

Tensões psicológicas no trabalho assistencial: um estudo sobre a necessidade de intervenção para a educação em saúde

Psychological tensions in inpatients assistance: a study about the necessity of intervention for health education

Tensiones psicológicas en lo trabajo asistencial: uno estudio sobre la intervención para la educación en salud

Decio Tenenbaum<sup>1</sup>

Nébia Maria Almeida de Figueiredo<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Membro efetivo, com funções didáticas, da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro – SBPRJ; Professor e supervisor do Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – CMP; Mestre do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

<sup>2</sup> Professora titular, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

## Resumo

Este estudo é parte da minha dissertação de Mestrado “As principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial hospitalar” do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Destacamos a relação assistencial e as tensões psicológicas entre pacientes e profissionais emergentes nos encontros clínicos com o objetivo de elaborar um programa de treinamento da equipe assistencial voltado para a prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout.

Trata-se de pesquisa qualitativa, com uso da observação não participante através de entrevistas não estruturadas e na qual os dados coletados estão sendo analisados pelo método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1992, 2002).

Até o momento conseguimos delimitar as situações clínicas dentro das quais a ocorrência de tensões psicológicas é mais frequente. Na situação clínica apresentada a emergência da tensão de aniquilamento é trabalhada com o objetivo de se evitar a ocorrência de iatrogenias.

## Palavras-chave

Psicologia Médica, Psicologia Hospitalar, Iatrogenia, Síndrome de Burnout.

## *Abstract*

*This paper is part of my master's thesis “The most common psychological tensions in inpatients assistance” in the Post-graduation's Program in Health and Technology in the Hospital's Space of the Federal University of Rio de Janeiro State.*

*We highlight the assistance relationship and the psychological tensions between patients and professionals during the clinical meetings to create a permanent training program toward the iatrogenesis and burnout syndrome prevention.*

*This is a qualitative research using non participant observation with non-structured interviews. The data are currently being analyzed by the method hermeneutical-dialectic proposed by Minayo (1992, 2002).*

*At this moment, we were able to point out the clinic situations in which the occurrence of psychological tensions is most frequent. The emergence of the annihilation's tension and its relation with iatrogenesis can be observed in the clinical situation presented.*

#### *Key words*

*Medical psychology, hospital psychology, Iatrogenesis, burnout syndrome*

#### *Resumen*

*Este estudio es parte de mi disertación de maestría intitulada "Las principales tensiones psicológicas presentes en la práctica asistencial hospitalaria" de lo Programa de Posgrado en Salud y Tecnología en lo Espacio Hospitalario de la Universidad Federal do Estado de Río de Janeiro.*

*Destacamos la relación asistencial y las tensiones psicológicas emergentes en el encuentro clínico para la elaboración de un programa de entrenamiento permanente de los profesionales orientado para la prevención de la iatrogenia y del síndrome de burnout.*

*Se trata de una investigación cualitativa, con la utilización de entrevistas no estructuradas y que los datos recogidos se analizan por el método hermenéutico-dialectico propuesto por Minayo (1992,2002).*

*Como resultado, hasta ahora hemos conseguido delimitar las situaciones en que la ocurrencia de tensiones psicológicas es más frecuente. En la situación clínica presentada, la emergencia de la tensión de aniquilamiento es trabajada para evitarse la ocurrencia de la iatrogenia.*

*Palabras-clave*

*Psicología médica, psicología hospitalaria, iatrogenia, síndrome de burnout*

## Tensões psicológicas no trabalho assistencial: um estudo sobre a necessidade de intervenção para a educação em saúde

### I- Introdução

Lidar com as tensões psicológicas da vida é um dos maiores desafios da nossa existência. A construção da própria identidade, a busca e a manutenção dos laços afetivos e da realização pessoal bastam para exemplificar. Acrescentando-se os infortúnios, as doenças e a consciência da finitude existencial, não soçobrar torna a vida um grande desafio para o qual temos a ajuda de cada um dos ramos da cultura: os ensinamentos das diversas religiões e mitologias, as artes cênicas, os escritos filosóficos, a literatura, a ciência... Com a chave da ciência, Freud abriu porta do diálogo terapêutico; precisamos desenvolvê-lo para adequá-lo a cada paciente.

A assistência hospitalar se tornou uma das atividades mais complexas da atualidade. Em virtude de um conhecimento cada vez mais apurado sobre os diversos fatores que se conjugam na causação das doenças, a equipe de saúde tem sido ampliada com a inclusão de profissionais de diferentes áreas e de técnicos habilitados para o manejo do instrumental necessário à realização dos exames complementares à construção do diagnóstico e ao acompanhamento do tratamento. Por outro lado, o tratamento não raramente envolve os familiares do doente.

Atualmente, um hospital com múltiplas clínicas de diferentes especialidades só perde em complexidade gerencial para os aeroportos. Ambos são locais onde a multiplicidade de tarefas, todas necessárias para que o objetivo seja alcançado, torna o trabalho de todos igualmente especializado e fundamental. As características pública, privada ou filantrópica, estritamente assistencial ou assistencial-educacional, da instituição hospitalar também são relevantes para configurar o campo assistencial, pois o caráter da atividade-fim da instituição, com a respectiva inserção na política de saúde vigente engendram as fronteiras do campo assistencial e impõem limites à própria atividade.

Em um hospital convive-se diariamente com sofrimento, doença e morte. E esses são apenas os ingredientes provenientes do doente, seus familiares e amigos. A eles devem-se acrescentar os relacionados com a equipe assistencial, oriundos das pressões e dos conflitos institucionais decorrentes de interesses econômicos e políticos e,

finalmente, os limites assistenciais determinados pela realidade econômica e tecnológica do hospital.

Profissionais diversos, de diferentes esferas socioculturais e com diferentes níveis acadêmicos, trabalham em um hospital geral executando ações específicas, todas voltadas para um único objetivo: o tratamento dos doentes, internados e ambulatoriais. O tratamento dos pacientes internados impõe, em maior grau, tanto a ação coordenada dos diferentes profissionais como mudanças mais radicais na vida dos doentes. A saída do ambiente doméstico e uma relação na qual a experiência de dependência é praticamente inexistente na vida adulta são duas peculiaridades específicas da experiência de internação que contribuem para engendrar um campo psicológico com uma dinâmica específica.

Como todo espaço de interação humana, o campo assistencial também engendra tensões psicológicas e sofre pressões de cunho social, econômico, político e cultural. O momento do adoecimento é propício ao exame da interação, que se dá na interioridade de cada doente, entre a capacidade de adaptação exigida pelo adoecimento com as forças motivacionais individuais, relacionadas com as idiosincrasias pessoais, com a história pessoal e com as circunstâncias da vida do doente. A experiência subjetiva do adoecer, que corresponde às relações de sentido e significado que cada doente constrói nessa interação, por sua vez, quase que invariavelmente impacta os profissionais com quem o doente interage engendrando tensões psicológicas nem sempre conscientes que influenciam o comportamento e a conduta destes profissionais.

