
O ato médico e a subjetividade

Paulo Roberto Mattos da Silva
Maria Silveira da Rocha

O presente trabalho enfoca o ato médico sob o prisma de suas implicações subjetivas, discutindo, de maneira pormenorizada, os desdobramentos de uma prática que, cotidianamente, enfrenta impasses cuja importância e possibilidades de manejo são invisíveis ao olhar centrado exclusivamente nos processos biológicos de manutenção da vida. Ênfase é dada aos efeitos iatropatogênicos que tal perspectiva implica, procurando-se descortinar linhas de fuga que favoreçam a criação de alternativas mais produtivas tanto para o profissional quanto para os pacientes que demandam atenção no campo da saúde.

Palavras-chave: Psicanálise, medicina, iatrogenia, ato médico, subjetividade

Para que se possa melhor refletir sobre uma prática clínica que tenha como foco a dimensão psíquica disposta a se estabelecer em território médico, é necessário que se atente para a natureza da demanda que esse contexto institucional estabelece na direção da psicanálise. Longe de uma perspectiva pluridisciplinar, que alcançaria uma integração produtiva pelo viés de um trabalho cotidiano, o apelo, de modo contrário, reside no fato de que haja um profissional disposto a recolher tudo o que, pretensamente, se acharia fora do contexto médico, produzindo interferências nocivas ao bom andamento da ação médica prevista sob a égide tecnicista.

Nesse sentido, por definição, o psiquismo só é tomado como algo que eclode indevidamente em circunstâncias consideradas inapropriadas, criando transtornos para a ordem médica pelo seu próprio e indesejável transbordamento, vindo a contaminar o projeto médico asséptico de cura orgânica. Somente quando fracassa o ideal médico de tratar apenas o órgão, em ligação restrita e direta, é que se abre espaço, a partir dessa sempre experiência traumática, para se constatar a dimensão subjetiva, e uma demanda a outras disciplinas só aí se faz de modo presente pelas conseqüências do trauma. Em especial modo, a psicologia é assim convocada a intervir.

Desconhece-se, nessas circunstâncias ideais e higienistas de negação do psiquismo, que entre o médico e o órgão existe a mediação inexorável de um sujeito, o qual, se não for incluído na ação médica, esvazia seu próprio sentido, e o curso da doença tende a persistir em sua rota sem alcançar interferência adequada para seu tratamento. Essa demanda ao campo “psi” é de natureza puramente sedativa, visa restaurar a ligação considerada intrínseca e produtiva entre o médico e o órgão. Sua eficácia é alcançada em termos basicamente pontuais, sem a participação implicada do sujeito que padece.

É crucial sublinhar que o engano de base, presente nessa perspectiva, reside no fato de a medicina supor que todo o humano preza a vida e, para preservá-la, estaria disposto a ceder ao argumento

axiomático de que deveria se submeter, sem maiores rodeios, aos desígnios do profissional da saúde para continuar bem vivendo. Tosco engano aqui se faz presente, pois trata-se de uma operatória envolvendo aspectos e determinantes que vão além do registro puramente biológico. É nesse degrau qualitativo que a medicina tropeça repetitivamente, a despeito de todos os avanços alcançados pela tecnologia médica, pois sua integração com o que já se sabe sobre o *pathos* humano ainda não despertou o interesse a ponto do médico suspender o recalque da subjetividade no trato do homem adoecido. Uma leitura pertinente e atual, por parte da medicina, sobre o que hoje se pode saber sobre a experiência humana, não acompanhou os avanços e benefícios alcançados pelo desenvolvimento do conhecimento e das tecnologias de ponta dos campos médico e biológico.

