asseguradoras ou ameaçadoras do paciente em relação a seu médico. Os registros

inconscientes de um desempenho materno suficientemente bom conduzirão, em princípio, a expectativas de um suporte tranquilizador ao longo das incertezas que o adoecer levanta. Pelo contrário, os registros de frustração e desamparo tenderão a presentificar sentimentos de desconfiança e antagonismo.

No entanto, falar da relação médico-paciente impõe que se observem os dois termos do conjunto, e que nesse ensaio se fale tanto da transferência quanto da contratransferência. Percebe-se que são os elementos da comunicação verbal e não verbal os maiores vetores do potencial iatrogênico referente ao médico, cujas palavras e atitudes, ainda que aparentemente desprovidas de intenção, determinam efeitos previsíveis. Esses efeitos, em linhas gerais, representam a intensificação dos sentimentos angustiantes próprios do adoecer, consolidando dúvidas e incertezas quanto ao prognóstico, e enfraquecendo a aliança entre médico e paciente, com comprometimento da adesão ao tratamento.

As consequências dos equívocos na comunicação entre os dois, da impossibilidade daquele em alcançar a verdadeira demanda desse último, e as relutâncias do paciente em abrir mão de pressupostos de desconfiança e frustração em relação ao médico, levam ao descompasso entre a oferta de um e as expectativas do outro, desfazendo a possibilidade da construção de uma aliança. Surgem, então, dois pólos, cuja vinculação se dará sob forma de antagonismo ou de submissão.

Desnecessário dizer que, de uma maneira ou de outra, fica-se longe do que se possa considerar um vínculo terapêutico positivo, e muito próximo de um desfecho iatrogênico.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho-Filho ET, Saporetti L, Souza MA, et al. Iatrogeny in hospitalized elderly patients. *Rev Saude Publica* 1998;32(1):36-42.
2. Universidade Autónoma de Madri. Iatrogenia y calidad asistencial. [acesso em 27 jul. 2010] Disponível em: URL: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/psiquiatria/psicomed/psicologia/nuevoprog/iatrogenia.htm>.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324(6):370-6.
4. Schmidt E, Mata GF. A relação médico-paciente e as condições de cronicidade. *Rev Bras Clinica Med* 2008;6(5)191-3.
5. Winnicott DW. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1951). Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978. p. 401.
6. Winnicott DW. A teoria do relacionamento paterno infantil. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 48.
7. Moraes V. Soneto do Corifeu. Livro de sonetos. Rio de Janeiro: Livros de Portugal; 1957. p. 79-80.
8. Schmidt E, Mata GF. Transferência e iatrogenia na relação médico-paciente. *Rev Méd Minas Gerais* 2008;18(1):37-40.
9. Winnicott DW. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 128.
10. Iván MTA, Flores PM. Iatrogenia. [acesso em 27 jul. 2010] Disponível em: URL: <http://www.scribd.com/doc/3283217/Iatrogenia>. 2007. p. 8-9.
11. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. São Paulo: Graal; 1989. p. 44.
12. Tavares FM. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 2007;31(2):180-18.