



PSICANÁLISE

Liliana Liviano Wahba

Médico e paciente

É proibido amar

Blucher

MÉDICO E PACIENTE

É proibido amar

Liliana Liviano Wahba

Médico e paciente: é proibido amar

© 2021 Liliana Liviano Wahba

Editora Edgard Blücher Ltda.

Imagem da capa: Wassily Kandinsky, *La Forme Rouge* (1938), recuperada de Wikimedia Commons

Publisher Edgard Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenação editorial Jonatas Eliakim

Produção editorial Bárbara Waida

Preparação de texto Ana Maria Fiorini

Diagramação Negrito Produção Editorial

Revisão de texto Cristine Akemi

Capa Leandro Cunha

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

contato@blucher.com.br

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme

5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua*

Portuguesa, Academia Brasileira de Letras,

março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação

na Publicação (CIP)

Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Wahba, Liliana Liviano

Médico e paciente : é proibido amar / Liliana Liviano Wahba. – São Paulo : Blucher, 2021.

168 p.

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-291-5 (impresso)

ISBN 978-65-5506-288-5 (eletrônico)

1. Psicologia. 2. Médico e paciente – Relação. 3. Empatia. I. Título.

20-4565

CDD 610.696

Índice para catálogo sistemático:

1. Relação médico paciente – Aspectos psicológicos

Conteúdo

Agradecimentos	9
Prefácio	11
Introdução: entre cisões e integrações	15
Panorama e histórico da medicina moderna	25
A formação médica: o estudante, o residente, o médico	41
A medicina integral	57
A relação médico-paciente	71
Os processos de subjetivação no médico	91
A subjetivação do paciente: o processo de adoecer	123
Empatia, poder e amor	141

Panorama e histórico da medicina moderna

A ciência avança através de respostas provisórias, conjecturais, em direção a uma série cada vez mais sutil de perguntas que penetram cada vez mais à fundo na essência dos fenômenos naturais.

Louis Pasteur (citado em Capra, 1982, p. 95)

Medicina organicista-biomédica

Se uma geração atrás mais da metade de médicos eram clínicos gerais, chegou-se no final do século XX a 75% de especialistas e cerca de 65 especialidades. O avanço tecnológico da medicina traz demandas de atualização quase impossíveis: para manter-se atualizado, um médico teria a missão impossível de ler 181 artigos científicos por dia, durante o ano todo. A consequente fragmentação do médico e da pessoa humana decorrente do avanço tecnológico, se, de um lado, extremamente útil para o conhecimento, de outro, despessoalizou a relação com o paciente (Rocha, 1998; Schwartz & Wiggins, 1985; Arruda, 1999).

Um modelo biomédico restrito tem o atrativo de ser coerente e de prometer uma predição com diagnóstico e tratamentos mais certos, mas, na prática, tal modelo não se verifica na íntegra e constitui um paradigma ideal que não se aplica a todas as circunstâncias igualmente. Para atendê-lo, frequentemente transfere-se a pressão decorrente da falibilidade para o paciente, que não seguiria satisfatoriamente as recomendações.

A medicina biomédica é também identificada à medicina de cuidados agudos, cujo exercício – prioritário para salvar vidas – traz maior retorno financeiro e de prestígio, com reconhecimento heroico ao médico, que não aplicará tais métodos em doenças longas e crônicas; chega a ser difícil para pacientes com doenças graves e terminais encontrar um médico que os acompanhe e lhes dê o suporte necessário (Barnard, 1987; Kleinman, 1988; Weatherall, 1994; Kafetsios et al., 2016).

Antigamente, a maioria dos tratamentos considerava a interação de corpo e alma e tratava os pacientes no contexto do meio ambiente social e espiritual. Importante mudança na história da medicina ocidental ocorreu com a revolução cartesiana no século XVII, embora Descartes considerasse a interação entre corpo e mente – ainda que distintos – importante para a medicina, diagnosticando males de origem emocional e recomendando relaxamento e meditação junto a tratamentos físicos.

