



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS
CURSO ON-LINE DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEPENDÊNCIA
QUÍMICA**

**Dificuldades na atenção ao dependente químico – barreiras
na relação médico-paciente relacionadas ao profissional**

DEZEMBRO / 2008

**ANTONIETA LIRA E SILVA
LÚCIA HELENA ARAUJO
MÁRCIA CRISTINA HENRIQUE DE SOUZA
ROSA MARIA MARINHO DUARTE MONTEIRO
RÚBIA PAULA DIAS DA SILVA**

**"Dificuldades na atenção ao dependente químico – barreiras
na relação médico-paciente relacionadas ao profissional."**

**Trabalho de Conclusão do Curso de Dependência
Química Virtual da UNIFESP - Universidade Federal
de São Paulo**

**Orientador: Prof. Dr. HAMER NASTASY PALHARES
ALVES.**

UNIFESP, dezembro de 2008.

**ANTONIETA LIRA E SILVA
LÚCIA HELENA ARAUJO
MÁRCIA CRISTINA HENRIQUE DE SOUZA
ROSA MARIA MARINHO DUARTE MONTEIRO
RÚBIA PAULA DIAS DA SILVA**

**"Dificuldades na atenção ao dependente químico – barreiras
na relação médico-paciente relacionadas ao profissional."**

**Trabalho de Conclusão do Curso de Dependência
Química Virtual da UNIFESP - Universidade Federal
de São Paulo.**

Orientador: Prof.Dr.Hamer NastasyPalhares Alves

DATA DA APROVAÇÃO: ____ / ____ / ____

NOME DO EXAMINADOR

RESUMO

As conseqüências biopsicossociais da dependência química na vida do indivíduo são notórias e um dos principais meios de intervir nesta realidade pode ser através do tratamento. Desta forma, é essencial focar a relação estabelecida entre o médico e o paciente, destacando as barreiras nesta relação no momento do encontro terapêutico.

Os objetivos deste trabalho são analisar o contexto da relação médico-paciente na história, enfocando também a abordagem filosófica da medicina exercida atualmente; analisar os papéis estigmatizados sobre as duas subjetividades envolvidas, considerando os processos de transferência e contratransferência.

Além da pesquisa bibliográfica, foram realizadas entrevistas exploratórias para a obtenção de dados que retratam esta realidade, possibilitando assim uma comparação entre o conteúdo teórico com o conteúdo prático.

Conclusão: Sugerimos que na relação médico-paciente vários aspectos são imprescindíveis para que a mesma ocorra com êxito e o vínculo facilite o tratamento. Para o médico, é fundamental estar ciente do papel que ocupa nesta relação, como também estar atento às situações específicas do paciente que possam provocar enfraquecimento deste vínculo, tais como ambivalência, recaída e comorbidades.

ABSTRACT

The biopsychosocial consequences of addiction in the life of the individual are significant and a major means to intervene in this reality can be through treatment. Therefore, it is essential to focus on the relationship between the doctor and patient, pointed the barriers in this regard at the therapeutic meeting.

This paper is aimed at analyzing the context of the doctor-patient relationship in history, also focusing on the philosophical approach of medicine practiced today; analyze the roles stigmatized on the two subjectivities involved, considering the processes of transference and countertransference.

Beyond the literature search, was conducted exploratory interviews to obtain data that reflect this reality, thus enabling a comparison between the theoretical content with practical content. Conclusion: We suggest that doctor-patient relationship in various aspects are essential for it to occur successfully and bond facilitates the processing. For the doctor, it is essential to be aware of the role it plays in this relationship, but also to be attentive to the specific circumstances of the patient that may cause weakening of this link, such as ambivalence, relapse and comorbidities.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVO.....	2
I ASPECTOS HISTÓRICOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	2
II ABORDAGEM FILOSÓFICA DA MEDICINA CONTEMPORÂNEA.....	5
III ESTIGMA E SUBJETIVIDADE NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE....	9
IV TRANSFERÊNCIA.....	13
V CONTRATRANSFERÊNCIA.....	15
VI ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS.....	16
CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	25
LEITURAS COMPLEMENTARES.....	29

INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é uma construção social a partir do encontro de duas subjetividades: a do médico e a do paciente. O primeiro ocupa o lugar do saber, e o segundo o objeto de trabalho do saber fazer médico. Existem duas condições, no momento da clínica, para que ocorra uma situação dialógica nesta relação. Uma delas é a ciência demandando necessidade de qualificação, e outra a arte como capacidade de apreensão (ACIOLE, 2003).