Até aqui se coloca em questão o fato do discurso médico não facilitar uma prática clínica, em qualquer de suas modalidades, que escape do eixo prevalente entre o “olhar médico” e o “órgão em mau funcionamento”. Observa-se que, dessa forma, o médico torna-se vítima de si mesmo, e sua prática desponta comportando traço essencial na direção do comprometimento de seu objetivo de implementar um tratamento eficaz de seus pacientes. O grau de desconhecimento da condição de sujeito de seu paciente é diretamente proporcional aos riscos do médico não conseguir alcançar seu objetivo terapêutico, mesmo quando aquele porta uma doença passível de ser bem-assistida pela tecnologia médica.

Assim, no campo da saúde, o retorno do recalco delibera sobre o ato que, quando falho, não poupa a vida, deixando a porta entreaberta para a morte se fazer presente mais do que se poderia pensar. Em casos extremos, poder-se-ia supor que o processo em curso, indo além do recalco, forclui a condição de sujeito dos pacientes, produzindo formulações delirantes ao tomar o humano como simples máquina biológica destituída de qualquer aspecto enigmático. Aqui a certeza encontra no delírio sua dimensão constituinte.

Não é de todo irrelevante lembrar o fato em que uma aluna do curso de medicina, diante de sua primeira paciente, sente-se tocada a ponto de tomar aquela idosa, da qual cuidava com esmero, como personagem de um poema que tecia versos sobre o encontro significativo ocorrido entre ambas, mesmo sabendo que seu dia final não tardaria, dado o caráter gravíssimo de sua patologia e a precariedade vital presente em seu corpo. Passados os anos de formação, agora a médica é reencontrada trabalhando em uma unidade intensiva e, surpreendentemente, se referindo aos seus pacientes como “alfaces”, prontos a deixar a vida, caso o equipamento fosse desligado, o que julgava legítimo, mas não possível em função da legislação em vigor no país. Cabe aqui sublinhar que “alface” não tinha inscrição no campo poético, mas significava a metáfora de um resto humano insosso, algo que precisava ser mantido, quando o descarte já deveria ter sido feito, de acordo com certa ótica médica sem maiores discussões.

O médico, senhor da vida e da morte, investe-se de uma condição mítica a julgar os mortais.

É esse tipo de posição que engendra decisão do mesmo tipo, porém, em circunstância bem diversa, pois o paciente não se achava em tratamento intensivo. Em relação a um paciente com patologia grave, escuta-se em alto e bom-tom, sem meias-palavras, o dito médico apontando que, pelo fato de o paciente ser visto, ao seu olhar, como um miserável, um excluído na verdade e dispor de condições precárias de vida, seria melhor que ele viesse logo a morrer. A solução definitiva travestida de branco aqui aparece, enaltecendo a morte como saída dos múltiplos embaraços da condição humana.

A questão crítica que o fato comporta reside na lógica subjacente a esse pensamento, o qual subtrai possível investimento no tratamento, por supor, com certeza imaginária, o que seria a vida do paciente ao sair do hospital. O crucial no momento, sem dúvida, seria saber se há possibilidade de investimento clínico-cirúrgico, por parte do médico e do hospital, a ser implementado no tratamento desse paciente, em função exclusivamente de seu quadro clínico nas circunstâncias em que o paciente se encontrava.

O que se procura aqui colocar a céu aberto, com tais relatos reais, é que há um juízo de valor em curso no exercício da medicina que interfere nas opções escolhidas de tratamento. Avançando um pouco mais, visando a elucidação da questão, esse juízo acha-se fincado em condições subjetivas do médico, enquanto sujeito que recebe toda a força do recalçamento, fazendo-o pensar que estaria produzindo uma formulação baseada somente em dados puramente objetivos. Além disso, também a condição de sujeito, portanto humana, do paciente é taxativamente recusada.

Já que a medicina não é ciência exata, conforme o discurso médico propaga em benefício próprio, há que se decidir pela via de um investimento desejante para, efetivamente, tratar alguém, caso contrário o inclinar-se sobre a dor humana cede lugar a um ato meramente repetitivo, realizado em uma linha de produção, a qual objetiva a reparação do órgão, tomado nessas condições apenas como máquina em funcionamento crítico. Se a reparação for de todo impossível o descarte apresenta-se, então, como solução definitiva pelo seu caráter sedutor diante do mal-estar que marca a existência humana.