A era da medicina de cabeceira, preocupada com o equilíbrio humoral, chegou a seu término no final do século XVIII, com a Ilustração e a Revolução Francesa. O fisiologista, do qual derivaria a palavra *physician*, era observador da *physis*, da natureza, e tinha que aprender sua filosofia exatamente no que se refere ao homem, matéria prioritária da medicina. A medicina de cabeceira, entretanto, tinha alcance limitado e com frequência restringia-se a acompanhar o doente no seu leito até a morte.

Em 1794, criaram-se em Paris três novas escolas de saúde, e pela primeira vez o cirurgião era respeitado do mesmo modo que o fisiologista. Esse fato foi precursor do surgimento da anatomia patológica, permitindo estabelecer a relação entre o sintoma e a lesão orgânica após a morte. Uma nova compreensão do corpo humano fazia-se possível, unindo o fisiologista e o cirurgião, e a medicina transformou-se em disciplina científica.

Substituindo a antiga teoria dos humores e a observação de reações de cada paciente individualizado, procedia-se ao estudo em série nos hospitais. Médicos compilavam registros e resultados de autópsias, relacionando sintomas a lesões orgânicas: o sujeito doente transformava-se em objeto de autópsia e de estudo.

A abordagem reducionista, decorrente da visão cartesiana de organismos vivos como sistemas mecânicos, foi útil para a biologia e para a compreensão de processos químicos em nível celular, culminando com a compreensão da natureza química dos genes. A medicina tornou-se biomedicina, acompanhou o desenvolvimento da biologia e, graças ao estudo detalhado de componentes do corpo, adquiriu capacidade de manipulação e de controle impossíveis de serem feitas anteriormente.

No século XVII os fisiologistas se dividiam. De um lado, os iatroquímicos, seguidores de Paracelso, com compreensão química das funções fisiológicas e, de outro, os iatromecânicos, aplicando o método mecanicista à descrição de funções corporais, como William Harvey e sua descrição do fenômeno de circulação do sangue. Com Lavoisier e Galvani no século XVIII, descobrindo a respiração como forma de oxidação e a transmissão de impulsos nervosos associados a uma corrente elétrica, os mecanismos eram acrescidos de complexidade: fenômenos químicos e interações físicas, não somente mecânicas, eram reduzidas aos menores constituintes. No século XIX, com o estabelecimento da teoria celular, a

célula aparecia como unidade fundamental da vida; enormes progressos foram feitos no sentido de compreensão das estruturas e funções de subunidades da célula, a microbiologia, a embriologia, as leis da hereditariedade. Os grandes êxitos da ciência médica do século XX basearam-se no conhecimento detalhado do mecanismo celular e molecular.

Pasteur, no século XIX, estudava a origem da vida e a reprodução dos microrganismos, demonstrando depois a correlação entre bactérias e doenças. A teoria microbiana da doença, em termos reducionistas, entendia a bactéria como causa única da doença. Poucos anos antes, Claude Bernard, fundador da fisiologia moderna, foi o primeiro a assinalar a importância de um *milieu intérieur*, em que a constância do ambiente interno era condição essencial da vida independente. Sua teoria seria redescoberta no século XX com a noção de homeostase, termo criado pelo neurologista Walter Cannon para designar a tendência de organismos vivos de manterem-se em estado de equilíbrio interno. Pasteur e Bernard acabaram representando atitudes opostas sobre etiologia: causa única ou complexo de fatores. A teoria microbiana predominou, pois vinha ao encontro da necessidade de vencer as epidemias na Europa e estava de acordo com o modelo biológico. Criou-se o conceito de etiologia específica, podendo ser estabelecida posteriormente uma taxonomia das doenças. A especialização chegaria ao auge no século XX, enfatizando a nosologia e a localização de patologias com pesquisas que investiam em identificar microrganismos específicos e medidas para eliminá-los.

Na segunda metade do século, a imunologia retomava a importância das defesas naturais do organismo. O próprio Pasteur duvidava de explicações simplistas e interessava-se pelo efeito de fatores ambientais e pelo “terreno”: as condições do organismo que reduziam as defesas contra as bactérias. Achava ele que uma

pessoa saudável, física e mentalmente, teria mais resistência contra micróbios, e o médico devia se preocupar em restabelecer condições fisiológicas favoráveis à resistência natural.