Dentre os principais aspectos terapêuticos da relação médico-paciente destacam-se o conteúdo e o processo. A análise de conteúdo é uma busca de realidades através das mensagens. Visa ao conhecimento de variáveis de ordem médicas, psicológicas, sociológicas, históricas, etc., com base em indicadores reconstruídos a partir de mensagens particulares.

O processo refere-se à dimensão relacionamento interpessoal paciente/terapeuta. Neste enfoque interacional, os aspectos comunicacionais introduzem mudanças na maneira de pensar e vivenciar o vínculo. Comunicar faz parte de um processo que necessita da participação de duas ou mais pessoas. E este processo recíproco poderá significar mudança e transformação em alguma direção e mesmo em ambas as partes envolvidas.

O universo da dependência química nos remete à necessidade de tratamento para o dependente e, no desenvolvimento deste processo, é fundamental o estabelecimento do vínculo médico-paciente dependente químico. Um vínculo que se configura de um modo e importância particulares e que pode ter o poder de influenciar a conduta do paciente configurando a possibilidade de mudança.

Objetivo do trabalho

O objetivo deste trabalho é analisar as características da relação terapêutica e suas interferências negativas no processo terapêutico a partir da perspectiva do profissional que cuida do paciente com dependência química.

O trabalho se delineará através de revisão bibliográfica buscando-se um entendimento amplo da questão da relação médico-paciente pelo viés do médico que trata de pacientes com dependência química.

A partir de uma revisão sobre as características desta relação, serão apontadas as potenciais influências negativas ocorridas no vínculo médico-paciente dependente químico.

Justificativa: Espera-se que a compreensão das barreiras relacionadas à postura do médico, seus conceitos e preconceitos em relação ao dependente possa levar a um posicionamento profissional mais equilibrado gerando menos frustrações tanto em pacientes quanto em terapeutas.

I Aspectos Históricos da Relação Médico-Paciente

Hipócrates, considerado o pai da medicina, viveu cerca de 300 anos antes de Cristo e pode-se dizer que foi o primeiro grande observador médico. (RIBEIRO JR., 2003) Ao atender um paciente que sofria com a “doença da languidez” conseguiu o que outros colegas tentaram sem sucesso: a cura daquele paciente deprimido (BRUNINI, 1998). Isso ocorreu em consequência de sua “escuta”, pela sua capacidade de observar o paciente naquilo que ele desejou contar.

Segundo Foucault (1992), no século XVIII se assinala uma nova prática e o médico então passa a visitar o doente e a observá-lo sistematicamente e de forma comparada. No hospital encontravam-se loucos, doentes, devassos, prostitutas e a função médica de cura e inserção social não ocorria.

Sérgio Rego (apud CALVO, 2003) diz “até que o processo de “medicalização” ocorresse, não havia médicos diariamente nos hospitais e somente os serviços religiosos eram oferecidos diariamente, em especial a confissão, obrigatória a todos que se internassem” (CALVO, op. cit.).

Muito tempo depois, referindo-se ao ato sintomático no caso Dora, Freud nos dirá “aqueles cujos lábios calam denunciavam-se com as pontas dos dedos; a denúncia lhes sai por todos os poros”. (FREUD, 1989, pág.78) validando a importância da escuta médica em relação ao paciente no sentido da observação utilizada na prática Hipocrática.

Por muito tempo associada à cura quase mágica, a medicina e mesmo o lugar do médico foi sofrendo modificações. Em sociedades primitivas era o xamã que, expulsando maus espíritos, trazia o alívio aos doentes. A doença estava ligada ao castigo sofrido pelos pecadores e o cristianismo seguiu mantendo essa concepção através da segregação dos leprosos e dos loucos que eram considerados impuros. O médico tinha uma posição de poder primeiramente ligado ao espiritual e, secundariamente, às enfermidades propriamente: “... a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras...” (FOUCAULT, op. cit. pág.64) Será o ritual da visita que no século XVII demarcara um certo poder ao médico que até então era exclusivo do religioso.

