

# **Psicologia médica, objeto, objetivos e método**

Luzia Travassos Duarte

A medicina ocidental debateu-se, desde a Antiguidade, entre duas correntes:

## **A Escola de Hipócrates (460-365 a.C.)**

na Ilha de Cós, centrava o estudo da doença no ser humano doente. Essa escola considerava o temperamento e a história do enfermo, acreditando ser a doença uma implicação corpo e espírito reagindo a uma alteração interna ou externa. Cabia ao médico, mediante o tratamento restabelecer a harmonia que o doente havia perdido com o seu meio e com ele mesmo.



Durante a idade média, os seus ensinamentos constituíram uma espécie de catecismo médico, de grande valia até hoje. Hipócrates recomendava preferência por alimentos e bebidas agradáveis, hábitos moderados de alimentação, e alertava os obesos, pois os considerava mais expostos à morte do que os magros.

## **A Escola de Galeno em Cnide (200-130 a.C.)**



- A Escola de Galeno em Cnide, (200-130 A.C.) centrava o estudo da enfermidade no órgão doente. A doença tinha existência autônoma, cuja autenticidade era confirmada por uma lesão anátomo-clínica( toda síndrome clínica corresponde a uma lesão anatômica) e na experimentação. Tal concepção dizia que as doenças verdadeiras eram aquelas nas quais havia uma lesão e um agente etiológico objetiváveis .

Com o nascimento da medicina científica do século XIX, a tendência foi uma maior propagação da segunda corrente. Tudo isso passa a ser reforçado por algumas descobertas importantes como a do agente microbiano, feita por Louis Pasteur, no campo das doenças infecciosas; o micróbio era facilmente identificado como o agente do mal e deveria ser expulso ou exterminado. No entanto era preciso explicar a diferença de reação dos indivíduos a uma mesma contaminação, e a descoberta de doenças muito mais complexas como as endócrinas e as auto-imunes, onde fatores multicausais estavam envolvidos. Essas questões obrigaram os médicos a mudarem a concepção de doença e passarem a considerá-la

multifatorial, ou seja, a levar em consideração uma pluralidade de fatores que interagem em uma doença, entre eles: os genéticos, ambientais e psicológicos.

Um melhor conhecimento da anátomopatologia e dos mecanismos fisiopatológicos permitiu na maioria dos casos determinar o suporte lesional das doenças “verdadeiras” e “falsas” (como eram chamadas as doenças que não apresentavam uma lesão orgânica). Nascia então o vasto campo dos distúrbios funcionais (palpitações, cefaléias, vertigens, espasmos, algias diversas e até algumas paralisias como veremos quando estudarmos a histeria). Se o médico encontrava uma lesão subjacente, detectava uma doença e tratava, quando havia um distúrbio funcional ele era tentado a dizer que não era nada e o doente fechava-se em sua solidão.

Em 1895, ao iniciar seus estudos sobre a histeria, Freud vem contrariar tal idéia dizendo que há doenças que não apresentam lesão de órgão e que, mesmo assim, não deixam de ser doenças. A histeria com seus distúrbios funcionais vem mostrar a necessidade de encarar o ser humano como portador de uma unidade substancial entre mente, corpo e meio ambiente.

No século XX, surge a Medicina Psicossomática. Há doenças chamadas psicossomáticas que se acompanham de lesões orgânicas detectáveis, mas em cuja origem e evolução encontra-se eventos de ordem afetiva (lutos, separações, mudanças de ambiente etc...) aos quais o indivíduo responde com uma enfermidade: asma, dermatose, úlcera gástrica etc...

Como vimos até agora, existem doenças que apresentam lesão orgânica, as que apresentam apenas distúrbios funcionais, as doenças psicossomáticas que apresentam lesão de órgão, mas que têm sua origem em problemas afetivos e ainda as que podem apresentar uma queixa puramente psíquica, sem distúrbio lesional ou funcional, usada por certos pacientes apenas para exprimir uma reivindicação afetiva profunda.