A descoberta das imunizações – vacinas –, iniciadas por Pasteur em 1885, com a inoculação contra a raiva (Capra, 1982), e da penicilina, em 1928, que marcou o começo da era dos antibióticos, permitiria tratar de infecções e controlar doenças contagiosas. Mais tarde, se descobriu o uso da quimioterapia contra o câncer, e a indústria farmacêutica cresceu enormemente aliando-se à medicina.

Seguiu-se a descoberta da assepsia no campo da cirurgia, permitindo aperfeiçoar a técnica cirúrgica e os transplantes de órgãos. A expectativa média de vida, que antes não chegava aos 50, atingia nos Estados Unidos os 75 anos no final do século XX. As doenças eram tratadas por sua especificidade no modelo biomédico científico e, assim, podiam ser estudadas e controladas.

A endocrinologia avançava com o estudo das glândulas endócrinas e suas secreções hormonais (insulina, cortisona), reguladoras de grande número de funções. O uso de extratos animais e vegetais era conhecido pelas medicinas primitivas, populares, mas sem as possibilidades de manipulação de uma tecnologia avançada. Apareciam drogas para doenças crônicas, como diabetes, reumatismo, alergias, hipertensão, depressão. Surgia a pílula anticoncepcional, e as vitaminas sintetizadas ajudaram a erradicar o raquitismo e o escorbuto.

Apesar de controlar tantos males, a ciência médica, que tinha substituído as artes médicas, ainda não compreendia bem suas origens. Uma nova revolução parecia trazer a solução aguardada, com a possibilidade de manipulação genética. A tecnologia empregada para compreender o funcionamento e a composição dos genes transformou-se na base da indústria biotecnológica, ponto

máximo da teoria da especificidade. Surgia, em 1990, o Projeto Genoma Humano, com o propósito de clonagem e sequenciamento de todos os genes. Vislumbrava-se o transplante genético para curar doenças como câncer, por exemplo, com alguns experimentos bem-sucedidos. A tecnologia unia ciência, medicina e indústria. Atualmente a medicina exponencial incorpora com rapidez informática e outros meios, visando ao impacto da tecnologia na biomedicina e na saúde global.

Os cientistas, entretanto, divergiam: alguns achavam que ali estava a resposta final para a cura, outros viam as limitações de certas presunções, já que é muito difícil prever o papel dos genes em funções biológicas complexas. Surgia, depois, a epigenética, considerando a interação entre os genes, o ambiente e a microbiota, que é o estudo do efeito das bactérias no intestino e sua interferência no equilíbrio do organismo (Jobin, 2018).

Após o entusiasmo de tantos avanços, previa-se que a biologia do século XXI devesse ser tratada como a biologia da complexidade, e a saúde, como forma de equilíbrio interno e externo (Friedman, 2014; Golub, 1994).

Não será um equilíbrio baseado em ideias místicas ou na teoria grega dos humores, mas numa compensação entre células, moléculas, e a expressão de genes . . . No século XXI estaremos em via de aprender a viver e morrer com esta perspectiva mais realista, e não com as ideias de especificidade rigorosa que herdamos da era de caçadores de micróbios. Quando o conseguirmos, teremos começado a mudar a metáfora. (Golub, 1994, p. 264)

O modelo biomédico, e a própria biologia, pouco auxiliavam a lidar com os sistemas vivos como totalidade e com sua interação com o meio ambiente, representando a atividade integrativa dos organismos. Assim, uma perspectiva reducionista e fragmentada não permite compreender as mudanças e o metabolismo celular em atividades integrativas, nem o modo de equilíbrio e o percurso do ciclo metabólico. Uma perspectiva integral despontava contra o sistema tecnológico que promovia a desmedida de ações médicas, por exemplo, mediante terapias agressivas nem sempre necessárias, ou modos artificiais de prolongar a vida em hospitais, sem qualidade.