Em seguida do nascimento do hospital em si, ainda no século XVIII, o paciente passa então a ser mais investido no sentido econômico. A relação médica passa a desempenhar um papel num contexto de poder capitalista e a história da medicina passa a sofrer a pressão das mudanças de relação de mercado. O capitalismo socializara então uma medicina que até o século XIX era privada. O corpo fora socializado a partir de um contexto de controle social sobre os indivíduos como força de produção, de trabalho. (FOUCAULT, op. cit.) Segundo Scliar (2008), no Brasil, no século XIX, acontecia a criação das primeiras Casas de Saúde e a reforma da Santa Casa de Misericórdia.

Quanto aos modelos de relações médico-paciente (propostos pelo professor americano Roberto Veatch em 1972), temos os modelos 1) Sacerdotal - baseado na tradição hipocrática e que assume uma postura paternalista com relação ao paciente, sendo que o médico nesse modelo assume um papel de poder e autoridade sobre o paciente que se coloca submisso; 2) Engenheiro - onde traz o paciente responsável pela tomada de decisões, enquanto o médico é um prestador de serviços; 3) Colegial - que equipara os papéis na relação médico-paciente e o poder é compartilhado igualmente; e por último 4) o Contratualista - considerando a autoridade médica e sua responsabilidade pela tomada de decisão e técnicas (MOREIRA FILHO, 2002). Este último seria o que melhor corresponde à relação médico-paciente atual, visto também considerar o paciente como ativo no processo.

Como princípios médicos fundamentais temos a não discriminação em relação ao paciente, a reciclagem constante em benefício do paciente, o respeito à vida. O médico deve respeitar a si enquanto profissional, aos seus colegas e aos pacientes. Em nome da ética deve o médico agir, respeitando critérios, visando o bem comum. É sua postura ética que vai estabelecer a relação com seu paciente, norteando, desta forma, sua prática (EIZIRIK, 2008).

Segundo Eizirik (op. cit.) “existe na medicina contemporânea um paradoxo, a crença mágica em aparelhos que mais são da ordem da fantasia que da realidade” (informação oral). Cyro (1993) diz que as possibilidades de engano são muitas e a angústia gerada frente a isso faz com que o médico (e a medicina, conseqüentemente) se baseie em evidências. Seguindo tal reflexão podemos dizer que atualmente a relação médico-paciente requer posições ativas, responsáveis, racionais e humanas e, antes de tudo, “o médico de hoje necessita ser antes de tudo um homem do seu tempo” (EIZIRIK, op. cit.).

II Abordagem Filosófica da Medicina Contemporânea

Na Antiguidade grega, a ciência se encontra vinculada à filosofia. A separação só ocorre no século XVII, quando Galileu introduziu o método científico, baseado na experimentação e na matematização. Nos séculos seguintes a nova maneira de abordar a realidade inicia a ruptura com o pensamento medieval contemplativo e se faz notar no desenvolvimento da técnica, aliada da ciência no processo experimental. A revolução industrial (séc. XVIII) e as descobertas científicas na Europa repercutiram na sociedade, transformando-a. Houve um crescimento de cidades, aumento da produção e riqueza, e sobre este pano de fundo a medicina começou a controlar as antigas e angustiantes doenças infecciosas.

Segundo Reale e Antiseri (1991), a idéia de progresso humano e social foi gerada pela pretensão de achar que se possuíam os instrumentos para resolver todos os problemas humanos. A ciência passou a ser um destes elementos de solução de problemas, confirmando a idéia de progresso humano e social da época. Dentre os êxitos da medicina estariam Pasteur e seus discípulos desenvolvendo a microbiologia, Claude Bernard construindo a fisiologia e a medicina experimental, além da teoria evolucionista de Darwin.

