

Relação entre diarreia infantil e hospitalização por desidratação

Relation between childhood diarrhea and hospitalization due to dehydration

Lucas Aguiar Oliveira¹, Lorena Ohrana Braz Prudente¹, Marilisia Mascarenhas Messias¹, Jenyffer Ribeiro Bandeira¹, Paula Fleury Curado¹

Recebido da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico e a relação entre diarreia infantil e hospitalização por desidratação. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa. A população estudada correspondeu a crianças que geraram notificação por diarreia e/ou hospitalização por desidratação no Estado do Tocantins, entre 2010 e 2015. A informação foi extraída do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) disponibilizados pelo Ministério da Saúde. **RESULTADOS:** Entre os anos de 2010 a 2015, foram registrados 82.973 casos de crianças com diarreia no Tocantins. Já o número de internações infantis por desidratação neste período totalizou 1.851. A prevalência média no período analisado foi de 1.382 casos de diarreia infantil por mês, com 31 registros de internações por desidratação infantil mensais. Em todos os anos estudados, a incidência foi aumentada entre junho e setembro, com acréscimo de até 50% em casos de diarreia e 185% em internações. Em geral, os parâmetros relacionados ao número de casos de diarreia em crianças e ao número de hospitalização por desidratação seguiram comportamentos associados, o que reforçou uma relação causal entre eles. **CONCLUSÃO:** O Tocantins apresentou destaque, em nível nacional, em relação a casos de desidratação e mortalidade infantil no período de 2010 e 2015. Por ser tão relevante na morbimortalidade infantil, a revisão de políticas públicas é urgente, com foco na prevenção e na terapêutica efetivas da diarreia e da desidratação infantis.

Descritores: Diarreia infantil; Desidratação; Prevenção de doenças; Hospitalização; Brasil

ABSTRACT

OBJECTIVE: To outline the epidemiological profile and relation between childhood diarrhea and hospitalization for dehydration. **METHODS:** This is a retrospective, descriptive, quantitative study. The studied population consisted of children who generated notification of diarrhea and/or hospitalization due to dehydration in the state of Tocantins from 2010 to 2015. The information was extracted from the database of the Informatics Department of the Brazilian Unified Health System (DATASUS), and from the National Disease Notification System (SINAN) provided by the Brazilian Ministry of Health. **RESULTS:** Between the years 2010 and 2015, 82,973 cases of children with diarrhea were recorded in Tocantins. The number of children hospitalizations due to dehydration in this period was 1,851. The mean prevalence in the analyzed period was 1382 cases of child's diarrhea per month, with 31 records of monthly hospitalizations from child's diarrhea. In all the years studied, the incidence was increased between June and September with an increase of up to 50% in cases of diarrhea, and 185% in hospitalizations. In general, the parameters related to the number of cases of child's diarrhea and the number of admissions due to dehydration followed associated behaviors, which reinforced a causal relation between them. **CONCLUSION:** Tocantins stands out nationally regarding the cases of dehydration and children mortality from 2010 to 2015. Due to its relevance to children's morbidity and mortality, the review of public policies focusing effective prevention and treatment of diarrhea and infant dehydration is urgent.

Keywords: Diarrhea, infantile; Dehydration; Disease prevention; Hospitalization; Brazil

INTRODUÇÃO

A diarreia é definida como eliminação súbita de fezes com conteúdo líquido acima do habitual, associada a aumento do número de evacuações.⁽¹⁾ Pode ser acompanhada de náuseas, vômitos, febre e dores abdominais. Geralmente é autolimitada, com duração de 2 a 14 dias.⁽²⁾ A história clínica, associada com os sinais e os sintomas clínicos, e o exame físico direcionam a suspeita do agente etiológico. A frequência dos agentes etiológicos apresenta variações regionais e sazonais, bem como nas diferentes faixas etárias.⁽³⁾

O grupo etário mais vulnerável às diarreias no Brasil são crianças de zero a 5 anos de idade.⁽⁴⁾ Nesta faixa etária, as crianças com maior risco de desenvolverem a doença são as mais

1. Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, Brasil

Data de submissão: 17/12/2017 – Data de aceite: 05/01/2018

Conflitos de interesse: não há.