Como exemplo temos o paciente hipocondríaco que faz de sua queixa uma necessidade para seu equilíbrio (observa-se que a queixa desaparece quando se instala uma doença somática, como se esta absorvesse todas as tensões internas). Essa problemática não difere muito dos que vêm na doença ou deficiência física ou mental um motivo de orgulho e como um trunfo essencial em seus relacionamentos interpessoais. O que seria uma falta, torna-se fonte de todos os tipos de benefícios e direitos que se pode reivindicar sem culpa ou vergonha.

Sabemos então que o doente tem não somente a possibilidade de se instalar na doença e dela obter benefícios, como a possibilidade de exprimir pela doença, tendências profundas. Com o avanço do conceito de doença na medicina, houve uma modificação na percepção dos agentes causadores da mesma e na sua terapêutica. Ao passar a ver o doente como um ser total, corpo e mente interagindo em um determinado ambiente, fez-se necessário a entrada da psicologia para que se compreendesse a personalidade do paciente, suas reivindicações através da doença, seu comportamento em seu meio, sua relação com o médico e os fatores que também influenciam o médico nessa relação. Portanto é importante para o aluno de medicina uma preparação a nível teórico para que possa perceber por trás de uma manifestação banal do paciente, o sentido de uma outra realidade, ou seja, é preciso conhecer o desenvolvimento e funcionamento psíquico do indivíduo, a sua personalidade, para lidar com a relação aí estabelecida.

Podemos agora definir o que é a Psicologia Médica, citando Nobre de Melo: “a psicologia médica é a aplicação dos conhecimentos psicológicos à prática médica e o seu objeto de estudo é o doente e sua doença de um lado e o médico e a função terapêutica de outro”. Pode-se dizer que a medicina de um modo geral envolve fenômenos claramente objetivos e mensuráveis e outros subjetivos e obscuros, mas que nem por isso, mas sobretudo devido a isso devam ser negligenciados. A universalidade dos fenômenos psíquicos inconscientes demonstrada por Freud nos permite encarar mais de perto o ser humano enfermo que nos procura no intuito de mitigar seu sofrimento.

Uma das finalidades, portanto, da psicologia médica é ensinar o profissional de medicina a encarar o doente como uma unidade biopsicossocial, a refletir sobre a influência da história individual na eclosão dos sintomas e sobre o tipo de relação que o doente tem com o seu terapeuta. Naturalmente, sendo um dos polos dessa relação, o médico não está imune a tal reflexão. A sua história pessoal também se verá refletida na relação com o seu paciente. Assim vemos que certos enfermos nos são mais agradáveis e que, às vezes tomamos certas atitudes com determinados pacientes que não tomaríamos com outro.

Essa reflexão a respeito da história pessoal dos sujeitos envolvidos na relação médico-paciente nos conduzirá ao estudo da personalidade.[\[1\]](#)

Como toda ciência, a psicologia médica possui um objeto de estudo que já conhecemos, e vários métodos para a compreensão deste mesmo objeto.

## **Objetivos e método**

Considerando o que foi dito acima que o objetivo geral da disciplina Psicologia Médica, será a preparação do aluno para o contato com o enfermo, ou seja, leva-lo a conhecer e compreender os diversos fenômenos presentes na relação médico-paciente.

Dentro desta perspectiva, ou seja, da preparação do futuro médico, outros objetivos serão a discussão da ética, da formação da identidade médica e do relacionamento com o paciente terminal.

Para tal será necessário o conhecimento de aspectos psicológicos que são característicos das diversas fases do desenvolvimento, da dinâmica de quadros como a histeria[\[2\]](#), a hipocondria[\[3\]](#) e a doença psicossomática[\[4\]](#).

A orientação teórica da disciplina será a psicanálise, desde que devemos a seu fundador, descobertas importantes que nos ajudarão a compreender melhor o funcionamento psíquico do homem sadio e o enfermo.

A Psicanálise criada por Sigmund Freud (1856-1939) é no dizer de seu criador: “um procedimento para a investigação de processos mentais, praticamente inacessíveis por outros meios; um método fundamentado nessa investigação, para tratamento dos distúrbios neuróticos; uma série de conceitos psicológicos, adquiridos da mesma forma e que formaram progressivamente, uma nova disciplina científica”[5].