A observação de que reações emocionais e condutas defensivas frente a tensões psicológicas dificultam a aliança terapêutica, provocam iatrogenias e o adoecimento da equipe assistencial, em lugar de respostas emocionais e cognitivas adequadas às situações, são ocorrências frequentes no trabalho assistencial foi o estímulo para a pesquisa das principais tensões presentes na assistência a pacientes hospitalizados (Tenenbaum, 2013), cujo caso a ser apresentado é apenas um exemplo. Essas situações me levaram a tomar a relação assistencial como objeto de investigação. Como primeiro passo, busquei relacionar as situações clínicas mais propícias à emergência de tensões psicológicas, cuja investigação poderá ajudar pacientes e profissionais a enfrentar os desafios cotidianos do cuidar e do ser cuidado.

As questões norteadoras iniciais deste estudo foram: Quais são as principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial hospitalar? A equipe de saúde é capaz de

identificar as tensões psicológicas durante o ato assistencial? Os registros clínicos feitos pelos profissionais podem indicar a presença destas tensões? A identificação destas tensões poderá ser usada na elaboração de um programa de treinamento da equipe assistencial voltado para a prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout? Como se pode intervir no sentido de ajudar pacientes e profissionais a lidar de modo produtivo com essas tensões?

Com essas questões em mente a coleta de dados foi iniciada com os seguintes objetivos: destacar nos registros clínicos a emergência de tensões psicológicas oriundas do encontro clínico, analisar as ocorrências destas tensões para a elaboração de um programa de treinamento permanente dos profissionais voltado para a prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout.

Este estudo é parte da minha dissertação de Mestrado Profissional intitulada “As Principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial hospitalar” do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). A elaboração desse trabalho e sua publicação são pré-requisitos para a qualificação da pesquisa, que está registrada no Conselho de Ética em Pesquisa-UNIRIO-CONEP com o nº 23559513.7.0000.5285.

## **II- Fundamentação teórica**

O primeiro passo na investigação de tensões psicológicas é a delimitação do campo dentro do qual elas se tornam presentes. A noção de campo advém da Física, onde designa a região sob a influência de alguma força (elétrica, magnética, gravitacional etc.) ou agente físico. Foi importada para a Psicologia por Kurt Lewin, que posicionando-se contrariamente à abordagem até então usual de considerar os eventos psicológicos como produzidos no indivíduo isoladamente, afirmou: “Só é possível entender as forças que governam o campo psicológico se incluirmos na representação toda a situação psicológica, que necessariamente inclui a pessoa e o ambiente”. Assim, “todo e qualquer evento psicológico depende do estado da pessoa e, ao mesmo tempo, do ambiente, embora a importância relativa de um e de outro seja diferente em diferentes casos” (Lewin, 1973).

O conhecimento sobre o ambiente psicológico vem sendo ampliado desde o início do século XX quando Jacob J. Uexküll estabeleceu que cada espécie animal vive em um

ambiente específico, diferenciando o ambiente físico que existe em torno do indivíduo daquilo que é percebido pelo organismo (Uexküll, 1909). Se as espécies animais vivem em mundos particulares, criados pelas respectivas capacidades perceptuais, o mundo humano é bastante mais complexo porque na espécie humana esta capacidade recebeu um *upgrade* com o estabelecimento da consciência e com o desenvolvimento da linguagem. Pode-se dizer que, em termos evolutivos, a conjugação da capacidade perceptual com a consciência e a linguagem engendrou, na espécie humana, a criação de uma interface virtual entre o indivíduo e tudo o que existe, interface formada por representações simbólicas da realidade, externa e interna: a mente, cujo estudo esteve inicialmente limitado aos processos subjetivos, mas atualmente compreende o espaço da interação pessoal, a intersubjetividade.

Consciência é um conceito empregado pela Filosofia, pela Sociologia, pela Religião, pela Medicina, pela Psicologia e pela Psicanálise. Aqui nos interessa a concepção psicanalítica, na qual designa a capacidade de apreender a natureza de uma situação, objetiva ou subjetiva, em toda a sua complexidade, psicológica e existencial, e responder adequadamente a ela. Psicanaliticamente, a consciência corresponde à camada mais externa do aparelho mental, intimamente relacionada com o sistema perceptivo, influenciada pela atenção e cujo acesso, mediado por mecanismos defensivos e dependente da interação entre os processos cognitivos e afetivos, é necessário para a realização das ações (motoras) específicas (Freud, 1915b, Eksterman, 1987). É, portanto, uma experiência relacional e fruto da integração dos diferentes aspectos da situação (sensoriais, afetivos e cognitivos). Por ampliar o conhecimento da realidade externa e interna, ela é sempre uma experiência transformadora e os mecanismos de defesa (do ego) são os mediadores empregados com a finalidade precípua de impedir a ameaça de desorganização do sistema simbólico inerente a toda mudança e cujo primeiro sinal pode ser a emergência de tensões psicológicas (Tenenbaum, 2010).

Encerrando o enquadramento teórico dentro do qual pesquisaremos as principais tensões psicológicas presentes no campo assistencial hospitalar precisamos mencionar que a compreensão dos processos subjacentes ao desenvolvimento da intersubjetividade faz parte do campo psicanalítico, que se constituiu a partir do estudo da dinâmica dos processos mentais, isto é, o caminho que vai do estímulo, perceptual ou informacional, à formação das representações e suas respectivas vicissitudes para alcançar a consciência



e daí às ações específicas (o comportamento) e evoluiu em direção à compreensão da dinâmica que inconscientemente se estabelece na interação humana.

Em termos psicanalíticos, a tensão psicológica surge quando o caminho do estímulo para a consciência está impedido ou quando uma informação não pode ser integrada à estrutura simbólica. Estas situações ocorrem quando há algum tipo de conflito entre as instâncias mentais ego, id e superego ou entre o ego e a realidade.

## II.a- A intersubjetividade dentro do campo assistencial

O campo dentro do qual se dá a assistência à saúde, o campo assistencial, se organiza a partir de uma situação específica: dar e receber tratamento. E, nesse sentido, apresenta características psicológicas gerais e psicodinâmicas específicas a cada processo terapêutico.

Eksterman (Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica, 2013, Eksterman, 1968; 1975; 1980; 1986a; 1986b; 1992), define o campo assistencial como o espaço virtual formado a partir da interação entre todas as pessoas envolvidas, direta e indiretamente, com a efetivação da assistência. Interação que se dá entre aqueles que, por imperativos profissionais (éticos e sociais), estão coagidos a intervir no sentido de aliviar ou curar e aquele que, por imperativo do sofrimento e da doença, está coagido a receber ajuda. Todos lidam constantemente com sofrimento e ameaça de morte.