Fonte de financiamento: não há.

Endereço para correspondência:

Lucas Aguiar Oliveira
Av. NS 15 ALC NO 14, 109 Norte
Sala da Coordenação de Medicina, bloco Bala I
Campus Palmas da Universidade Federal do Tocantins
CEP: 77001-090 – Palmas, TO, Brasil
Tel.: (62) 98133-8470 – E-mail lucasaguiaroliver@gmail.com

jovens (lactentes e menores de 1 ano) e as mais suscetíveis ao quadro persistente de diarreia.⁽⁵⁾ Suas consequências fisiopatológicas mais graves são a desidratação e a desnutrição, com problemas no desenvolvimento pômbero-estatural e intelectual,⁽⁶⁾ além de aumentar as infecções sistêmicas, o tempo de hospitalização e os óbitos.⁽⁵⁾

A morbimortalidade por diarreia infantil está condicionada principalmente ao baixo nível socioeconômico da população, sendo este um dos principais fatores, que influencia nas condições de saneamento básico precário e no comportamento higiênico pessoal e doméstico insatisfatório.⁽⁷⁾ Sabe-se que a Região Norte possui a maior parte da Floresta Amazônica, tem a menor densidade populacional (3,9 pessoas por km²) e é a segunda região mais pobre do país, depois da Região Nordeste, com elevada proporção de residências sem coleta de lixo e com esgotamento sanitário a céu aberto.^(8,9) Em consequência disso, nota-se que, no Brasil, apesar de os dados oficiais apontarem para a queda da mortalidade em menores de 5 anos, as Regiões Norte e Nordeste concentram a maioria dos óbitos.⁽¹⁰⁾

Diante do quadro exposto, particularmente na infância, são fundamentais a formulação, a implementação e a avaliação de políticas públicas, de acordo com as condições socioeconômicas de cada região, pois, em tais situações de desigualdade, fazem-se necessárias intervenções diferenciadas.

O objetivo deste trabalho foi Traçar o perfil epidemiológico e a relação entre diarreia infantil e hospitalização por desidratação.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa. A população estudada correspondeu a crianças menores de 5 anos que geraram notificação por diarreia infantil e/ou hospitalização por desidratação em Palmas (TO), de 2010 a 2015.

Os dados foram extraídos do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Ministério da Saúde. As variáveis analisadas foram faixa etária, mês da notificação e/ou internação por desidratação infantil.

Realizou-se *download* dos dados em formato de planilhas do Microsoft Office Excel 2016, versão 7, disponíveis *on-line* no *site* do DATASUS, os quais não estão ligados à pesquisa individual. Desta forma, o estudo se isentou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Nos anos de 2010 a 2015, foram registrados 82.973 casos de crianças com diarreia no Estado do Tocantins, com média mensal correspondente a aproximadamente 1.382 casos nesse período. O número de notificações por diarreia decresceu apenas nos anos de 2014 e 2015. A variação por ano foi muito significativa, e a menor incidência de casos de diarreia infantil observada foi no ano de 2015 (8.293); a maior foi no ano de 2010 (20.976).

Já o número de internações infantis por desidratação, neste período, totalizou 1.851. A prevalência média no período ana-

lisado foi de 1.382 casos de diarreia infantil por mês, com 31 registros de internações por desidratação infantil em cada mês.

Em todos os anos estudados, a incidência aumentou entre junho e setembro, com acréscimo de até 50% em casos de diarreia e 185% em internações. Em geral, parâmetros relacionados com o número de casos de diarreia em crianças e o número de sua hospitalização por desidratação seguiram comportamentos associados, o que reforça uma relação causal entre eles.

Todavia, houve aumento de casos de desidratação de outubro a dezembro, sem que existissem relativas alterações no número de casos de diarreia infantil, o que poderia ser explicado pelo clima da cidade, com meses mais secos e importante declínio na umidade relativa do ar nesse trimestre.

