

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.