Não é sem razão que o termo “iatrogenia” comporta séria ambigüidade. É usualmente empregado para definir o surgimento de doenças provocadas por uma prática médica indevida ou mal-aplicada em circunstâncias de tratamento. Derivado do grego (iatros = médico; genesis = produzir), significa qualquer alteração patológica provocada no paciente pela ação médica, segundo definição usual (Ferreira, 1999). Entretanto, o termo também pode receber sentido diverso,

perdendo sua conotação de prejuízo causado pelo ato médico, conforme assinala Houaiss (2001), ao afirmar seu sentido genérico em termos da “geração de atos ou pensamentos a partir da prática médica”, abarcando, dessa forma, todo procedimento médico que coloca em cena o saber e as intervenções realizadas no âmbito da medicina.

No artigo “Iatrogenia em cardiologia”, de Pereira et al. (2000), temos um raro, porém não menos importante episódio de olhar crítico sobre a prática médica partindo de dentro da medicina, o que o torna valioso e muito incisivo quanto às questões que aborda. Sendo o autor, ele próprio um médico que se propõe a discutir de maneira fundamentada e consistente a iatrogenia relacionada à prática médica em cardiologia, apresenta dados e valores alarmantes. Realmente os aspectos apresentados são inofismáveis, levando-nos à conclusão de que a avaliação do médico, somente em circunstâncias muito restritas, é poupada de estar alicerçada em perspectivas subjetivas. Isso ocorreria porque a singularidade de cada caso exige escolhas a serem feitas e tomadas de decisão frente às situações, em boa parcela, não precisamente descritas na literatura. Escolhas estas, sublinhe-se o fato, geradoras de conseqüências inexoráveis, abrangendo desde efeitos sobre a relação médico-paciente, a escolha da medicação, os procedimentos considerados indicados para o caso, até a forma de se pensar como irá transcorrer o acompanhamento do paciente, sem esquecer que interferências subjetivas não cessam de existir ao longo de todas as fases do ato médico.

No trato da questão da iatrogenia e procurando um maior detalhamento, o autor estabelece a diferenciação de dois tipos, a saber: iatrogenia de ação e iatrogenia de omissão. Desnecessário sublinhar que o termo iatrogenia é tomado no trabalho em tela pela vertente dos malefícios que são gerados a partir do ato médico.

A primeira forma de iatrogenia abordada refere-se a toda ação do médico, envolvendo a natureza do vínculo estabelecido com o paciente, diagnóstico, terapêutica e prevenção gerados a partir de *imprudência* ou *imperícia*.

A segunda é circunscrita à falta de ação do médico, em qualquer momento do tratamento e, portanto, da sua relação com o paciente, caracterizando-se, portanto, como um ato de *negligência*.

Além dos aspectos destacados, cabe colocar em evidência o fato de que a iatrogenia também pode se inscrever, não somente em termos da particularidade de um ato médico marcado por *imprudência*, *imperícia* ou *negligência*, mas nas próprias fronteiras do saber médico, como bem assinala Pereira (2000) em seu artigo:

... podemos admitir que determinados métodos terapêuticos, que apresentam hoje indicações na abordagem do doente, poderão no futuro serem alvos de

complicações ainda ignoradas, cuja prática que até então não era, passará a ser considerada iatrogênica. (p. 75)

Nesse caso, devemos considerar o termo iatrogenia merecedor de uma especificação maior, onde poder-se-ia diferenciar o potencial iatrogênico do saber médico, descoberto pelo seus próprios avanços subseqüentes, e o ato sustentado por um médico específico que se mostrasse nocivo em função de imperícia, imprudência ou negligência por parte do profissional, a partir de um saber bem consolidado. Nesse último caso, a medicina disporia de propostas bem-assentadas de tratamento, mas o ato médico não seria implementado de acordo com seu potencial benéfico, existindo um atravessamento crítico que eliciaria a ocorrência de circunstâncias iatrogênicas.