DISCUSSÃO

A diarreia, manifestação comum de doenças infecciosas intestinais, ainda se apresenta como uma das principais causas de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, por envolver, de forma direta ou indireta, um complexo de fatores de ordem ambiental, nutricional, social, econômica e cultural.⁽¹¹⁾ Embora seja um problema médico importante em países de baixa renda, mesmo nos Estados Unidos e em outros países de renda elevada, as diarreias são importantes causas de atendimento médico.⁽¹²⁾

Na infância, a diarreia é uma das causas mais importantes de morbimortalidade. Existem fatores que podem contribuir para infecção intestinal e, principalmente, para a etiologia bacteriana. São eles: a idade reduzida; as deficiências nutricionais; as práticas inadequadas de higiene física e alimentar; a aglomeração domiciliar e institucional; a ausência de saneamento básico; o acesso à água contaminada; e os períodos quentes do ano.^(13,14)

Em comparação com o resto do país, a Região Norte foi a segunda em casos de desidratação infantil até o ano de 2014, com taxa de mortalidade infantil de 12,3% (maior que a média nacional, de 1,45%). A diarreia é a principal causa evitável de mortalidade em crianças menores de 5 anos no Norte, chegando a 45% das causas evitáveis, que somam 69,69% das causas de mortalidade infantil.^(10,15)

Estas taxas podem ser atribuídas à deficiente cobertura da assistência médica nestas populações e também à falta de confiança dos profissionais de saúde no tratamento com terapia de reposição oral (TRO), pois apenas 46,2% deles prescreveram TRO a seus pacientes com diarreia aguda. Ainda, o acesso precário a serviços de saúde é agravado pela falta de instituição de um tratamento adequado em tempo hábil, em muitos casos.^(10,15,16)

CONCLUSÃO

As diarreias continuam muito frequentes no território brasileiro, acometendo principalmente as crianças menores de 5 anos. Ela têm levado os pacientes para o atendimento antes de apresentarem desidratação grave e guardam relação temporal com as condições ambientais.

O Tocantins apresenta destaque, em nível nacional, em relação a casos de desidratação e mortalidade infantil no período de 2010 e 2015. Por ser tão relevante, na morbimortalidade infantil, a revisão de políticas públicas é urgente, com foco na prevenção e na terapêutica efetivas da diarreia e da desidratação infantil.

REFERÊNCIAS

1. Lopez FA, Campos Júnior D. Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: Manole; 2007.
2. Sabrá AM. Diarréias infecciosas. In: Tavares W, Marinho LA. Rotina de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015. cap 39 p. 255-263.
3. Fundação Nacional de Saúde. Análise dos impactos na saúde e no Sistema Único de Saúde decorrente de agravos relacionados ao aum saneamento ambiental inadequado [Internet]. Brasília: Funasa; 2010 [citado 2017 jun 14]. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/estudosPesquisas_ImpactosSaude.pdf
4. The United Children's Fund; World Health Organization. Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. [Internet] New York: UNICEF; 2009. [citado 2017 jun 17] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44174/9789241598415_eng.pdf;jsessionid=FD00AA5CB1A12DD28139F19DD18F2304?sequence=1
5. Façanha MC, Pinheiro AC. Comportamento das doenças diarreicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):49-54.
6. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação de Mortalidade. Mortalidade - Brasil: óbito por residência, por capítulo CID 10, segundo região. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Bühler HF, Ignotti E, Neves SM, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4131-40.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Resultados Preliminares do Universo [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [citado 2017 jun 14]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
9. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
10. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2008. [citado 2017 jun 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>
11. Silva L, Mota E, Santana C. Diarréia aguda: epidemiologia, fisiologia, clínica e tratamento. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1985.
12. Guerrant RL, Hughes JM, Lima NL, Crane J. Diarrhea in developed and developing countries: magnitude, special setting and etiologies. *Rev Infect Dis*. 1990;12(Suppl. 1):S41-50.
13. Galvão CE, da Silva AA, da Silva RA, dos Reis Filho SA, Novochadlo M A, Campos GD. Terapia de reidratação oral para diarreia aguda em região do nordeste do Brasil, 1986-1989. *Rev Saúde Pública*. 1994;28(6):416-22.
14. Medeiros MI, Neme SN, Silva P da, Capuano DM, Errera MC, Fernandes AS, et al. Etiology of acute diarrhea among children in Ribeirão Preto-SP, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2001; 43(1):21-4.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Informações Técnicas – Doença Diarreica Aguda [Internet]. Brasília: MS. [citado 2017 jun 21]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doenca-diarreica-aguda>
16. Evian CR. Health education and oral rehydration therapy: some issues to consider. *S Afr Med J*. 1989;76(9):463-4.