Os estudos de Freud foram feitos a partir da análise de seus pacientes e da sua própria auto-análise, [6] desenvolvida sistematicamente de 1895 a 1920.

Freud foi o primeiro médico a abordar a importância do singular vínculo que se estabelece entre o médico e o enfermo. Devemos a ele a formulação de alguns conceitos como transferência[7], contratransferência[8], lucro primário[9], lucro secundário[10], fundamentais na compreensão dos dados psicológicos que surgem no transcorrer da relação médico-paciente.

Em uma conferência proferida para estudantes de medicina ele dizia: “Na formação médica os senhores estão acostumados a ver coisas. Vêm uma preparação anatômica, o precipitado de uma reação química, a contração de um músculo em consequência da estimulação de seus nervos. Depois, pacientes são demonstrados perante os sentidos dos senhores: os sintomas de suas doenças. As consequências dos processos patológicos e, mesmo, em muitos casos, o agente da doença isolado. Nos departamentos cirúrgicos, são testemunhas das medidas ativas tomadas para proporcionar socorro aos pacientes, e os senhores mesmos podem tentar pô-las em execução. Assim um professor do curso médico desempenha em elevado grau o papel de guia e interprete que os

acompanha através de um museu, enquanto os senhores conseguem um contato direto com os objetos exibidos e se sentem convencidos da existência de novos fatos mediante a própria percepção de cada um”.[\[11\]](#)

Com seu estilo peculiar de adiantar-se às perguntas do auditório, Freud refere em sua conferência que os ouvintes poderiam perguntar: Se não há verificação objetiva daquilo que se quer ensinar nem possibilidade de qualquer demonstração prática, como pode alguém se convencer da veracidade de tais afirmações? E ele próprio responde, procurem entender os conceitos psicanalíticos estudando a própria personalidade, refletindo sobre si mesmos e sobre sua história.

Freud diz ainda, compreender a atitude de incredulidade de seus ouvintes e os desculpa baseado na educação, excessivamente voltada para o concreto e para o real que tiveram até então. Mas não deixa de abordar as limitações de tal educação e encara-la como prejudicial à atividade médica, ameaçando-os com ter que se conformarem a ver boa parte de sua clientela desviada para os charlatões, curandeiros, místicos e outros praticantes leigos.

## **Um pouco da nossa historia**

A disciplina Psicologia Médica passou a fazer parte dos currículos das faculdades de medicina, a partir da década de sessenta. No Brasil, em 1969, por determinação do Conselho Federal de Educação, passou a ser obrigatório, dentro da disciplina Iniciação ao Exame Clínico, os estudos dos fundamentos psicológicos da relação médico-paciente.

Em pesquisa recente, realizada pelo professor Neury José Botega, verificou-se que a psicologia médica é ministrada em 93% das escolas de medicina do nosso país.

No curso de medicina de Campina Grande, esta disciplina faz parte do currículo desde 1968 (ano de fundação da faculdade) quando esta ainda

não pertencia à Universidade Federal da Paraíba. Desde então, nosso curso tem passado por uma série de reformulações visando atingir um conteúdo teórico e prático que mais se aproxime dos objetivos do seu ensino. A cada semestre fazemos uma avaliação, onde o primeiro passo é ouvir o que os alunos têm a dizer sobre o conteúdo e forma de apresentação da disciplina. Essa avaliação, muito tem contribuído para o crescimento e evolução do nosso trabalho.

## **Método didático**

Aprendizagem Baseada em Problemas (Adaptação do método)

Trata-se de uma estratégia didático-pedagógica centrada no aluno. Ele é exposto a situações motivadoras nos grupos, onde através de problemas, é levado a questionar e pesquisar sobre referido tema. Um dos fundamentos principais do método é que o aluno aprende a aprender, permitindo que o mesmo busque o conhecimento nos inúmeros meios de difusão, hoje disponíveis e aprenda a utilizar tais meios como fonte de pesquisas. A ilustração prática desse método é representada pelos Estudos de Casos, que serão apresentados sempre antes das aulas teóricas.