Como movimento de pensamento surge então o positivismo, reivindicando o primado da ciência e combatendo as concepções idealistas e espiritualistas da realidade. Para ele, o único método de conhecimento é o das ciências naturais, no qual ocorre a identificação das leis causais e seu domínio sobre os fatos. Conhece-se somente aquilo que as ciências conhecem.

O positivismo afirma a unidade do método e o primado desse método como instrumento cognoscitivo, além de exaltar a ciência como o único meio capaz de resolver, ao longo do tempo, todos os problemas humanos. É então uma época de otimismo fundamentada na certeza de progresso. Auguste Comte (1798 - 1857) é o iniciador do positivismo francês e o conceito-chave da sua filosofia é a "grande lei dos três estágios".

Segundo esta lei, a humanidade, da mesma forma que o psiquismo dos indivíduos, passa por três estágios teóricos: o teológico, o metafísico e o positivo". (REALE; ANTISERI, op. cit., pág.299) No primeiro, os fenômenos são vistos como produtos da ação direta de agentes sobrenaturais, no segundo os fenômenos são explicados em função de essências, idéias ou forças abstratas e o terceiro é o estado físico e definitivo, onde "o espírito humano reconhece a impossibilidade de perguntar-se qual é a sua origem, qual o destino do universo e quais as causas íntimas dos fenômenos". Procura "somente descobrir, com o uso bem combinado do raciocínio e da observação, as suas leis efetivas, isto é, as suas relações invariáveis de sucessão e semelhança" (REALE, ANTISERI, op. cit., pág. 299).

Para Comte, o objetivo da ciência está na pesquisa das leis, porque só o conhecimento das leis dos fenômenos, cujo resultado constante é o de fazer com que possamos prevê-los, evidentemente, pode nos levar, na vida ativa, a modificá-los em nosso benefício . A lei é necessária para prever e a previsão é necessária para a ação do homem sobre a natureza. Conclui Reale e Antiseri sobre Comte: "a verdadeira ciência consiste em leis controladas com base nos fatos, excluindo da ciência toda busca de essências metafísicas, ou seja, toda tentativa do pensamento humano no sentido de ultrapassar o mundo empírico".

Ainda dentro do pensamento positivista, Claude Bernard (1813-1878) apresentou a obra *Introdução ao Estudo da Medicina Experimental*, com método de observação e experimento baseado sempre nos mesmos princípios e variando apenas na aplicação.

Segundo Bernard o homem é fantasioso e, por isto, acreditava, antes da ciência, que as concepções ideais de sua mente, que correspondiam aos sentimentos, representavam também a realidade. Então o método experimental seria a imposição de uma disciplina à fantasia, eliminando hipóteses incapazes de descrever, explicar ou prever algum aspecto do mundo real. A idéia experimental é a idéia a priori, que se apresenta sob a forma de hipóteses e cuja validade se julga submetendo suas deduções ao critério experimental. A medicina experimental quer conhecer as leis do organismo sadio e doente para

prever os fenômenos e, também, poder regulá-los e modificá-los dentro de limites. Todo médico ao administrar remédios eficazes aos seus doentes colabora para edificação da medicina experimental. Mas, para diferenciar a medicina experimental da medicina empirista e fazer com que a primeira receba o status de ciência, é necessário que ela se baseie no conhecimento das leis que governam os fenômenos biológicos no ambiente interno do organismo sadio e doente. Conclui Bernard (REALE; ANTISERI, op. cit.) que a base científica da medicina experimental é a fisiologia. É através da fisiologia que podemos explicar os mecanismos das doenças e as ações dos agentes terapêuticos e tóxicos. Segundo este paradigma, *“os doentes nada mais são do que fenômenos fisiológicos em condições novas, que é preciso determinar. As ações tóxicas e terapêuticas se remetem a simples modificações fisiológicas das propriedades dos elementos histológicos dos tecidos”* (REALE; ANTISERI, op. cit., pág. 309).