A relação subjetiva do cuidado: uma aproximação entre medicina e a psicanálise

The subjective relationship of care: an approach between medicine and psychoanalysis

Oswaldo Henrique Duek Marques¹

Recebido da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O presente artigo trata da relação subjetiva entre o profissional da saúde e o paciente, no que se refere ao cuidado médico. A partir da visão do médico clínico Antonio Carlos Lopes, são analisadas as confluências e divergências desta relação entre a Medicina e a Psicanálise.

Descritores: Relações médico-paciente; Empatia; Cuidados médicos; Teoria psicanalítica

ABSTRACT

This article deals with the subjective relationship between the health professional and the patient regarding health care. From the perspective of the physician-clinician Antonio Carlos Lopes, the confluences and divergences of this relationship between medicine and psychoanalysis are analyzed.

Keywords: Physician-patient relations; Empathy; Medical care; Psychoanalytic theory

INTRODUÇÃO

No presente trabalho, pretendemos analisar algumas confluências possíveis entre a clínica médica e a clínica psicanalítica, no âmbito da relação subjetiva entre o profissional da saúde e o paciente, nas tarefas de cuidado, com vistas a compreender vários aspectos profundos envolvidos nessa relação. Para tanto, apreciaremos, inicialmente, o pensamento do médico clínico

Antonio Carlos Lopes sobre a relação médico-paciente. Na sequência, estudaremos os seguintes temas inter-relacionados diretamente com as ideias trazidas pelo referido médico: o dever de cuidado e o amor ao próximo; as dimensões do cuidado; a escuta médica e a escuta psicanalítica.⁽¹⁾

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Segundo Antonio Carlos Lopes, para o sucesso terapêutico, afigura-se importante conquistar a confiança do paciente, o que exige do clínico, fundamentalmente, sensibilidade, humanismo e amor ao próximo. No seu entender, se, por um lado, os avanços tecnológicos passaram a ser importantes nos diagnósticos, por outro, não são mais valiosos do que a atuação do médico, porquanto o bom diagnóstico deriva especialmente da anamnese e da relação entre o médico e o paciente. Para tanto, incumbe ao médico criar um ambiente agradável e favorável para receber o paciente e com ele manter uma interação profícua.⁽¹⁾

Com efeito, a boa relação humana entre o médico e o paciente é imprescindível, no sentido de investigar a subjetividade e as vivências potencialmente capazes de originar sintomas clínicos. Além do exame físico, há uma anatomia psíquica a ser conhecida pelo médico. Na mesma linha de raciocínio de Lopes, a seguinte lição de Paulo Vaz de Arruda: “O relacionamento do médico com seu paciente foi, em seu início, sempre acompanhado pelo contato físico entre ambos: a percussão, o palpar e o auscultar. A prática desses métodos exploratórios era precedida pela anamnese clássica e por vezes a biográfica, durante a qual, paciente e médico se comunicam verbalmente, e, conforme o caso, essa conversação se aprofundava na exploração de circunstâncias existenciais da vida do paciente e suas consecutivas vivências”.⁽²⁾ Conforme conclui, “a clínica é a arte do encontro entre pessoas. Os seres humanos, com suas angústias, esperanças e desesperos, defrontam-se para que, cada um, à sua maneira, possa se ajudar (...). Se de um lado tem um conhecedor da matéria, estudioso, cuidadoso e dedicado, do outro, um ser mais frágil, sofredor, angustiado, regredido na maioria das vezes, mas cheio de esperança e confiança no seu interlocutor. Será dessa relação tão desigual, da maneira pela qual for levada, que acontecerá o sucesso ou o fracasso”.⁽²⁾