Ainda dentro das características psicológicas gerais, essa interação acima referida se dá em três planos conjugados: o pessoal, o psicológico e o profissional. No plano pessoal, ela é regida pelos valores culturais (preceitos éticos, morais e estéticos, preconceitos e preferências e ambições pessoais) e históricos (quantidade e qualidades das experiências vividas: sucessos, fracassos, realizações, frustrações, perdas, decepções etc.) dos envolvidos. Em sendo uma relação de ajuda, pois mesmo havendo algum tipo de pagamento e possíveis interesses pecuniários de qualquer um dos componentes da relação, no plano psicológico a interação é assim vivida e invariavelmente desencadeia reações e defesas às situações de dependência, sofrimento e de ameaça de morte. E, no plano profissional, como toda relação técnica, ela está ancorada no desenvolvimento cognitivo e sujeita aos limites profissionais e institucionais. Ao se cristalizarem em cada situação assistencial, essas características gerais engendram uma dinâmica própria a cada encontro profissional-paciente.

A compreensão dessa dinâmica se dá a partir dos parâmetros simbólicos dentro dos quais a experiência intersubjetiva é representada induzindo as ações específicas, que para os fins desta pesquisa serão qualificadas como terapêuticas ou iatrogênicas. Pelo exposto, o campo psicodinâmico exige uma técnica própria de investigação que inclua os dados inconscientes dos envolvidos (Baranger, 1969). A entrevista não estruturada é o melhor instrumento para se acompanhar os processos adaptativos individuais e a construção da intersubjetividade do encontro assistencial porque possibilita o acesso às produções do processo primário de pensar, mais próximo dos esquemas biológicos (id) e culturais (superego) individuais criados na ontogênese e que se expressam no discurso, no comportamento e na conduta dos envolvidos.

## II.b- Psicanálise e o campo assistencial hospitalar

A Psicanálise teve o mérito, entre outros, de trazer para o campo da pesquisa clínica o exame da irracionalidade. Freud a examinou não apenas nos doentes mentais, como pode ser acompanhado nos casos clínicos que apresentou (Freud, 1886, 1892, 1895, 1909a, 1909b, 1911, 1915a, 1918, 1920, 1923), mas também nas doenças orgânicas (Freud, 1910), na vida cotidiana (Freud, 1901) e na própria cultura (Freud, 1930). Alguns de seus discípulos, munidos da disposição de ampliar o conhecimento sobre a relação corpo-mente, foram para o hospital e iniciaram o que hoje se conhece como Medicina Psicossomática e Psicologia Médica, cuja expansão se deve ao fato de ter complementado os conhecimentos psicanalíticos com os conhecimentos advindos da Antropologia Médica (as formas do adoecer humano), da Sociologia Médica (as formas de organização da assistência à saúde), da Psicologia do Desenvolvimento (as crises, evolutivas e acidentais, do desenvolvimento humano e suas relações com o adoecimento), da Filosofia (o ser doente e seu estar-no-mundo) e da Neurociência (as contribuições para a psiconeurofisiologia).

Franz Alexander (1933,1950), Peter Sífneos (1973, 1983) e Pierre Marty (1983) lideraram as pesquisas psicanalíticas sobre a relação corpo-mente; Michael Balint (1994) deu início à capacitação psicológica e psicodinâmica dos profissionais da saúde; Isaac Luchina (1977, 1979) desenvolveu a interconsulta, o diálogo clínico para a troca de conhecimentos entre os diferentes profissionais que têm um paciente em comum.

O primeiro partiu das observações freudianas sobre a ocorrência de sintomas orgânicos funcionais na vigência de conflitos psicológicos inconscientes e fundou o movimento que ficou conhecido como a escola psicossomática de Chicago, que se caracterizou pela pesquisa sobre o papel dos processos simbólicos na patogenia psicossomática. Com o objetivo de encontrar conflitos específicos para cada doença orgânica foram estudadas exaustivamente sete doenças que, por isso, acabaram conhecidas como as doenças psicossomáticas por excelência: asma brônquica, colite ulcerativa, doença de Graves, hipertensão essencial, úlcera péptica, artrite reumatoide e neurodermatite (Alexander, 1933, 1960; Alexander & Selesnick, 1968). Teve vários e inúmeros seguidores em diferentes países, que desenvolveram essa pesquisa ao extremo, gerando a pesquisa hermenêutica dos sintomas orgânicos que caracterizou essa etapa do conhecimento psicossomático. Foi a época da transcrição psicológica dos sintomas orgânicos (escola psicossomática de Chicago) e da construção dos perfis psicológicos (Dunbar, 1954) propícios ao adoecimento orgânico.

Duas décadas depois, Peter Sifneos, já professor de Harvard, cunhou o termo alexitimia (Sifneos, 1973; Sifneos & Nehemiah, 1983) para designar a dificuldade de expressar sentimentos, um tipo de embotamento afetivo que ele julgou ser característico dos pacientes orgânicos. Nessa mesma época, Pierre Marty desenvolveu uma pesquisa dirigida para um tipo específico de funcionamento mental, o pensamento operatório (Marty & Múzan, 1983), que ele julgava ser específico dos pacientes orgânicos: o pensamento operatório, caracterizado pelo predomínio do lado prático da vida decorrente de uma pobreza imaginativa, isto é, simbólica. Essa pesquisa criou o movimento conhecido como a escola psicossomática de Paris. Esses dois pesquisadores, de maneira independente, entenderam o fenômeno psicossomático da mesma forma que Freud entendeu as neuroses atuais, a segunda linha de pesquisa presente no texto de 1910. Sifneos e Marty afirmaram que a patogenia psicossomática estaria relacionada com falhas no processo de simbolização e que as doenças psicossomáticas corresponderiam a extravasamentos no corpo, somatizações, de experiências psicológicas não devidamente elaboradas, seja por dificuldade em expressar e designar sentimentos (a alexitimia de Sifneos) ou por pobreza simbólica (o pensamento operatório de Marty). Anos antes, Otto Fenichel (1897-1946), médico psicanalista nascido em Viena e radicado em Los Angeles, havia criado o conceito de organoneurose para descrever o mesmo tipo de situação clínica (Fenichel, 1966).

A terceira vertente da pesquisa sobre a relação corpo-mente está associada às descobertas de Hans Selye (1907-1982), médico vienense radicado em Montreal, sobre as etapas iniciais dos processos mórbidos, que culminaram no conceito de Síndrome Geral de Adaptação, popularizada como estresse (Selye, 1965). Esta descoberta teve enorme impacto sobre o conhecimento dos processos de adoecimento, que sofreu uma ampliação ainda maior com a constatação subsequente de que experiências psicológicas também podem funcionar como agentes estressores, desencadeando a Síndrome Geral de Adaptação com todas as suas repercussões orgânicas.