Bernard, ao pôr a fisiologia como base da medicina, coloca a medicina do laboratório como base da medicina clínica. A medicina experimental ocupa assim o lugar da medicina de observação. A ciência de observação visava a descobrir as leis dos fenômenos naturais para poder prevêê-los, porém sem poder modificá-los. E a medicina experimental pretende descobrir as leis dos fenômenos naturais para prevêê-los, regulá-los e dominá-los. Aqui o médico passa a ocupar o lugar de um interventor ativo.

Esta mesma postura de prática intervencionista se mantém até os nossos dias e desenvolveu ao longo da história, no imaginário social, um papel para o médico e também para o paciente. Esta é uma das variáveis que interferem na relação médico-paciente. A forte base nas Ciências Biológicas faz com que este conjunto de saberes e instrumentos constituam para a Medicina uma prática profissional intervencionista que retira um problema que se localiza no corpo. O objeto de atenção do médico passa a ser a patologia: *“O médico dialoga com a doença que habita o corpo do paciente, e com ela interage, articula, define, recorta e estabelece sua ação. E não com o sujeito*

que a porta, que se torna mero instrumento de acesso à doença "(ACIOLE, 2003, pág. 104).

Segundo Aciole (op. cit.), o paciente é o indivíduo no qual se exerce o fazer médico para legitimação do uso do saber médico. É o pólo passivo sobre o qual se opera uma transformação produzida pelo médico, muitas vezes negadora de sua subjetividade o que acaba por reduzi-lo a sua dimensão biológica.

Outra decorrência desta concepção da medicina é a fragmentação do saber em campos compartimentados, cabendo a cada especialista uma investigação rigorosa de uma parte do todo. Dentro da noção de especialização está também justificado o poder da técnica e também da tecnologia, distanciando mais ainda o acesso ao ser do paciente e tornando a consulta em si sem valor.

A tal enfoque se propõe uma clínica ampliada, na qual cada caso é um caso, mas que consegue dialogar e incorporar criticamente outros saberes e diretrizes, como por exemplo, preocupações com o vínculo. Aciole (op. cit.) propõe reconhecer a medicina mais como arte do que como ciência absoluta, constituindo um novo sujeito médico, lembrando que a clínica é soberana ao responder a necessidade básica humana de ser ouvido e reconhecido na condição de sujeito portador de singularidades.

A visão utilitarista que decorre do saber objetivo e tecnocrático retira o espaço da filosofia, pois esta parece não servir para nada. Mas, uma das funções da filosofia é a análise das condições em que se realizam as pesquisas e das conseqüências das técnicas utilizadas. Portanto, a filosofia abre a possibilidade de uma interdisciplinaridade recolocando o problema da unidade do saber, tornado fragmentado pela ciência moderna positivista, no qual o homem se tornou o grande ausente da ciência.

Um novo olhar sobre o indivíduo indo muito além de sua dimensão biológica pode criar novos compromissos de intervenção, novas técnicas e a aproximação de outras linguagens e saberes como, por exemplo, psicologia, sociologia e psicanálise. "Lembrar do saber ouvir, antecessor do saber fazer, romper com o convencional biológico ". (ACIOLE, op. cit., pág. 111)

III ESTIGMA E SUBJETIVIDADE NA RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE

Os gregos criaram o termo estigma para se referir a sinais corporais através dos quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os representava.

Mais tarde, na Era Cristã, dois níveis de metáfora foram acrescentados ao termo: o primeiro deles referia-se a sinais corporais de graça divina; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico. Atualmente o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desventura do que à evidência.

O estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizado e a de normais, quanto um processo de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuem sobre o encontro.

Ao longo do Século XX as drogas adquiriram um caráter ilegal. Este fato influenciou negativamente na identidade pública das pessoas que continuaram a usá-las a despeito da proibição. Ao longo das décadas foi se constituindo uma demonização dessas drogas e, conseqüentemente, dos seus usuários, ou seja, todos os males sociais associados às drogas ilícitas recaíam sobre os usuários ou sobre as próprias substâncias.

“propõe-se um discurso de demonização das drogas, centrado predominantemente nas drogas ilícitas, justamente aquelas que representam o menor contingente de usuários no Brasil.(...) Desta forma, concluímos que o termo droga implica numa representação moral da substância, sendo esta automaticamente

transferida a seus usuários. Essa é uma questão central para se compreender o estigma das drogas: o status de ilegalidade da substância é projetado na personalidade do usuário” (Mota, 2005, pág. 01).