Lopes nos mostra que, justamente por se tratar de relações humanas, é necessário haver tempo suficiente para o médico conhecer o paciente, descobrir suas queixas, averiguar seu passado, seus anseios e suas angústias. No seu entender, o médico precisa

1. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 31/07/2018 – Data de aceite: 02/08/2018

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Oswaldo Henrique Duek Marques
Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Rua Ministro Godói, 969, 2º andar, sala 212 – Perdizes
CEP: 05013-001 – São Paulo, SP, Brasil
Tel.: (11) 50513356 – E-mail: ohduek@terra.com.br

considerar o paciente integralmente, percebendo suas emoções, para conseguir diagnósticos que as máquinas, dada sua natural insensibilidade, afiguram-se incapazes de fazer. Menciona, também, com base na Medicina Psicossomática, a influência dos distúrbios mentais nos órgãos do corpo e as repercussões mentais ocasionadas por lesões físicas. Por essa razão, o ser humano deve ser considerado de forma integral, sem separação entre corpo e mente.⁽³⁾

Tais ensinamentos, sem dúvida, são essenciais para a clínica contemporânea, nas relações de cuidado. Embora relevante o preparo científico do médico, baseado na literatura médica e nos avanços tecnológicos, para a cura ou acompanhamento da enfermidade, deve haver também o preparo psicológico, com vistas à subjetividade do paciente.

O DEVER DE CUIDADO E DE AMOR AO PRÓXIMO

É importante ressaltar a precariedade da existência humana, marcada originariamente pelo desamparo, desde o nascimento, pois o recém-nascido se encontra completamente impossibilitado de satisfazer suas necessidades vitais sem o cuidado de terceiros. Essa situação originária constitui o modelo de várias outras situações de desamparo ao longo da existência, nas quais o homem se vê impotente para encontrar sozinho uma saída para determinada situação, necessitando da ajuda de terceiros.⁽³⁾

Segundo Zeferino Rocha, “o desamparo abre para a alteridade. Ele é um grito desesperado de ajuda lançado na direção do outro. Quando o grito fica sem resposta, o desamparo torna-se desespero”.⁽⁴⁾

Outro importante aspecto a destacar é o desamparo biológico e existencial provocado pelo adoecimento, no qual o indivíduo não consegue se cuidar sozinho, necessitando do outro, que entra em cena em uma fusão de segurança, amor e cuidado.⁽⁵⁾

Além desses aspectos, a vida humana possui a condição ontológica de fragilidade, uma vez que o indivíduo tem consciência de sua finitude, razão pela qual o cuidado de si reflete seu desejo primordial de manter-se vivo. Nesse sentido, é o pensamento de Alexandre Costa, para quem “a iminência contínua da morte, sua perpétua pendência e a possibilidade de efetivação do risco e da ameaça que ela representa conferem à vida uma fragilidade quase constringedora. A vida *dura*. E é frágil. Por isso o homem há de carregá-la em suas mãos com o zelo e a singeleza de quem manuseia delicadas peças da mais fina porcelana” (grifo do original).⁽⁶⁾

Entretanto, se o cuidar de si é natural no homem, decorrente de seu instinto de sobrevivência, o cuidar do outro, em regra, é uma escolha, um gesto de amor ao próximo, para ajudá-lo, tratá-lo e, quando possível, curá-lo.

No âmbito religioso, existe o mandamento de amar o próximo como a si mesmo. O cristianismo fundamenta-se na demonstração de amor do ser divino pelo homem, feito sua imagem e semelhança. Deus, absoluto e infinito, abre mão destas condições para ocupar a limitação e a finitude do indivíduo, refletindo nele a condição divina. De forma recíproca, o ser humano abre-se (do si mesmo) para os outros e para o próprio divino, como expressão de amor.⁽⁷⁾