Recorrendo a E. B. Krunbhaar, em seu prefácio da edição americana da obra do renomado médico italiano Arturo Castiglioni (1947), este último, autor de um dos clássicos sobre a história da medicina, encontramos:

O curso irregular seguido por nossa profissão, seus becos sem saída e suas armadilhas, os métodos de pensamento, observação e experiência que se mostraram aproveitáveis ou falazes no passado – a compreensão de tudo isto poderia ajudar, a muitos de nós, a reconhecer os problemas mais gerais do momento e fornecer métodos para sua solução.

Torna-se evidente no texto citado que há uma convocação implícita a se pensar a medicina fora do registro da onipotência dos achados presentes, incorporando sua dimensão histórica para se bem enfrentar desafios atuais à luz dos tropeços enfrentados ao longo do tempo. Isso implica pensar o exercício médico de maneira ampliada, deixando-se uma porta aberta não só para incorporar os enganos e acertos trilhados pela medicina em sua história, mas também aceitando um furo intrínseco no saber médico. Dessa maneira, abre-se espaço para uma reflexão constante sobre seu exercício, possibilitando o escape de práticas dogmáticas, alimentadas por certezas ilusórias. Por conseguinte, essa seria uma das possibilidades do médico reconfigurar sua posição, imposta pelos tempos modernos, de mero tecnólogo predisposto a pensar o atendimento em saúde pelos caminhos do frenesi de uma linha de produção em série.

Um dos retratos da assistência médica na atualidade mostra o nivelamento, em patamares críticos, do atendimento não só público, mas também daquele realizado na clínica privada. As filas do sistema público de saúde, o desrespeito com os horários, os quinze minutos máximos de atendimento e outros aspectos de mesma natureza, migraram para os consultórios particulares, perpetuando uma maneira caótica de acolhimento da clientela que não deveria ter lugar em espaço algum em que se pretendesse tratar do humano. Não mais se sustenta seriamente que o atendimento na rede pública ocorreria sob a dinâmica do atropelo por conta,

única e exclusivamente, de falta de condições materiais e institucionais. O padrão migra para todas as instituições de saúde, incluindo as mais abastadas. As questões aqui abordadas se acham presentes na medicina onde quer que o ato médico se apresente.

O processo em curso constituiu-se a partir de uma subjetividade engendrada paulatinamente, a qual, tomando as condições atuais como naturais, banaliza a forma do médico pensar seu ato a ponto de produzir o recalque da sua implicação antes, durante e depois de um tratamento. O apego aos protocolos de tratamento e sua pretensa objetividade são a automedicação utilizada para o médico vislumbrar o apaziguamento das condições instáveis inscritas em sua prática. A morte é banalizada sob o ônus da vida assim também ser tratada.

Nessas circunstâncias, são escamoteadas as conseqüências de uma profissão que, escolhendo estar situada entre o limite crítico da vida e da morte, encontra na negação da subjetividade esquiva capaz de fazer esquecer ao seu praticante sua condição de mortal, o que, contudo, não deixa de cobrar, cotidianamente, alto preço pelo feito.

Parodiando o poeta, poder-se-ia dizer que nem no câncer o médico é solidário, ao contrário do mineiro que nessa condição abre exceção, diz o literato jocosamente, não se furtando à solidariedade. Em sendo a isenção e o descompromisso com o outro que trata sua meta laborativa, tal rota ganha delineamento como sendo o modelo prevaletente do exercício de seu ofício.