A cultura de negação e a cultura da afirmação da subjetividade

Desde os anos 1970 o público tem demandado mais informação e coparticipação de seus médicos. Estes reconhecem a necessidade de recuperar o clínico geral, recuperar o raciocínio clínico junto a dados de exames e, ainda, recuperar o todo: a alma e o coração da medicina (Lown, 1997; Lopes, 1998; Arruda Martins, 2000; Coulehan, 2005).

Entendem tais médicos que as dissociações são danosas: “Não há toque que substitua uma tomografia computadorizada no caso de um tumor no cérebro, não existe tomografia computadorizada que detecte a infelicidade de um paciente como origem daquele aperto no coração que se traduz em incômodos físicos” (Scliar, 1996, p. 7).

A especialização não necessita caracterizar uma dissociação quando atende a especificidades sem perder de vista o organismo integral; diferenciação difícil no ato, particularmente quando se trata de situação limite. Seguindo a história da medicina científica

e de seu ensino, remete-se a dois de seus fundadores as diretrizes básicas que perduram até hoje.

Abraham Flexner – educador não médico – realizou em 1910 um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá a pedido da Carnegie Foundation que ficou conhecido como Relatório Flexner (*Flexner Report for Medical Education in the United States and Canada*); este expressa a postura positivista e o conhecimento seguro e científico mediante a observação e a experimentação. Os programas educacionais médicos continuariam até a atualidade, com sua ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital. Esse modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, é tido por alguns médicos como restritivo às relevantes dimensões sociais, psicológicas e econômicas da saúde. A reformulação proposta assegurava um padrão de excelência de acordo com o conhecimento científico, promovendo o professor pesquisador. Ao mesmo tempo, um modelo germânico de exclusiva racionalidade protelaria a arte da medicina e, ao deixar em segundo plano o médico atuante e pôr a educação nas mãos de pesquisadores assalariados, acabou dividindo a profissão a ponto de trazer insatisfação ao consumidor.

Um dos críticos da época foi William Osler, expoente do mestre clínico. Em 1889, com 40 anos, assumiu o cargo de professor de medicina na recém-criada Johns Hopkins Medical School, em Baltimore, a qual se tornaria o protótipo das escolas médicas americanas contemporâneas. Em 1911 escreveu ao presidente da Johns Hopkins, declarando-se alheio ao ideal da escola clínica de entregar os estudantes a um grupo de professores que desconhecem as condições que os jovens médicos iriam viver. Acrescentava que o foco desses médicos seria muito estreito e receava criar uma geração de clínicos arrogantes e vaidosos.

Considerado um médico humanista por excelência, mostrava compaixão e vinculação com seus pacientes, transmitia confiança na recuperação, ensinando os alunos a se comunicarem com os pacientes em vez de isolar a doença. Sem ser propriamente simpático, mostrava empatia com seus pacientes. Entretanto, no discurso de 1889, “Aequanimitas”, Osler (1905) advogava certa medida de insensibilidade para o exercício de um julgamento calmo, ainda que não se devesse endurecer totalmente o sentimento: “sem endurecer o coração humano pelo qual vivemos”. O texto é repleto de citações literárias e de metáforas contra a arrogância e o domínio da verdade absoluta, apontando os riscos de uma vida unilateral e incentivando a coragem perante as tristezas enfrentadas na profissão.

Equanimidade e imperturbabilidade mantêm-se os motes do exercício correto da medicina, o que desemboca, quase inevitavelmente, na instituição de uma cultura de negação da subjetividade (Pagliosa & Da Ros, 2008; Duffy, 2011; Rae, 2001; Osler, 1905; Bryan, 1999).

Surge, na contracorrente, uma necessidade de diversificar o domínio da medicina organicista, tendência aceita por muitos pesquisadores atuais; no Brasil, um médico notável como Luis Venere Décourt – premiado com o troféu Guerreiro da Educação, título de professor emérito – advertia sobre o uso parcial da técnica e sobre a importância de considerar o ser humano em sua integridade (Décourt, 2000).