Na década de 1970, no Rio de Janeiro, Abram Eksterman, médico e psicanalista, diretor do Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (CMP), desenvolvendo o trabalho iniciado por Danilo Perestrello (1916-1989), também médico e psicanalista, um dos pioneiros da Medicina Psicossomática no Brasil, no mesmo hospital, observou que o estresse tem a mesma função para o funcionamento orgânico que a ansiedade e a angústia desempenham no funcionamento mental: todos funcionam como reações de alarme para o desencadeamento dos respectivos sistemas de defesa, o biológico e o psicológico. E o adoecimento, físico ou mental, se dá quando as defesas acionadas não respondem adequadamente à situação, levando ao rompimento da homeostase do organismo nas vulnerabilidades de cada pessoa, no *locus minori resistentiae* (Adler apud Freud, 1910). A partir deste ponto, duas linhas de pesquisa sobre a patogenia psicossomática foram iniciadas no CMP, nas quais me engajei na década de 1990: uma, mais geral, sobre os efeitos do estresse psicológico crônico no desenvolvimento de doenças orgânicas e outra, mais específica, a respeito do papel das patologias dos vínculos no desenvolvimento de certas doenças somáticas.

A necessária capacitação dos profissionais de saúde para a utilização desses novos conhecimentos foi iniciada por Michael Balint, que, em 1949, (Balint, em 1949) criou uma atividade grupal com médicos voltada para a discussão da tarefa assistencial, que ficou conhecida como “grupo Balint” (Balint, 1994; Luchina, 1982, Missenard, 1994). A partir dos casos em que os próprios profissionais encontravam dificuldades em conduzir o processo terapêutico, Balint usava o conhecimento psicanalítico sobre a psicodinâmica das relações interpessoais com o objetivo de utilizar a relação médico-paciente como recurso terapêutico. Pouco mais tarde, ao se perceber o potencial pedagógico, essa atividade passou a ser realizada, inclusive no Brasil, com todos os

profissionais e estudantes da área da Saúde. A Psicologia Médica, disciplina do ensino médico dedicada ao estudo das relações assistenciais com o objetivo de capacitar os profissionais para o adequado manejo dos elementos psicodinâmicos presentes no campo assistencial e assim melhorar a qualidade terapêutica da relação assistencial, além de prevenir a iatropatogenia e a síndrome de Burnout, é um dos frutos dessa experiência original de Balint (Eksterman, 1992; Ribeiro et cols., 2010). Desde a graduação investia-se na capacitação profissional no sentido da individualização de cada tratamento, uma medicina da pessoa e não da doença (Perestrello, 1996), como estratégia para os desafios da prática assistencial.

Os textos mais recentes revelam que esse tema vem sendo trabalhado em uma nova perspectiva: a da construção de tecnologias a serem empregadas para a humanização da assistência em uma prática orientada por protocolos retirados de evidências científicas. Neles entende-se que a assistência precisa ser humanizada, mas, paradoxalmente, propõe-se que isso será alcançado com o desenvolvimento de tecnologias e protocolos.

Essa nova perspectiva indica que o estabelecimento e o manejo terapêutico da relação assistencial deixaram de ser uma habilidade pessoal a ser desenvolvida na formação profissional e continuada por toda a vida. Embora ainda se escreva sobre a importância do estabelecimento do vínculo para a qualidade da relação assistencial, este é pensado a partir do comportamento dos profissionais e a relação assistencial é trabalhada sob a ótica de uma relação trabalhador-usuário (Mehry & Franco, 2003). Perdeu-se a dimensão do encontro intersubjetivo que engendra uma dinâmica própria e única. Os conhecimentos oriundos da psicologia social, da psicologia comportamental e da psicanálise são tratados como recursos para a produção de tecnologias relacionais voltadas para a instrumentalização da relação assistencial. O risco assinalado por Japiassu (1977) há quase quarenta anos sobre a utilização da Psicologia como uma tecnologia está se tornando um fato, pois observa-se uma crescente desconsideração pelo caráter eminentemente individual e criativo, intersubjetivo, que propicia a qualidade terapêutica de uma relação assistencial.

Sem a devida consideração pela intersubjetividade, a avaliação da relação assistencial fica limitada a indicadores relacionados com a observância das regras sociais de convivência, com elementos do desempenho da cidadania e com elementos da relação entre prestadores de serviço e consumidores onde, dos primeiros, espera-se um relacionamento dentro das respectivas regras éticas e deontológicas e de

convivência e, na outra ponta, incentiva-se uma maior participação dos “usuários” no tratamento e o pleno exercício dos direitos assegurados pela legislação específica, como pode ser observado em Barra, et. Cols, 2006; Coelho e Jorge, 2009; Martins e Albuquerque, 2007; Mehry, 2000; 2003; Moreira, 2010 e em Salles, 2010.

Inquestionavelmente, a qualidade terapêutica da relação assistencial passa pelo estabelecimento de uma relação intersubjetiva, pelo desenvolvimento científico do profissional e pela existência das necessárias condições (*setting*) para o digno exercício da tarefa assistencial (acesso fácil, conforto, isto é, mobiliário completo, iluminação e ventilação, além de privacidade e tempo (!), pois em menos de 30 a 40 minutos não é possível se estabelecer esse tipo de relação com cada doente e executar os procedimentos necessários à situação).

### III- Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com uso da observação não participante através de entrevistas não estruturadas e na qual os dados coletados estão sendo analisados pelo método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1992, 2002) e utilizando-se preferentemente, mas não exclusivamente, a hermenêutica psicanalítica. Está sendo realizada em um hospital filantrópico, assistencial-educacional, no Rio de Janeiro.

O método hermenêutico-dialético foi escolhido para análise dos dados coletados exatamente por ser o mais adequado para o exame da intersubjetividade, pois foi criado para “a subjetivação do objeto e objetivação do sujeito” (Minayo, 2002). Este método utiliza dois instrumentos adequados à investigação e compreensão (análise) dos dados coletados: a hermenêutica e a dialética. A hermenêutica possibilita “a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos partindo da linguagem como terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento” (Minayo, 2002, p. 97) e a dialética “introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação” (Minayo, 2002, p.101).

Como a pesquisa se dá dentro do campo psicodinâmico da relação assistencial, utilizamos preferentemente, mas não exclusivamente, a hermenêutica psicanalítica para examinar a psicodinâmica das expressões corporais, das relações assistenciais e das

relações sociais relacionadas ao campo assistencial (Eksterman citado por Tenenbaum, 2012).

É qualitativa porque é a metodologia mais adequada para o exame da intersubjetividade por ter “a pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais” (Deslandes & Assis, 2002, p. 195 ss), pois, na tradição da Medicina Social e da Saúde Coletiva, “o processo saúde-doença assume um sentido ampliado de híbrido biológico-social” (Minayo, 2002, p. 83).