É essa lógica que dá entendimento ao fato de se ter escutado dito peculiar de médico responsável pela realização de procedimento técnico, com resultado iatrogênico, de punção de subclávia em paciente oncológico grave, pois houve perfuração do pulmão: "... o paciente caiu na faixa percentual dos pacientes em que esse procedimento dá errado. Que azar o dele! Mas, pouca diferença faz porque ele ia morrer mesmo, se isso foi antecipado pouca diferença faz" (sic).

Ou seja, a estatística, freqüentemente tomada erroneamente como símbolo indiscutível de se estar no campo da ciência, serve de álibi para o sujeito recalcar as conseqüências iatrogênicas de seu ato, e a própria condição mortal de todo humano serve de argumento justificativo, pois ao lembrar o fato de que todos somos mortais, não haveria problema em se abreviar a vida de quem quer que fosse por ato bem-intencionado. O destino é sempre a morte, que se realiza inexoravelmente para todos, não importando se hoje ou amanhã, é axioma que não pode ser refutado, e argumento de base utilizado para se sustentar o dito acima, varrendo do horizonte qualquer inscrição ética a ser considerada.

Transita assim, tal posicionamento, da inconseqüência neurótica até a perversão cruel, ao se infringir, indiferentemente, sofrimento ao outro, tudo não fazendo mais diferença alguma, na medida em que a ética é posta como matéria ultrapassada e inútil para dizer algo sobre o viver.

Em última instância, o que não se percebe é, em suma, a raiz suicida do argumento: qualquer sujeito pode, legitimamente, ser morto por ser mortal, já que, mais cedo ou mais tarde, esse destino se realizará.

Por conseguinte, poder-se-ia abreviar a vida que duraria mais seis meses ou aquela que duraria vinte anos, indiferentemente, porque, em sendo humano, ninguém escapará do desígnio mortal, visto que tudo não passa de uma simples questão de tempo. Essa é a lógica que segrega, exclui e julga afirmando, silenciosamente, que as minorias sem voz já viveram o suficiente. É essa clientela que lota as filas dos hospitais públicos do país, mendigando assistência, e acaba recebendo um julgamento cruel que na maioria das vezes cerceia e antecipa o término de seu direito inalienável à vida, tudo isso vindo a ser a expressão direta do descaso e do desinvestimento na prática reflexiva sobre o próprio ato vinculado à saúde.

Uma outra faceta, também merecedora de destaque, é o que se poderia chamar de inconsciência na forma dos médicos exercerem a medicina. Os parâmetros para o exercício da função médica retratam a crise que assola este campo, mas, ao que parece, os médicos ainda não se deram conta, nem dos seus efeitos já em curso. O próprio avanço tecnológico aponta para a produção, cada vez mais visível, do estreitamento do espaço disponível para o médico junto ao sujeito em tratamento. Hoje, observa-se um paciente recebendo o resultado de seu exame de sangue, por exemplo, e concluindo, a partir de informações disponíveis, que não necessita nem voltar à consulta para obter um parecer do especialista. O próprio paciente avalia seu exame e estabelece o caráter desnecessário de voltar à consulta porque o que lhe seria dito já supõe saber previamente.

Ora, se a questão se resume a uma informação, essa já não se acha aprisionada no território médico. A cultura midiática trata de disponibilizar informações antes resguardadas e entendidas exclusivamente na esfera médica. Além desse aspecto, outro salta aos olhos mostrando que o crescimento exponencial dos dispositivos computacionais avançam concorrendo para a expansão do conhecimento, para uma ordem de fenômenos até então inimagináveis. Espera-se do progresso da nanotecnologia igual desenvolvimento na área da medicina. Os campos da biologia molecular e dos transplantes tendem a agregar uma espantosa contribuição com conseqüências diretas, tanto em relação à capacidade de se promover diagnósticos precisos quanto ao desenvolvimento de tratamentos revolucionários em médio prazo. Na ponta do desenvolvimento das pesquisas há, inegavelmente, um pensamento criativo alicerçando o progresso alcançado. Mas, no extremo oposto, no cotidiano da prática médica, há uma tendência ao simples exercício rotineiro de aplicação de um protocolo estabelecido pelas pesquisas avançadas. O professor doutor pensa e cria a medicina que o “doutor” médico