Voltando a Osler, ele incluía no exercício da medicina o ideal da compaixão. Em 1919 proferiu a conferência “As antigas humanidades e a nova ciência”. Nesta, citou Hipócrates: o amor à humanidade associado ao amor ao artesanal – filantropia e filotecnia –, amor à humanidade, amor à tecnologia. A alegria do trabalho unida ao verdadeiro amor fraterno. O intuito último da medicina visaria vincular compaixão com competência técnica.

Depreende-se que o modelo biomédico é fundamental, mas insuficiente, para entender o funcionamento global do organismo, propondo-se algumas situações nas quais a compreensão parcial é satisfatória e, principalmente, eficiente, e uma maioria em que é indispensável considerar interações fisiopsicológicas. Para tal, outro modelo deve ser acrescentado, o qual pode ser chamado de medicina integral. Mas, antes, faz-se necessário assinalar alguns pressupostos do que se entende por uma cultura humanista que incorpora a subjetividade.

A cultura humanista na medicina

A ciência fundamenta-se no raciocínio lógico e instrumentaliza-se na tecnologia; no entanto, antes de serem conhecidos cientificamente, muitos fenômenos foram intuídos por meio de raciocínios indutivos e percepções menos racionais. Quando se aplica o reducionismo como método de conhecimento para efetuar análises detalhadas e operar por partes, não deixa de haver um toque de subjetivação do pesquisador, que escolhe como tratar seu objeto de estudo. Em termos de conhecimento científico, a ciência clássica, fundamentada em quatro pilares – o princípio da ordem, o princípio da separação, o princípio da redução e o caráter absoluto da lógica dedutiva –, atravessou as revoluções científicas da física a partir de 1900 e a emergência das ciências sistêmicas, reagrupando disciplinas diversas em torno de um complexo de interações: “A desordem não substitui a ordem. Ela é a partir de então inseparável. As ideias de ordem e desordem cessam de se excluir absolutamente uma à outra, ou melhor, elas podem tornar-se complementares” (Morin & Le Moigne, 2000, p. 103).

O método condizente a essas revoluções deveria incluir a incerteza, ou seja, estratégias que permitissem enfrentar imprevistos – o

inesperado – e modificar seu desenvolvimento em virtude das informações adquiridas. É um tipo de pensamento que incorpora a complexidade, que respeita as diferenças e reconhece a unicidade, que se pauta pelo paradigma da integração. A concepção fragmentada e mecânica se complexifica em concepção holística, orgânica, proposital, acrescida da subjetividade do pesquisador, incluindo a função da percepção e da cognição no processo de inquérito científico (Morin, 2000a, 2000b; Vasconcellos, 2000).

Devido à dissociação subjetivo-objetivo ocorrida no final do século XVIII nas universidades europeias, a subjetividade foi em grande parte banida da mentalidade científica do século XIX e não pôde ser empregada criativamente a serviço do conhecimento. Não se trata de permanecer num polo ou outro, mas de considerar a validade e a pertinência de ambos, em que o pensamento científico deveria promover a reunião das esferas do subjetivo e do objetivo. Entretanto, o risco da subjetividade mal elaborada justifica as críticas racionais, pois esse tipo de subjetividade consiste em oferecer uma descrição da realidade de acordo com o desejo do sujeito, incentivando a superstição e o obscurantismo (Byington, 1996).

A perspectiva científica aplicada à medicina, epistemologicamente, requer englobar a subjetividade junto ao rigor da pesquisa, a certeza e a incerteza, o todo e as partes, sem prejudicar a discriminação. Já não haveria uma polarização excludente, mas uma diferenciação de momentos e de pertinências, diferenciando cada método e sua utilidade dentro de limitações de atuação e de objetivos, vislumbrando a doença como processo.

Com o intuito de incluir a subjetivação de modo adequado ao ato médico, as humanidades começaram a ser inseridas no ensino médico. Entende-se por *humanismo* a formação do espírito humano pela cultura literária ou científica, diferente, mas não oposto, a

humanitarismo, que é o amor à humanidade e o trabalho para o bem da humanidade (Ferreira, 1975).