Como dito acima, o instrumento utilizado para a coleta de dados é a entrevista não estruturada que segue o seguinte roteiro:

1- Entrevista inicial: entrevista aberta na qual deverão constar os seguintes elementos conforme estabelecido na História da Pessoa (Eksterman in Perestrello, 1996, p. 237-241).

- A biografia resumida do doente, como ele a vivenciou e a relatou.

- As circunstâncias de vida nas quais sobreveio a enfermidade atual.

- A maneira como o paciente se relaciona com o médico(a), com o psicólogo(a) e com a equipe em geral.

- A condução da entrevista procura seguir cada tema aberto pelo paciente, sempre no sentido de estimular o paciente a se expressar. Perguntas mais diretas devem ser formuladas apenas quando for imprescindível o esclarecimento de algum ponto.

2- Entrevistas subsequentes: entrevistas abertas a partir do questionamento sobre o estado em que o paciente se encontra no momento.

Momentos da produção de dados:

1- Selecionamos um caso clínico e destacamos o texto produzido pelos profissionais sobre o encontro clínico;

2- Em reunião com os profissionais-assistentes da paciente, estes procedem à leitura do material clínico com o objetivo de relatar o encontro e as dificuldades pessoais que eles tiveram no encontro com o paciente. O objetivo de cada reunião é identificar, no texto e no relato dos profissionais, a emergência de tensões psicológicas;

3- Uma vez identificada a principal tensão presente no atendimento, estabelecemos hipóteses quanto às origens/motivações da mesma levando-se em conta o relato do

atendimento, o conhecimento sobre a história de vida e as circunstâncias do momento da paciente. Como critério de escolha da principal tensão psicológica presente no atendimento, iremos sempre considerar a que poderá influir negativamente no processo terapêutico na medida em que o objetivo do trabalho psicológico em um hospital é a otimização do tratamento (Eksterman, aulas de Psicologia Médica disponível em [www.medicinapsicossomatica.com.br](http://www.medicinapsicossomatica.com.br)).

4- Finalmente, estabelecemos as possíveis estratégias clínicas para a dissipação da principal tensão encontrada.

#### IV- A produção de dados: O caso R.

Iniciada a coleta de dados para a pesquisa verificamos que, dentro da rotina hospitalar, o momento da internação, a comunicação do diagnóstico, a realização de procedimentos invasivos e a alta hospitalar inevitavelmente provocam fortes tensões psicológicas, algumas específicas. A sobreposição do adoecimento a uma crise existencial, os limites assistenciais e a ocorrência da indução iatrogênica, embora não façam parte da rotina hospitalar, são ocorrências comuns da prática assistencial e também propícias à mobilização de fortes tensões psicológicas.

Dentre as situações clínicas acima descritas, a indução iatrogênica é a menos conhecida, razão pela qual a escolhemos para estudo. O termo foi criado por Abram Eksterman (1977, 1986a) para designar a situação clínica na qual o paciente, inconscientemente, induz no profissional de saúde uma atitude, um comportamento ou uma intervenção iatrogênica nele próprio. Como se sabe, iatropatogenia, ou seu diminutivo iatrogenia, é a denominação usada para os males originados pela própria ação terapêutica. Inicialmente limitado à ação médica (cf. Tavares, 2007), hoje o conceito inclui as ações de toda a equipe de saúde e tem sua origem na ignorância profissional, nos conflitos institucionais ou na impregnação irracional do campo assistencial<sup>3</sup> (Eksterman, 2010)

A iatropatogenia decorrente de erros por imperícia (geralmente causados por ignorância profissional) e de negligência (usualmente relacionada a conflitos intra e

---

<sup>3</sup> Por impregnação irracional do campo assistencial, entende-se a situação na qual a comunicação, as ações ou o comportamento dos componentes do campo assistencial está sob a influência de elementos emocionais predominantemente inconscientes.



interinstitucionais), são os mais conhecidos. Não é difícil saber o que se deve fazer para preveni-los. Por outro lado, e apesar de não serem raros, os casos de iatropatia inconscientemente induzida pelos próprios pacientes não são facilmente percebidos e, diferentemente dos erros por imperícia e negligência, a prevenção depende da capacidade do profissional lidar produtivamente com as tensões psicodinâmicas presentes nos atendimentos.

Trabalhar em um hospital não é fácil para ninguém. Para um cirurgião, mais difícil ainda. Pacientes, familiares, amigos e até mesmos colegas da equipe assistencial, veem os cirurgiões como pessoas frias, distantes, sem nenhuma habilidade para estabelecer uma boa relação com seus pacientes e sádicos porque se divertem, fazem piadas, contam histórias enquanto cortam os pobres e infelizes doentes. Meros técnicos que fazem um trabalho apenas um pouco melhor que o dos açougueiros. Todos morrem de medo de precisar de um deles.

Imbuída de uma forte vocação médica e disposta a enfrentar as dificuldades que vinha encontrando no preparo pré-operatório de alguns pacientes, uma médica-residente em cirurgia passou a frequentar as minhas supervisões no CMP. Trazia histórias de pacientes que desconfiavam sempre das intenções dela quando estabelecia a conduta terapêutica, pacientes que faziam todo o preparo pré-operatório e sumiam quando a cirurgia estava para ser marcada, reaparecendo meses depois em uma situação pior, pacientes que compareciam regularmente ao ambulatório sempre em pior estado, embora afirmassem que estavam seguindo as orientações dela e, assim, não se conseguia concluir o preparo pré-operatório. Quase todos contavam que haviam chegado a ambulatório dela após passarem por vários serviços de cirurgia em diferentes hospitais onde foram mal atendidos, tratados erroneamente ou qualquer outra situação nesse gênero que acabava levando-os a abandonar o tratamento e, eventualmente, a ter um comportamento agressivo.

Sabendo que seriam necessários muitos meses de treinamento para capacitá-la a lidar sozinha com esses desafios e ciente que uma relação de confiança mútua havia se consolidado entre essa médica e uma das psicólogas em treinamento que fazia parte da equipe de Psicologia Médica que trabalhava na enfermaria dela, sugeri, após um par de meses de supervisão, que ela abrisse um espaço em sua agenda de ambulatório para atender a esses pacientes mais difíceis conjuntamente com essa psicóloga. R. foi uma das pacientes acompanhadas pela dupla de terapeutas.

R., uma mulher negra de pouco mais de trinta anos, portadora de hipertireoidismo por bócio multinodular, apresentou-se à primeira consulta muito mal cuidada e mal trajada. Imediatamente após sentar-se estendeu a mão com o encaminhamento feito por um médico de outra enfermaria do mesmo hospital, no qual estava escrito apenas: “Solicito internação urgente”.

Falando baixo, de forma confusa e desordenada, misturando fatos, pessoas e sintomas, R. disse que se tratava há muito tempo, mas só piorava, reclamou de morar longe e de ninguém resolver o seu problema. Em seguida, emendou com a doença de um filho, seguiu falando de tremedeiras, peso nas pernas e foi se virando até quase ficar de costas. Em dado momento da entrevista a psicóloga quase esbarrou na colega médica para poder ver o rosto de R.