## **Grupos de reflexão**

Os grupos de reflexão têm como objetivo preparar o aluno para o encontro com o paciente. O estudante de medicina passa os primeiros anos de sua formação acadêmica lidando com as peças de anatomia, com o cadáver e com os animais de laboratório, no estudo da fisiologia. Ao ser introduzido no hospital universitário, depara-se pela primeira vez com aquele que será daqui por diante, seu principal objeto de estudo e dedicação, o doente. Daí a necessidade de ser orientado a lidar com o paciente e a entender os fenômenos que se passam nessa relação.

# Notas

[1] Personalidade: o termo implica em atributos físicos e cognitivos, sentimentos, atitudes, valores, mecanismos conscientes e inconscientes, interesses e ideais que determinam o comportamento e o pensamento característicos ou distintivos do homem.

[2] Histeria: e das neuroses que apresentam quadros clínicos muito variados. As duas formas sintomáticas mais bem isoladas são a histeria de conversão, em que o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais ersos, paroxísticos (crise emocional com teatralidade) ou mais duradouros (anestesia,paralísias histéricas, sensação de “bola faríngea”,etc...),e a histeria de angústia, em que a angústia é fixada de modo mais ou menos estável neste ou naquele objeto exterior(fobias).

[3] Hipocondria: na estrutura hipocondríaca não há um estabelecimento de laços simbólicos com o corpo, há uma ruptura radical das relações com o mundo objetal, incluindo o próprio corpo como realidade, e uma tentativa de restauração desses vínculos através do delírio.

[4] Doença psicossomática: todo distúrbio somático que comporta, em seu determinismo, um fator psicológico interveniente, não de modo contingente, como pode ocorrer em qualquer afecção, mas por uma contribuição essencial à gênese da doença.

[5] Freud, Sigmund.Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise (vol. XV a XVI, Rio, 1976).

[6] Auto-análise: Investigação do próprio pelo próprio, conduzida de forma mais ou menos sistemática, e que recorre a certos processos do método psicanalítico: associações livres, análise de sonhos, interpretações de comportamentos, etc...

[7] Transferência: processo pelo qual o indivíduo sem o saber, transfere para os seus relacionamentos atuais adultos, expectativas, atitudes, sentimentos e maneiras de relacionar-se que têm suas origens nos importantes relacionamentos humanos de seus anos formativos.

[8] Contratransferência: processo pelo qual os médicos como as pessoas em geral podem dirigir para seus pacientes diversos sentimentos e atitudes irracionais e irrealísticos, que não constituem reações ao verdadeiro ser e personalidade do paciente, mas pertencem a relacionamentos, na vida do médico, que há muito perderam sua relevância.

[9] Lucro primário: ocasiona uma saída, uma certa solução para uma situação de tensão interna insuportável. A doença é então, a procura quase sempre infeliz de um novo equilíbrio. Seu mecanismo é inconsciente.

[10] Lucro secundário: são as compensações sociais da doença. São institucionalizados, admitidos, com a condição de que o enfermo adote seu status de doente. Podem ser conscientes ou inconscientes.

[11] Freud, S. Conferências Introdutórias, vol. XV p.27-37, ESB, Editora Imago. Ver artigo de Freud: Sobre o Ensino da Psicanálise na Universidade em nossa Biblioteca Virtual.

## **Leitura sugerida**

- Freud, S. Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise (1915-17) vols. XV a XVI, Rio, 1976.
- Filho, J.de Mello - Psicossomática Hoje, Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

- Filho, E.S. – Dicionário Biográfico Edigraf, Gráfica e Editora Edigraf S/A, São Paulo, 1973.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. – Vocabulário da Psicanálise, Editora Martins Fontes, São Paulo, 1986.
- Jeammet, P. – Manual de Psicologia Médica, Editora Masson do Brasil Ltda. São Paulo.
- Tahka, V. – O Relacionamento Médico-Paciente, Artes Médicas, Porto Alegre, 1988.