vai aplicar. Alia-se a esse fato o crescente do especialismo, criando um cenário bastante peculiar. Na atualidade, o médico tem sua formação mais avançada restrita ao funcionamento normal e patológico de um órgão, por exemplo, nefrologista, urologista, gastroenterologista, dentre muitos outros. Não é insólito se constatar que um sujeito pode morrer, na presença de um médico, sem que esse consiga estabelecer, corretamente, uma manobra de ressuscitamento. Não seria estranho se hoje o médico fosse delineado como um profissional que exerce o que se poderia chamar, na atualidade, de “A medicina do órgão”.

Seguindo-se pela via do avanço tecnológico, porém indo mais além, hoje já se é capaz de realizar exames e prescrever tratamentos de maneira até independente do médico. Por exemplo, já se encontra disponível equipamento para o tratamento de arritmias cardíacas, dispensando a habilidade manual do médico e obtendo precisão infinitamente maior nos procedimentos relacionados ao cateterismo e à cauterização, quando esta se faz necessária, com uso de máquinas informatizadas.

Além disso, a ótica restritiva do especialismo não permite ao médico entender a vida como um processo que escoia por fendas diversas até um oceano de complexidade fugidia ao seu olhar minimalista. Tais circunstâncias engendram ponto específico de partida para uma viagem sem volta, já iniciada. Poder-se-ia até dizer, sem exagero, suicida, em relação à função médica no futuro. Isso quer dizer que o médico acaba, usualmente, trabalhando não só contra o paciente, quando implementa condutas iatrogênicas, mas também, e principalmente, contra si mesmo. O olhar focado na especificidade do órgão, sem articular uma visada mais ampla, enfocando processos indissociáveis e intrinsecamente presentes na esfera da vida humana, acarreta-lhe um custo crítico, na maioria das vezes menosprezado, mas nunca deixando de produzir sérias conseqüências, tanto em termos de interferências decisivas no projeto médico de cura quanto em relação à forma do paciente aderir ao tratamento e influir no seu resultado.

Ou seja, quanto maior a aspepsia do olhar, mais produtivo será o tratamento, torna-se o engano crasso, patrocinado pelo discurso médico, quando, ao contrário, pelo caminho da incorporação das subjetividades em cena, mudando-se de patamar de observação, o ato médico amplia suas possibilidades de melhor confrontar as condições patológicas que demandam enfrentamento por parte da díade médico-paciente. Mas isso só encontra condições de ocorrência positiva caso o médico supere sua fobia ao humano. A fobia de gente é regra insidiosa nascida no subterrâneo de sua formação ao se forjar e difundir um olhar eivado de crenças e mitos sobre o humano. O mito da neutralidade científica encontra, assim, acolhida majestosa, sempre pronta a promover sua expansão na clínica cotidiana, a despeito de seu ocaso no terreno científico, desde que o positivismo foi colocado em quarentena epistemológica. Não se pode deixar passar ao largo

o fato de a medicina em si mesma não se constituir em uma ciência na plena acepção da palavra. É uma tecnologia que recebe aporte da biologia, da física, da química, dentre muitas outras, o que não lhe causa demérito algum. Sublinhe-se o fato que tais circunstâncias não justificam, acima de tudo, a postura onipotente reativa que lhe serve de traço característico, exercido pela maioria dos quadros médicos. Não ocorre em raras circunstâncias, o médico desprezar, em seu cotidiano de vida, procedimentos que preconiza, sistematicamente, em sua clínica, mostrando que duas medidas se fazem atuantes em franca contradição. Dessa maneira, sua postura no exercício de seu ofício não é diferente daquela tomada por um ator que desempenha um papel em hora e lugar determinado. Vida e medicina assim se mostram radicalmente dicotomizadas e o exercício arrogante do poder, promotor da exclusão da subjetividade do seu paciente, é a maneira rotineira de escamotear de si mesmo tamanha fratura que denuncia o fato de a vida não ficar de fora do exercício da medicina.