A respeito da noção de estigma, em primeiro lugar, Goffman (2008) faz uma distinção entre desacreditados e desacreditáveis. A primeira categoria é referente aos indivíduos que possuem alguma característica distintiva já conhecida ou imediatamente evidente; a segunda categoria diz respeito aos indivíduos em que essa característica distintiva não é nem conhecida, nem imediatamente evidente. Quando a identidade de um usuário de drogas ilícitas é conhecida publicamente, ele se encaixa na primeira categoria de desacreditado; quando sua identidade de usuário é preservada, ele é um desacreditável.

A grande questão colocada por essas duas categorias analíticas é que quando o indivíduo é desacreditado, ele tem que manipular as tensões geradas pelo convívio social a respeito do seu estigma; já o indivíduo desacreditável tem que manipular a informação sobre si, se deseja ou não que seu estigma seja de conhecimento público, ou seja, a manipulação da informação pode livrar-lhe da classificação estigmatizadora. Para tanto, Goffman (op. cit.) identifica várias táticas de acobertamento ou encobrimento do estigma, para que o indivíduo desacreditável não passe a ser um desacreditado.

A questão do estigma se estende não somente ao indivíduo estigmatizado em questão, mas também às pessoas que se relacionam: “*diga-me com quem andas que eu te direi quem és*”. O estigma passa a se constituir em uma relação social, onde o indivíduo recebe tal atribuição negativa, como uma resposta social a uma determinada característica particular.

Gilberto Velho (1999), um estudioso das camadas médias urbanas que trabalhou com grupos de usuários de drogas, demonstra com clareza que tipo de restrições sofre um usuário de drogas que tem sua identidade de consumidor revelada ao utilizar o conceito de categorias de acusação, neste caso específico, a de *drogado*:

“(...) drogado é uma acusação moral e médica que assume explicitamente uma dimensão política, sendo, portanto, também uma acusação totalizadora. O fato de os acusados serem moralmente nocivos segundo o discurso oficial, pois têm hábitos e costumes desviantes, acaba por transformá-los em ameaça ao status quo, logo em problema político (...) A categoria drogado explicita de imediato, a problemática de patologia individual. O drogado seria, por definição médica, um doente. A partir daí, constrói-se todo um discurso sobre a anormalidade do consumo de drogas e sobre as conseqüências nefastas para o indivíduo e para a sociedade desse hábito, vício, dependência, etc.” (VELHO op. cit, pág.60-61).

Segundo Ramirez (2002, pág.12), a relação médico-paciente é uma produção social, ou seja, é uma relação que, apesar de estabelecida entre duas pessoas, é construída, mantida e modificada pela sociedade. *“Na relação médico-paciente o desafio é tentar fazer com que a pessoa saia do lugar de contaminante como aquele que foi marcado pela categoria de acusação, para potencializar vivências, ações e emoções, como parte desse novo processo de subjetivação”* (RAMIREZ, op. cit.). Para tal, é necessário que o médico promova a empatia que a chave é aceitação, justamente o contrário da estigmatização.

No tratamento o médico deve estar preparado, no caso dos usuários de drogas, para conduzir o relacionamento médico-paciente estabelecendo um vínculo de confiança mútua. O preparo para compreender o paciente estigmatizado que manipula sua identidade deteriorada, criando muitas vezes uma identidade virtual, a visualização da sua capa de defesa de agressividade ou retração, sua atitude de negação ou ambivalência, o entendimento da recaída como parte do processo do tratamento, requer do profissional o despojamento de preconceitos. No caso dos usuários de drogas a relação médico/paciente ditará o grau de aderência do paciente ao tratamento, a evolução e eficácia deste.

Segundo Ramirez (op. cit., pág.13), *“quando produzimos estereótipos, estamos patologizando. Quando patologizamos, desqualificamos. Ao desqualificarmos, discriminamos. Ao discriminarmos, segregamos. A exclusão, o estigma, o não reconhecimento da existência, a invisibilidade, matam muito mais que qualquer doença”*.