Ao ser questionada quanto às medicações que estaria usando, R., sem levantar o olhos, tirou da bolsa um monte de papéis amassados e os colocou sobre a mesa dizendo que não estava tomando todos porque o marido não os comprou. A médica e a psicóloga se entreolharam espantadas. A médica começou a desamassar os papéis e os mostrou para a colega: eram receitas antigas, algumas com mais de dois anos, e novas, todas emboladas, algumas rasgadas e outras riscadas. Quando instada a dizer quais medicamentos estaria efetivamente usando, R. exaltou-se, disse estar sendo enganada há mais de dois anos pelos médicos, que agora estão dizendo que ela tem que se operar e relatou a vez em que seu irmão quebrou um consultório quando ela foi mal atendida. Nesse momento, a médica explica que para decidir se ela precisa ou não ser operada ela precisará trazer os exames que já fez. Faz a solicitação explicando que é para ela entregar ao médico que a encaminhou e trazer os exames que já fez, marca uma nova consulta para dali a quinze dias e pede para a psicóloga continuar o atendimento de R. em outra sala. R. sai da sala reclamando de ter que voltar ao médico anterior.

Na outra sala de atendimento, R. mantendo-se ainda quase de costas, contou a perda do padrasto assassinado pela sua mãe. Disse que ele era a única pessoa que conversava com ela. Depois conseguiu explicar melhor como foi que o irmão invadiu o hospital para agredir o médico que a teria atendido mal. Antes de encerrar o atendimento, ao lhe ser perguntado se era comum os médicos a atenderem mal e se ela achava que hoje também teria sido mal atendida, R. disse que não sabia por que a médica a mandou buscar os exames antigos e por que vai demorar quinze dias para ela voltar. A psicóloga

repetiu as explicações anteriormente dadas por sua colega e reforçou a volta da paciente em quinze dias.

R. veio melhor arrumada à segunda consulta e foi recebida com um elogio da médica à sua melhor aparência. Respondeu ao elogio dizendo que ficara com vontade de bater numa paciente que estava lá fora falando o tempo todo. Disse que ficou irritada a ponto de ter que se afastar para não agredi-la. Ao lhe ser indagado com estava, respondeu que na mesma, só que agora o marido estava desconfiado por ela estar se arrumando para ir à médica, mas ela estava tomando os remédios corretamente. Ao se inteirar melhor sobre a medicação que R. estaria usando e em qual posologia, a médica constatou que a paciente estaria usando a medicação errada em dose inadequada. R. apresentou a prescrição das medicações da mesma forma que na primeira consulta: um bolo de receitas amassadas. O exame físico revelou que, provavelmente, R. não estava fazendo uso de nenhuma medicação. Instada a falar a verdade sobre esse assunto, R. contou seu drama particular: as brigas e a péssima situação conjugal na qual vivia porque o marido queria voltar para a cidade natal dele e ela não concordava, principalmente porque teriam que se desfazer da casa própria deles e partirem para uma aventura não sendo mais jovens. Ao final da consulta R. foi mais uma vez orientada quanto à medicação e aos exames antigos que ficou de trazer e os novos que precisaria realizar.

Mais quinze dias se passaram e R. estava de volta. Cada vez mais cuidadosa com sua aparência, já não reagiu tão mal ao elogio de suas terapeutas, mas ainda não conseguia olhar diretamente para elas. Falando mais pausadamente não esperou ser questionada e disse que ainda não conseguira fazer os novos exames pela dificuldade de atendimento em sua cidade. Também não estava fazendo uso de nenhuma medicação porque o marido ainda não comprara “porque ele está muito desconfiado de mim”. Foi estimulada a trazer o marido na próxima consulta.

R. chegou à quarta consulta bem arrumada, mas bastante agitada. Começou logo a falar contando que esteve na enfermaria anterior e que lhe foi pedido um novo exame, cuja solicitação entregou à médica. Percebendo a nova tentativa de indução de rejeição, a médica pegou o pedido de exame de modo firme e sério e disse: “Você veio encaminhada para se tratar comigo. Portanto, precisava fazer os exames que eu solicitei, mas você deve sentir-se à vontade para escolher onde e com quem você gostaria de se tratar. Você fez os exames que eu pedi?”

Esta atitude firme, mas não reativa da médica mudou o comportamento da paciente. Meio sem jeito, disse que não havia feito os exames e que também não estava usando a medicação porque seu marido ainda não havia comprado. Enquanto falava, R. foi ficando cada vez mais emocionada. Voltando a falar da sua difícil situação conjugal mostrou seu desespero ao dizer que seria melhor morrer a viver como estava vivendo.

R. faltou à consulta subsequente. Alguns dias depois da data agendada, ela apareceu no ambulatório acompanhada do irmão, o mesmo que teria quebrado uma enfermaria e agredido o médico. Ela e o irmão estavam bem vestidos e foram muito educados. R. estava muito tranquila e tentou várias vezes fazer o irmão tomar a frente do atendimento, porém este se posicionou ao lado da porta e em nenhum momento se antecipou à irmã respondendo diretamente à médica. De fato, parecia estar ali apenas para dar apoio à irmã e não para pressionar a médica. R. entregou os exames que haviam sido solicitados organizados numa pasta e depois entregou os exames velhos dizendo que não precisava mais destes. Disse estar se sentindo melhor e mostrou uma foto dos filhos.

Após verificar todos os exames, a médica disse que R. precisaria ser operada. R. e o irmão concordaram com a indicação, a médica solicitou os exames pré-operatórios e os orientou quanto aos procedimentos para a internação com os resultados desses últimos exames.

Quinze dias depois R. foi internada e teve um comportamento completamente diferente na enfermaria. Ajudava as outras pacientes e dizia que achava estranho o medo das pacientes em operar. Na enfermaria continuou a ser atendida por suas terapeutas, agora não mais ao mesmo tempo. O último encontro de Rose com sua psicóloga foi no dia seguinte de sua cirurgia.

#### V- Análise, discussão e resultados

Utilizando a hermenêutica psicanalítica com o objetivo de compreender o clima tenso que se instalou dentro do campo assistencial, o primeiro elemento psicológico a ser considerado foi a impressão inicial registrada pelas entrevistadoras. Ambas tiveram o mesmo sentimento de mal estar com a atitude da paciente (o mal cuidado com as receitas + a fala confusa + o girar do corpo e acabar quase de costas + o tom de ameaça no ar), e as duas interpretaram a estranheza do encaminhamento médico como um sinal

de que o colega da outra enfermagem quis se livrar da doente. Com a franqueza necessária para o enfrentamento dessa situação, disseram que estavam se sentindo mal com o atendimento, mas não conseguiram identificar a origem do sentimento.