Freud chegou a criticar esse comando de amar o próximo como a si mesmo. No seu entender, tal exigência ideal da sociedade aculturada, de cunho religioso, é impossível de ser cumprida, pois o indivíduo só tem condições de amar uma pessoa se ela o merecer por alguma razão, seja pela identificação com ela, seja por considerá-la mais perfeita do que ele. Nesta última situação, essa pessoa será amada como ideal do eu. Isso já não ocorre diante de uma pessoa estranha ou sem significação afetiva, porquanto não seria justo colocar tal pessoa no mesmo patamar da pessoa amada. Esse indivíduo estranho, além de não ser merecedor de amor, teria direito à hostilidade e até ao ódio.⁽⁸⁾

Posteriormente, em uma carta-resposta endereçada a Einstein, intitulada *Por que a Guerra?* (1933 [1932]), Freud apresenta um novo enfoque do referido mandamento bíblico. Nessa carta contra a destruição, sugere contrapor Eros à pulsão destrutiva, propondo o amor ao próximo como a si mesmo no âmbito da Psicanálise – embora considere mais fácil fazer essa afirmação do que cumpri-la. Freud também postula relações comunitárias essenciais entre os homens, capazes de produzirem sentimentos de identificações, que fundamentam boa parte da sociedade humana.⁽⁹⁾

Todavia, no caso dos profissionais da saúde, o amor ao próximo não representa mera afeição idealizada ou mandamento de cunho religioso, mas sim um dever ético decorrente de prévia escolha profissional de cuidador. Cabível, nesse caso, o pensamento de Kant, para quem “o amor enquanto inclinação não pode ser ordenado, mas o bem-fazer por dever, mesmo que a isso não sejamos levados por nenhuma inclinação e até se oponha a ele uma aversão natural e invencível, é amor prático e não patológico, que reside na vontade e não na tendência da sensibilidade, em princípios de ação e não em compaixão lânguida”.⁽¹⁰⁾

Da perspectiva kantiana, esse dever de amor ao próximo, consubstanciado no cumprimento de todos os deveres para com o próximo, de cunho racional, constitui respeito a uma lei universal das ações que possa alicerçar um princípio único da vontade: “devo proceder sempre de maneira que eu possa querer também que a minha máxima (*princípio subjetivo do querer*) se torne uma lei universal” (grifo do original).⁽¹⁰⁾

Portanto, se trouxermos esse entendimento para nossa pesquisa, podemos concluir que o amor ao próximo, pelos profissionais da saúde, decorre de um imperativo categórico, independentemente do nosso desejo, e consiste no cumprimento de todos os deveres de cuidado para com o próximo.⁽¹¹⁾ Nesse sentido, o Código de Ética Médica, em seu capítulo I, considera como um de seus princípios fundamentais que “o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor da sua capacidade profissional”.

AS DIMENSÕES DO CUIDADO

Além do amor ao próximo, nas tarefas do cuidar, deve ser estabelecida uma relação de confiança recíproca entre o cuidador e o paciente. Segundo o psicanalista Luís Claudio Figueiredo, em situações de vulnerabilidade crescente, como ocorre no processo analítico, que antecipam a entrega confiante ao objeto e ao ambiente, irão surgir a desconfiança e as defesas contra as falhas do objeto.⁽¹²⁾ Por isso, afigura-se necessária a instalação progressiva

da confiança, tanto no objeto quanto no ambiente – que representam o Outro –, com base em boas experiências, nas quais está implicada, sem dúvida, a atitude do analista ante o paciente. O “outro” engloba o ambiente (social e físico) ou um objeto apto a desempenhar as funções de acolher, hospedar, agasalhar, sustentar.⁽¹³⁾ Para Figueiredo, durante nossa vida, temos de contar com algum objeto ou alguém capaz de exercer essas tarefas de cuidado, afigurando-se, assim, imprescindível a presença implicada do outro, “segurando, hospedando, agasalhando, alimentando e ‘sonhando’ das maneiras mais diversas, desde as mais concretas até as mais sutis e espirituais”.⁽¹³⁾

Nessas situações, imprescindível observar com atenção a fala e a singularidade do indivíduo, incumbindo, ainda, ao cuidador, a tarefa de interpelar, intimar e forçar o sujeito a responder por seu nome, sua pessoa, fazendo com que ele entre em contato com sua existência: a morte, a finitude, a alteridade e a lei. Essas exigências são também essenciais para o processo de constituição psíquica e narcísica.⁽⁵⁾