Embora seja importante reconhecer que o estigma, a discriminação e a negação estão longe de serem construções individuais, e que se caracterizam por um alto grau de diversidade e complexidade intercultural, um dos fatores mais importantes que limitam o nosso entendimento desses fenômenos até agora, poderá ser menos a sua complexidade inerente do que a relativa simplicidade das estruturas conceituais existentes.

Para ir além das limitações do pensamento corrente nessa área precisamos rever nossos entendimentos sobre estigmatização e discriminação para conceituá-los como processos sociais.

Acima de tudo, precisamos enfatizar que esses processos só podem ser entendidos em relação a noções mais amplas de poder e dominação.

O estigma desempenha um papel central na produção e na reprodução das relações de poder e de controle em todos os sistemas sociais, faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam superiores. Em última análise, portanto, estamos falando em desigualdade social.

O médico, por constituir parte da elite intelectual da sociedade, deveria contribuir para a prevenção de comportamentos inaceitáveis relacionados a pacientes já estigmatizados pelo próprio Sistema. O que se presencia, no entanto, em boa parte de Centros de recuperação de drogas é, frequentemente, a estigmatização desses pacientes, resultando em tratamento que, além de ferir os princípios de cidadania, os alijam da própria condição humana.

Entende-se aqui que violência, estigma, discriminação, são aprendizados e por essa razão podem e devem ser desconstruídos socialmente, rompendo com processos educacionais anteriores e velhos tabus

IV TRANSFERÊNCIA

Considerando a importância do tratamento ao dependente químico na busca do restabelecimento do mesmo por sua qualidade de vida mental e física, faz-se necessário esclarecer aspectos que se tornam barreiras na relação médico – paciente, relacionadas ao profissional, que contribui diretamente interagindo no tratamento oferecido. Antes mesmo de iniciar o tratamento, o paciente tende a criar expectativas diante do processo de intervenção profissional e, sendo assim, é fundamental abordar o tema transferência, que ocorre na relação médico-paciente.

A transferência está presente no paciente desde o começo do tratamento e, por algum tempo, é o mais poderoso motor de seu progresso. Dela não há indício algum, e com ela não há com o que se preocupar enquanto age a favor do trabalho conjunto de análise.

Designa, segundo Freud (1996), o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de certo tipo de relação estabelecida com eles e eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada. A transferência é classicamente reconhecida como terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois é a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este processo, segundo Freud (op. cit.). É necessário falar em uma transferência positiva e outra negativa. A transferência de sentimentos afetuosos e dos hostis e tratá-los separadamente. Ainda de acordo com Freud (op. cit.), os sentimentos hostis revelam-se, via de regra, mais tarde do que os sentimentos afetuosos, e se ocultam atrás destes. Indicam, tal qual os afetuosos, haver um vínculo afetivo, da mesma forma como o desafio tanto como a obediência, significa dependência, embora tendo à sua frente um sinal "menos" em lugar de "mais". Importante enfatizar que os

sentimentos hostis para com o médico merecem ser chamados de "transferência", pois a situação, no tratamento, com muita razão, não proporciona qualquer fundamento para sua origem.

Para os médicos, é impossível ceder às exigências do paciente, decorrentes da transferência; aliás, seria absurdo também rejeitá-las de modo indelicado e, o que seria pior, estarem ou ficarem indignados com elas. *"A transferência é superada mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos"* (FREUD, 1996, pág. 445).

Importante enfatizar que a doença do paciente não é algo acabado e tornado rígido, mas algo que ainda está crescendo e evoluindo como um organismo vivo. O início do tratamento não põe fim a essa evolução; quando, porém, o tratamento logra o domínio sobre o paciente, ocorre a totalidade da produção de sua doença concentrar-se em um único ponto - sua relação com o médico.

De acordo com Zimerman (1999), todos os sintomas de paciente abandonam seu significado original e assumem um novo sentido que se refere à transferência; ou apenas tais sintomas persistem, por serem capazes de sofrer essa transformação. Uma pessoa que se tornou normal e livre da ação de impulsos instituais reprimidos em sua relação com o médico, assim permanecerá em sua própria vida após o médico haver-se retirado dela.