No momento inicial, como supervisor, avantei a hipótese de que elas estavam reagindo negativamente à paciente porque esta apresentava um comportamento paradoxal: procurava tratamento médico, mas causava a impressão de querer brigar e não de se tratar, induzindo, com isso, uma reação de rejeição. Essa seria, portanto uma indução iatrogênica.

Além do impacto emocional negativo deste tipo de comportamento, a forte tensão dentro do campo assistencial provavelmente indicava que havia alguma informação ou motivação da paciente cujo acesso à consciência estava impedido. Era plausível supor que a intenção inconsciente da paciente seria induzir a rejeição dos médicos e que ela teria tido êxito com o médico anterior. Mas, com qual finalidade? Se continuasse a ter esse tipo de êxito a paciente passaria a correr risco de morte. Estaria a paciente desejando morrer? Estaria ela ciente disso? Caso estivesse ciente, seria capaz de fornecer essa informação à médica?

A indução iatrogênica (Eksterman, 1986a) costuma estar presente quando o adoecimento se dá no bojo de uma crise existencial vivida como insolúvel pelo paciente ou, então, quando se estabelece um relacionamento sadomasoquista entre o profissional e o paciente (Eksterman, 1968; Tenenbaum, 2012).

Cientes de que a adesão da paciente ao tratamento iria depender do sucesso em ajudá-la a enfrentar a crise existencial que seu adoecimento encobria e, ao mesmo tempo, possibilitava a “solução” através da própria morte, estabelecemos, como primeiro passo, que a paciente seria operada só depois de conseguir olhar suas terapeutas de frente e a família estivesse engajada no tratamento e na decisão da cirurgia.

Pode-se notar que melhor preparadas para lidar com a situação, tanto a médica quanto a psicóloga não reagiram mal à indução de rejeição que R. tentou fazer em dois momentos diferentes da consulta subsequente. Primeiro, ao falar da vontade de agredir como resposta a um elogio; depois, ao dissimular seu descaso com os profissionais que a estavam tratando e sua disposição inconsciente de não seguir a orientação de sua médica ao dizer que estava seguindo corretamente as orientações, mas revelando que

estava seguindo erradamente a prescrição de outro profissional. O exame físico realizado durante a consulta revelou que Rose provavelmente não estava usando nenhuma medicação.

Por outro lado, algo de positivo estava se passando com a paciente. Embora continuasse agressiva e na mesma posição quase de costas para as entrevistadoras, ela estava com uma aparência melhor e começou a expor a crise conjugal que estava vivendo. Estes dois últimos elementos eram indicativos de que a dupla de terapeutas conseguira dar um passo no estabelecimento do vínculo terapêutico ao abrirem espaço para R. expressar suas angústias.

Mais quinze dias se passaram e R. estava de volta, cada vez mais cuidadosa com a aparência e não reagiu mal ao elogio de suas terapeutas: a tensão dentro do campo assistencial estava diminuindo, o vínculo terapêutico fora estabelecido. Na medida do possível, já se poderia entrar mais na dificuldade de R. se tratar. Assim foi feito, e a nossa suspeita de que os pacientes que induzem a rejeição da equipe estão, inconsciente ou pré-conscientemente, querendo morrer devido a dificuldades existenciais imaginadas como insolúveis, se confirmou.

Impactadas com o comportamento inicial da paciente na consulta subsequente, em tudo semelhante ao da consulta inicial, mas não mais se sentindo intimidadas, a dupla de terapeutas se dispôs a entrar nas dificuldades e no sofrimento da paciente. Com atitudes firmes, mas não reativas, conduziram o diálogo ajudando a paciente finalmente expor seu desespero, sua falta de esperança e seu desejo de morrer. Nossa experiência, confirmada neste caso, tem sido no sentido de que, uma vez consciente esse desejo perde força.

O não comparecimento da paciente à consulta subsequente foi outro momento difícil para as terapeutas, mas antes mesmo que houvesse tempo para que elas telefonassem, R. retornou e, mais uma vez, surpreendeu porque nem a médica e nem mesmo a psicóloga haviam presenciado um processo de desanuiamento de uma crise existencial. A morte desaparecera dos pensamentos de R. a tal ponto que ela não apresentou os medos comuns ao momento pré-cirúrgico.

Como acontece em muitos atendimentos psicológicos a pacientes internados, a solução positiva da hospitalização e a aproximação da alta precipitaram alguns acontecimentos na vida de R. Depois da cirurgia ela e o marido conseguiram se

entender quanto ao futuro da relação. Encontraram uma solução para o drama existencial que até o momento da internação era vivido como insolúvel. Tratava-se do fim de uma relação conjugal cujos cônjuges não conseguiam assumir a decisão que se impunha e estavam adoecendo mentalmente por isso.

## VI- Conclusão

Ao procurar o hospital, R. não buscava tratamento, e sim sua eutanásia. Esta era a motivação, cujo acesso à consciência não era possível, geradora do comportamento paradoxal da paciente e que poderia ter inviabilizado mais uma tentativa de tratamento feita por ela mesma. A principal tensão psicológica presente no campo assistencial era uma tensão de aniquilamento, do próprio aniquilamento.

A presença da síndrome de eutanásia (Eksterman, 1986a) nas fatalidades aparentemente inexplicáveis que vez ou outra ocorrem nos hospitais ainda não foi quantificada. A presença da indução iatrogênica nas altas precoces, nos pedidos de exames e na indicação de procedimentos desnecessários, assim como nas reações emocionais e nas dificuldades da equipe assistencial cuidar dos pacientes também ainda não foi devidamente avaliada.

Como atesta a evolução dos atendimentos, a opção pelo acompanhamento da paciente realizado conjuntamente pela médica e pela psicóloga foi uma estratégia adequada para este caso. Do ponto de vista assistencial, evitou a ocorrência de atitudes, comportamentos ou procedimentos iatrogênicos assim como sua contrapartida, a sobrecarga emocional dos profissionais, principal componente da síndrome de burnout. Do ponto de vista educacional, o exame deste caso mostra o quanto é necessário a implementação de um programa de educação permanente voltado para a capacitação dos profissionais de saúde lidarem produtivamente com as tensões psicológicas presentes na prática assistencial.

O exame detalhado da técnica empregada no tratamento de R. e que papel as terapeutas desempenharam na transformação do comportamento da paciente foge ao escopo deste trabalho. Aqui é suficiente assinalar que o objetivo da Psicologia Médica de otimizar o tratamento da paciente foi alcançado usando-se a abordagem proposta por Danilo Perestrello (Perestrello, 1996).

## VI- Bibliografia

Alexander, F. (1933) Functional disturbance of psychogenic nature. In *Journal of American Medicine* 100, 469-473.

Alexander, F. (1960) *Fundamentals of psychosomatic medicine*. New York: Norton.