Dessa forma, um mínimo de continuidade entre a vida e a medicina lhe seria bom poder admitir. Alguém com espírito fraterno em relação aos de suas relações não precisaria, necessariamente, se despir de tais traços para ensejar o exercício de sua função de médico, em nome de uma eficiência tecnicista puramente imaginária. A insensibilidade ao sofrimento de seu paciente não se sustenta no dito, tão propagado, de que de outra forma não seria suportável trabalhar. Falácia essa que se perpetua como lenda nos corredores dos hospitais, e que cada médico é convocado a lhe dar aparência de verdade, verdade passível de ser sustentada exclusivamente em águas rasas. Sob outra angulação, retrata sim um modo de subjetivação em que a crueza desbanca a solidariedade diante do trágico e a onipotência recusa saber que a dor, fruto do mal-estar inerente ao humano em todos os níveis, circula e se distribui igualmente como nenhum outro bem existente, não seguindo o curso do capital, como bem nos lembra Freud.

Nessa linha de reflexão, pode-se conjecturar sobre o futuro desse tipo de investimento. Quem sabe não está longe o tempo em que uma máquina computacional será capaz de realizar o processo cirúrgico mais delicado, e outra informar, em linguagem simples – por meio, por exemplo, de um *software* de máscara à semelhança do *Windows*, cuja finalidade é criar facilidade ao acesso do computador por parte do não especialista – o resultado e o tratamento indicado a determinado caso, depois de um procedimento diagnóstico altamente sofisticado, mesmo sendo eles inacessíveis em seus meandros ao entendimento do paciente. Insiste saber: o que estará reservado àquele que desempenha o ofício de médico? O futuro lhe reserva sua extinção indiscutivelmente ou há que se proceder a uma nova ordem médica construída sob outra forma de olhar que gere atos de natureza peculiar, que lhe garantam maior inserção no universo

humano? O dispositivo mecânico-computacional substituirá o médico, como substituiu uma enormidade de técnicos em funções especializadas, não menos delicadas, sem que o processo se estanque, como ocorreu na indústria, tendo em vista que o médico pode, em novas circunstâncias, apresentar um caráter diferencial ao atender seu paciente, considerando-o como sujeito?

Seja em quaisquer dos casos mencionados, fica clara a importância da própria atuação médica, em sentido amplo, como fator determinante ao longo de todo o processo diagnóstico e sendo passível de ser discutida também em todas as etapas do tratamento. Não há dúvida de que o tema é de interesse para a saúde pública oferecida no país. Atentar para a forma como a prática médica se estabelece nos hospitais da rede pública, no Sistema Único de Saúde, é de crucial importância, evitando, assim, que complicações contornáveis em condições específicas de atenção e cuidados venham a se somar às que já fustigam os pacientes a partir de sua própria enfermidade e sintomatologia. Torna-se uma tarefa primordial e necessária um apuro incessantemente crítico das práticas exercidas, para que não se perca de vista o que há de fundamental em tão cara empreitada de cuidados em relação ao outro que padece. Certamente, se a dimensão humana não for colocada em evidência, a máquina informacional em algum tempo desempenhará melhor a função técnica, a qual o médico prima em restringir a sua participação.

Passo importante é dado quando o recalque forjado em uma prática médica onipotente pode ser suspenso e assim permitindo-se ir além das condições atuais, reconstruindo uma prática de uma forma mais legítima e em sintonia maior com a conformação humana, sem que se precise mascarar a presença constante da morte e desviar seus investimentos unicamente para questões de ordem tecnológica.