Nos Estados Unidos, no final dos anos 1960, organizaram-se as Medical Humanities para criar programas de educação humanista de início em três escolas de medicina protestantes, por um grupo de pessoas inicialmente de orientação religiosa. Em 1966 fundou-se a Society for Health and Human Values, depois se criou um Comitê de Educação Médica e Teologia, cujas questões iniciais eram a despersonalização, a biologia molecular e o ensino de uma medicina mecanicista.

A Sociedade transformou-se no Institute for Health and Human Values, desvinculando-se da religião, dirigido por Lorraine Hunt e Edmund Pellegrino. O seu objetivo foi definido como: “Identificar explicitamente os valores humanos que estão faltando ou estão insuficientemente representados no estudo e prática da medicina, e começar a remediar o déficit” (Fox, 1985, p. 334).

Cabe uma observação importante para não incorrer em reducionismos ideológicos: o médico dedicado aos pacientes que emprega a tecnologia é um humanista na acepção de trabalhar para o bem da humanidade. Portanto, o termo em voga torna-se inadequado e deveria ser suplantado por especificação da subjetivação e incorporação de atributos em vez de classificações nosológicas do que seja ou não humanismo. Por sua vez, o Instituto mencionado há pouco, nos anos 1970, tornou-se menos crítico – ou radical – com a profissão médica e mudou seus objetivos para: identificar problemas devido ao avanço nas ciências médicas e mudar a atitude do profissional e do reconhecimento do público, motivar a atenção à pessoa, a seu sofrimento, a sua esperança, à saúde, ao adoecer.

Note-se ainda que essa perspectiva, que aparenta ser filosoficamente inquestionável, nem sempre é imediatamente aplicável à atuação médica. Há muitos médicos que questionam a crítica ao

médico técnico, pois o paciente pode requerer isso dele ao possuir o único recurso aplicável, chegando ao paradoxo de se questionar se o usuário prefere um médico atencioso ou aquele que tem pouca curiosidade com o entorno cultural do paciente, mas estuda atentamente resultados de laboratório e a evolução do paciente no adoecer. A resposta ideal de que ambas as atitudes podem coexistir nem sempre é aplicável (Mandell, 1992).

A crítica é pertinente, devendo-se entender que o contexto, o momento de intervenção e a necessidade comandam a relação e suas interfaces. Há de se levar também em conta que o raciocínio “ou isto ou aquilo” raramente se assevera correto, apesar de ser imperativo em determinadas circunstâncias.

Referências

- Arruda, P. V. (1999). A relação entre alunos, professores e pacientes. In L. R. Millan et al., *O universo psicológico do futuro médico* (pp. 43-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arruda Martins, M. de. (2000). *Integração do aluno na escola médica*. Apresentado no II Congresso Paulista de Educação Médica. Centro de Desenvolvimento de Educação Médica (CEDEM), São Paulo.
- Barnard, D. (1987). The viability of the concept of a primary health care team: a view from the medical humanities. *Social Science Medicine*, 25(6), 741-746.
- Bryan, C. S. (1999). Caring carefully: Sir William Osler on the issue of competence vs compassion in medicine. *BUMC Proceedings*, 12, 277-284.



A relação do médico com o paciente insere-se na trama da sobrevivência. O paciente vê no médico a salvação, impregnando-o de uma aura de divindade. No fracasso, esse ser superior é transvestido de cores demoníacas. Já o médico, além da responsabilidade perante seus semelhantes, sofre as pressões da exaustão e da culpa pela falibilidade. Não se admira que lance mão de reações protetoras, exibindo às vezes distância e frieza.

A gratidão de ambas as partes é crucialmente posta à prova quando a impotência frustra dolorosamente e não se efetiva uma cura, uma melhora. Subliminarmente, uma parceria baseada em ficções: a do médico todo-poderoso e a do paciente exemplar que incorpora a intervenção infalível.

O paciente, quando desesperançado, se entrega à ilusão; o médico, perplexo, não consegue alcançá-lo com a razão. Eis que surge a relação de confiança, de respeito, muitas vezes de amizade; caberá nela o amor?

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-291-5



9 786555 062915



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

Médico e Paciente É proibido amar

Liliana Liviano Wahba

ISBN: 9786555062915

Páginas: 168

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2021