Como vimos, a subjetividade do paciente interessa tanto à Medicina quanto à Psicanálise. Além dos diagnósticos, importa também a escuta sobre singularidade do paciente e a sua fala. Segundo Alfredo Simonetti, “a noção de subjetividade coloca em destaque a vida psíquica do homem, sua história individual e suas circunstâncias de vida, e se contrapõe, conceitualmente apenas, mas jamais vivencialmente, ao corpo físico e ao comportamento que constituem a objetividade do homem. Se separarmos o corpo físico da subjetividade é apenas como um recurso para entender e pensar, jamais para vivê-los, pois nesse plano vivencial estão inextricavelmente misturados”.⁽¹⁴⁾

A ESCUTA MÉDICA E A ESCUTA PSICANALÍTICA

Poderíamos indagar se o objetivo da Medicina seria a cura, diferentemente da psicanálise. No entanto, essa assertiva não parece verdadeira, pois a ética da Medicina é a do cuidado em sentido amplo, não se limitando à cura, sobretudo porque existem situações nas quais a cura não é possível. Entretanto, afigura-se importante a distinção entre a subjetividade para o interesse médico e a subjetividade para a psicanálise, pois há diferenças essenciais entre a escuta da fala do paciente na clínica médica e na clínica psicanalítica. Nesta, a escuta ocorre de forma fluante, com base nas associações livres do paciente, sem valorizar qualquer caminho, até que algo inesperado ou incerto apareça, como os atos falhos ou os troços de linguagem. Já na clínica médica, a escuta é atenta e prevenida para observar os sintomas e fazer um diagnóstico.⁽⁵⁾

Para a psicanálise, se o inconsciente não produz a doença, ele tem relação com a forma com a qual ela faz parte da vida do paciente, inclusive quanto à noção de ganhos secundários, considerando as vantagens produzidas pelo adoecimento, como maior atenção, liberação de certas obrigações, mais amor e mais condescendência, além dos ganhos primeiros, ou seja, o rearranjo econômico e pulsional provocado pelo processo fisiopatológico da doença.⁽⁵⁾

Outra diferença marcante diz respeito ao ver e ao escutar. Na clínica médica, o ver e o escutar são norteados pelo *Princípio*

da Razão, no campo da realidade objetiva, na tarefa de buscar as razões de cada acontecimento para poderem ser analisados cientificamente, não só para o diagnóstico, como para o tratamento do paciente. Segundo Figueiredo, “não apenas *dar razões* estaria tornando inteligível o material clínico e promovendo os fenômenos assim *racionalizados* à condição de *realidade objetiva*, como *dar razões* teria no contexto clínico uma *eficácia curativa* ou, ao menos, transformadora” (grifo do original).⁽¹⁵⁾

Já na clínica psicanalítica, como conclui o autor, o ver e o escutar estão liberados do *Princípio da Razão*, para se escutar o inaudível e se enxergar o invisível, antes de qualquer racionalização e objetivação, para que algo se mostre antes de vir a ser. No tratamento analítico, de forma diversa do tratamento médico, psicanalista e paciente estão submetidos à associação livre das ideias e à escuta fluante. O paciente deve falar tudo que lhe vem à mente, sem prévia censura, enquanto o analista “deve evitar a preocupação de reter as informações do paciente na forma de registros conscientes, segundo parâmetros lógicos e organizados, abandonando-se à sua memória inconsciente (nos termos de Freud)”.⁽¹⁶⁾ Outra diferença é que, na narrativa do paciente para o médico, certamente haverá preocupação com os significados nela contidos, enquanto na psicanálise, o interesse fundamental está voltado para a cadeia de significantes. O eu do pensamento consciente é distinto do sujeito do desejo inconsciente, de interesse psicanalítico.