Dessa maneira, furar a barreira narcísica tão poderosa que atravessa a prática do médico, que está relacionada intimamente com a construção do seu saber, é possibilitar que dela se tire partido e se construam linhas de fuga para a reinvenção do ato médico na direção do reconhecimento da amplitude do território humano que perpassa seu vínculo com o paciente. Nessa empreitada, parceria produtiva entre a medicina e a psicanálise certamente terá lugar.

Não é desnecessário sublinhar o que Freud (1915) não nos deixa esquecer quando adequa o velho ditado: "... se queres preservar a paz, prepara-te para a guerra", reformulando-o para postular que "se queres suportar a vida, prepara-te para a morte".

Referências

- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda de. *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- CASTIGLIONI, Arturo. *História da medicina*. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1947.
- HOUAISS, Antonio. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- MATTOS, Paulo Roberto. *Os confins da psicanálise e a crueldade das incertezas*. 2005. 155p. Tese (doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.
- PEREIRA, Afonso Celso et al. *Iatrogenia em Cardiologia*. Arquivo Brasileiro Cardiologia, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 75-78, 2000.

Resumos

(El acto médico y la subjetividad)

El presente trabajo enfoca el acto médico desde el prisma de sus implicaciones subjetivas discutiendo, de manera pormenorizada, los desdoblamientos de una práctica que cotidianamente enfrenta situaciones de difícil salida cuya importancia y posibilidades de manejo son invisibles a la mirada centrada exclusivamente en los procesos biológicos de mantenimiento de la vida. El énfasis es dado a los efectos iatropatogénicos que tal perspectiva implica, procurando hacer aparecer líneas de fuga que favorezcan la creación de alternativas más productivas, tanto para el profesional como para los pacientes que demandan atención en el campo de la salud.

Palabras claves: Psicoanálisis, medicina, iatrogenia, acto médico, subjetividad

(L'acte médical et la subjectivité)

Ce travail met en évidence l'acte médical sous le prisme de ses implications subjectives et propose pour ce faire une discussion détaillée des conséquences d'une pratique qui, quotidiennement, se trouve face à des impasses dont l'importance et les possibilités de maniement sont invisibles au regard ciblé exclusivement sur les processus biologiques de maintenance de la vie. Les effets iatropathogéniques que telle perspective implique sont mis en relief pour trouver des points de fuite qui puissent favoriser la création d'alternatives plus productives et pour le professionnel, et pour les patients, ce qui exige plus d'attention dans le domaine de la santé.

Mots clés: Psychanalyse, acte médical, iatrogénique, subjectivité, pratique médicale

(The medical act and subjectivity)

This article discusses the medical act from the perspective of its subjective implications, and questions the development of a practice that faces continual impasses. The difficulty is that the importance and possibilities related to the management of clinical realities are invisible to perception based exclusively on biological life processes. Emphasis is given here to iatropathogenic effects that this perspective implies. The author thus offers approaches that may favor the establishment of more productive alternatives for professionals and their patients who require attention in the field of health care.

Key words: Psychoanalysis, medical act, iatrogeny, subjectivity, medical practice

Versão inicial recebida em janeiro de 2007

Versão aprovada para publicação em março de 2007

PAULO ROBERTO MATTOS DA SILVA

Professor Adjunto IV do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil); diretor do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, Psicanálise e Psicossomática da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil); coordenador do Serviço de Psicologia da Área Cirúrgica GSI/HUAP (Niterói, RJ, Brasil).

Rua João Paulo II, 403/202, Itaipu

24342-270 Niterói, RJ, Brasil

Fone: (21) 9976-4647

e-mail: prmattos@urbi.com.br

MARIA SILVEIRA DA ROCHA

Psicóloga; membro pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, Psicanálise e Psicossomática da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil).

Hospital Universitário Antônio Pedro

Rua Marquês do Paraná, 303

24241-041 Niterói, RJ, Brasil

Fone: (21) 2629-9024

e-mail: ms.darocha@yahoo.com.br