Alexander, F.; Selesnick, S. (1968) *Historia da Psiquiatria*. Instituição Brasileira de Difusão Cultural, São Paulo.

Balint, M. (1994) *Psicanálise e Prática Médica*. In Missenard, A. (coord) *A experiência Balint*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Barander, W; Baranger, M. (1969) *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman.

Barra, D.C.C.; Nascimento, E.R.P., Martins, J.J.; Albuquerque, G.L.; Erdmann, A.L. (2006) Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. In *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3): 422-30. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm)

Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica (2013). Disponível em: <http://www.medicinapsicossomatica.com.br/materialdidatico>. Acessado em junho 2013

Coelho, M.O.; Jorge, M.S.B. (2009) Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. In *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.14 suppl.1, set/out. Rio de Janeiro. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

Deslandes, S.F.; Assis, S.G. (2002) Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In Mybaio, M.C. de S.; Deslandes, S. F. (org.) *Caminhos do pensamento. Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dunbar, F. (1954) *Emotions and bodily changes. A survey of literature on psychosomatic interrelationships 1910-1953*. New York: Columbia University Press.

Eksterman, A. (1968) Fatores Iatrogênicos na Relação Médico-Paciente. In *Jornal Brasileiro de Medicina*, vol. XV, nº 6.

Eksterman, A. (1975) *Psicanálise, Psicossomática e Medicina da Pessoa*. Relatório oficial apresentado no I Encontro Argentino-Brasileiro de Medicina Psicossomática. Buenos Aires.



Eksterman, A. (1980) *O Psicanalista no Hospital Geral*. Relatório oficial da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro ao 8º Congresso Brasileiro de Psicanálise. Rio de Janeiro.

Eksterman, A. (1986a) *Formação Psicossomática em Ciências da Saúde: O Ensino de Psicologia Médica*. Trabalho apresentado no Congreso de Medicina Psicossomatica em La Cuenca del Prata, Buenos Aires, 1977. In *Psicossomática*, ano I, nº 1, vol. jan/março OEDIP, Recife.

Eksterman, A.(1986b) Relação Médico-Paciente na Observação Clínica. In *Revista de Clínica Médica*, vol. 4, nº 5, 32-45.

Eksterman, A. (1987) Posfácio. In Freud, S. *Neurose de transferência: uma síntese*. Rio de Janeiro: Imago.

Eksterman, A.(1992) Medicina Psicossomática no Brasil. In Mello F. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Eksterman, A. (2010) *A prática clínica em psicossomática*. Aula ministrada no Instituto de Psicologia, USP. Disponível em [www.medicinapsicossomatica.com.br](http://www.medicinapsicossomatica.com.br).

Fenichel, O. (1966) *Teoria psicanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós, 1966.

Freud, S. (1977) Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1977 (trabalho original publicado em 1886).

Freud, S. (1977) Um caso de cura pelo hipnotismo. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1892).

Freud, S. (1977) Estudos sobre a histeria, cap. II. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VI. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1895).

Freud, S. (1977) A psicopatologia da vida cotidiana. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VI. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1901).

Freud, S. (1977) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. X. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1909a).

Freud, S. (1977) Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. X. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1909b).

Freud, S. (1977) A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1910).

Freud, S. (1977) Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Dementia Paranoides*). In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1911).

Freud, S. (1977) Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In Freud, S.. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1915a).

Freud, S. (1977) O Inconsciente. In Freud, S.. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1915b).

Freud, S. A história de uma neurose infantil. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1918).

Freud, S. (1977) A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In Freud, S.. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1920).

Freud, S. (1977) Uma neurose demoníaca do século XVII. In FREUD, S.. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1923).

Freud, S. (1977) O Mal Estar na Civilização. In In FREUD, S.. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1930).

- Japiassu, H. (1977) *Introdução à epistemologia da Psicologia*, 2ª edição. Rio de Janeiro: Imago.
- Lewin, K. (1973) *Princípios de Psicologia Topológica*. São Paulo: Cultrix.
- Luchina, I., Luchina, N. Ferrari, H. (1977) *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Ed. Nueva Visión, B. Aires.
- Luchina, I., Luchina, N. Ferrari, H. (1979) *Nuevos desarrollos de la Interconsulta médico-psicológica*. Ed. Nueva Visión, B. Aires.
- Luchina, I. et cols. (1982) *El Grupo Balint. Hacia un modelo clínico-situacional*. Buenos Aires: Paidós, 1982.
- Martins, J.J.; Albuquerque, G.L. (2007) A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para a humanização do processo de trabalho em saúde. In *Ciência do Cuidado em Saúde*, Jul/Set;6(3):351-356.
- Marty, P.; Múzan, M. (1983) El pensamiento operatório. In *Revista de Psicoanálisis*, v.40. Buenos Aires.
- Mehry, E.E. (2000) Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. In *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br).
- Mehry, E.E. & Franco, T.B. (2003) Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez.
- Minayo, M.C. de S. (1992) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO.
- Minayo, M.C. de S. (2002) Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In Minayo, M.C. de S.; Deslandes, S. F. (org.) *Caminhos do pensamento. Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Missenard, A. (coord.) (1994) *A experiência Balint. História e atualidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moreira, J.B. (2010) *Comunicação: Tecnologia leve para a interação dos saberes e práticas do cuidado – enfermeiro e usuários*. Trabalho de conclusão de curso

apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

Perestrello, D. (1996) *A Medicina da Pessoa*, 4ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu.

Ribeiro, L.; Gomes, R.; Silva, M. (2010) Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In *Actas do VII Simposio Nacional de Investigação em Psicologia*. Portugal: Universidade do Minho.

Salles, A. A. (2010) Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. In *Revista Bioética*; 18 (1): 49-60.

Selye, H. (1965) *Stress. A tensão da vida*. 2ª edição. São Paulo: Ibrasa.

Sifneos, P. E. (1973) The prevalence of alexthymic characteristics in pshycosomatics pacientes. In *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 22.

Sifneos, P.; Nehemiah, C. (1983) Alextymia. An overview. In *Modern trends in psychosomatic medicine*. Boston, Little Brown.

Tavares, F.M. (2007) Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. In *Revista Brasileira Educação Médica*, 31(2): 180-185. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

Tenenbaum, D. (2010) *Investigando Psicanaliticamente as Psicoses*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio.

Tenenbaum, D. (2012) *As principais contribuições da Psicanálise à Medicina Psicossomática, Psicologia Hospitalar e Psicologia Médica*. Curso ministrado no 29º Congresso da Federación Psicoanalítica de la América Latina (Fepal), São Paulo. Disponível em [www.medicinapsicossomatica.com.br](http://www.medicinapsicossomatica.com.br).

Tenenbaum, D. (2013) *As principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial a pacientes internados*. Pesquisa em andamento no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Unirio).

Uexküll, J. J. (1909) *Umwelt und Innenwelt der Tiere*. Berlin: J. Springer.