Por último, outro assunto que merece ser comentado diz respeito à distinção entre o tempo na Medicina e o tempo na Psicanálise. Na relação médico-paciente, Lopes comenta a necessidade de tempo suficiente para conhecer o paciente, suas queixas e suas angústias; no entanto, esse tempo, na relação médico-paciente, imprescindível na busca do diagnóstico e na melhor forma de tratamento, não deve ser confundido com o tempo na Psicanálise. Sobre o assunto, Maria Rita Kehl sustenta que os depressivos de hoje buscam a Psicanálise para desfrutar do tempo distendido de duração, inerente à transmissão de experiência pela narrativa, possibilitando o encontro do indivíduo com essa temporalidade perdida, com ênfase na experiência atemporal do inconsciente e nos relatos marcados pela livre associação.⁽¹⁷⁾

De acordo com a psicanalista, “na duração do tempo diacrônico instaurado por essa ‘magia lenta’ que é a psicanálise, os depressivos se instalam aliviados, sem pressa, seguros de que é dessa temporalidade distendida que eles precisam para se libertar da pressão aniquiladora das demandas do Outro.”⁽¹⁸⁾

CONCLUSÃO

Os ensinamentos de Lopes a respeito da relação subjetiva de cuidado entre o médico e o paciente demonstram a valiosa interlocução entre a Medicina e a Psicanálise. Dessa ótica, o dever de amor ao próximo, o princípio da confiança e o interesse pela subjetividade do paciente são imprescindíveis em ambas as áreas, não obstante as diferenças necessárias entre elas quanto à temporalidade, à escuta e à fala do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Lopes AC. A importância da relação médico-paciente. Estadão [Internet] Seção Opinião. 2012 Jun 17. [citado 2017 maio 22].

- [1 tela]. Disponível em: <https://opinio.estadao.com.br/noticias/geral,a-importancia-da-relacao-medico-paciente-imp-,901246>
2. Arruda V. Relação médico-paciente In: Laudanna AA, editor. Gastroenterologia e hepatologia. São Paulo: Ateneu; 2010. p. 20-1.
 3. Lopes AC. Clínica Médica: passado, presente e futuro. In: Lopes AC, editor. Tratado de Clínica Médica. São Paulo: Roca; 2006. vol. 1.
 4. Rocha Z. Desamparo e metapsicologia: para situar o conceito de desamparo no contexto da metapsicologia freudiana. Síntese – Revista de Filosofia. 1999;26(86);331-46.
 5. Simonetti A. Psicologia hospitalar e psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2015.
 6. Costa A. A Fábula de Hígino em Ser e tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia. In: Maia MS (Org.). Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond; 2009. p. 32.
 7. Safra G. Cristianismo: concepções de homem e adoecimento humano. Aula ministrada no curso de graduação em Psicologia Clínica da USP, em 6 de abril de 2005. São Paulo: Sobornost; 2005. (A contribuição das grandes religiões para a prática clínica).
 8. Freud S. O mal-estar na Cultura (1930). Tradução de Renato Zwich. Porto Alegre: L&PM; 2010.
 9. Freud S. Por que a Guerra? In: Strachey J, editor. Obras Completas. Tradução de José Luis Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu; 2001. vol. 22.
 10. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Tradução de Paulo Quintela. In: Kant I. Textos selecionados Os Pensadores. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural; 1984. p. 114.
 11. Kant E. Crítica da razão prática. Tradução de Afonso Bertagnoli. São Paulo: Brasil Editora; 1959.
 12. Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta; 2009.
 13. Figueiredo LC. Metapsicologia do cuidado. In: Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta; 2009. p.137.
 14. Simonetti A. A outra cena. In: Simonetti A. Psicologia hospitalar e psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2015, p. 94-5. (Clínica Psicanalítica).
 15. Figueiredo LC. Pensar, escutar e ver na clínica psicanalítica: uma releitura de “Construções em análise”. Percurso [Internet]. 1996[citado 2018 jan 21];16(1):81-4. Disponível em: http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p16_texto09.pdf
 16. Caffé M. Memória: a construção de uma narrativa. Percurso [Internet]. 1994 [citado 2018 fev 19];13(2):17-22. Disponível em: http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p13_texto02.pdf
 17. Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo; 2009.
 18. Kehl MR. O tempo do outro. In: Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo; 2009. p. 119.