Importante enfatizar que o paciente busca no médico uma relação de ajuda. E, nesta relação, os papéis são estigmatizados: o médico aparece como o "detentor do conhecimento" e o paciente como o "fragilizado pela doença". Considerando este contexto, segundo Fulgêncio (2007), o paciente experimenta uma emoção em relação ao médico, através da qual são trazidos para o relacionamento médico-paciente sentimentos e conflitos originários de

relacionamentos anteriores, como também sentimentos oriundos destes papéis estigmatizados. O paciente dependente químico, além de conflitos anteriores e papel do doente na relação, sofre o estigma de exclusão social, daquele que está à margem, sendo isto mais um fator para dificultar o processo de transferência.

V CONTRATRANSFERÊNCIA

O estudo do fenômeno da contratransferência está intimamente ligado ao da transferência, de forma que eles são indissociáveis, um não existe sem o outro, muitas vezes se superpondo, se confundindo. A contratransferência, oriunda daquilo que é inconsciente no médico, mobilizado pela transferência do paciente, afeta o campo clínico, ou melhor, o tratamento.

O conceito contratransferência foi introduzido por Freud (1970) em 1910, em seu trabalho *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, no qual refere: “As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da *contratransferência*, que nele surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos inconscientes.” (FREUD, op. cit., pág. 130).

Segundo Freud (op. cit.), a contratransferência consiste nos sentimentos que surgem no inconsciente do terapeuta como influência nele dos sentimentos inconscientes do paciente. Considerou também que a contratransferência é decorrente de complexos e resistências internas do médico, salientando a necessidade da auto-análise e, alguns anos depois, da análise didática e das reanálises periódicas para reconhecê-la e superá-la. Assim, para Freud (op. cit.), a contratransferência é um obstáculo à análise, que deve ser superado pelo analista. Destaca o quanto era imprescindível que o analista “*reconhecesse essa contratransferência em si próprio, bem como a necessidade de superá-la*”. (FREUD, op. cit., pág. 130) No entanto, ele a abordava do ponto de vista do risco dos sentimentos eróticos e, por

consequente, quase unicamente como uma forma de resistência inconsciente do analista.

Os autores não são unânimes quanto à conceituação e a utilização, ou não, na prática terapêutica, da contratransferência. O que pode ser afirmado é que na atualidade o termo adquiriu o significado de um fenômeno um pouco diferente do descrito por Freud.

Na atualidade, predomina entre terapeutas a aceitação do tríplice aspecto da contratransferência: como obstáculo, como instrumento e como campo, onde o paciente pode reviver as fortes experiências que originalmente ele teve. Assim, o fenômeno contratransferencial surge em cada situação clínica de forma singular e única (ZIMERMAN, 1999).

O lugar estigmatizado do médico como aquele que ocupa o lugar do saber, tem aqui, novamente, grande repercussão. Ao ocupar este lugar, o médico é aquele que sabe, e não aquele que sente. Está protegido com relação aos seus sentimentos para com o paciente.

Portanto, no manejo das reações de contratransferência, o primeiro problema é o reconhecimento, pelo terapeuta, de sua existência e a tentativa de identificação tão específica quanto possível. Isto implica contínuo processo de auto-avaliação e introspecção de parte do terapeuta, à medida que interage com o paciente, e contínua vigilância de sua possível ocorrência.

VI ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

. Com o objetivo de fazer uma reflexão no tocante à relação médico/paciente dependente químico, foram realizadas entrevistas com profissionais especialistas e não-especialistas em DQ. Buscou-se identificar aspectos referentes a dificuldades no manejo, atenção no que se refere às comorbidades e, principalmente, a importância de um diagnóstico respeitando a singularidade de cada caso.

ENTREVISTA 1:

Médico psiquiatra, não especialista em Dependência Química, 36 anos de formado, 25 anos de atendimento em Hospital Psiquiátrico e consultório. Há 11 anos atende apenas em consultório, com uma clínica ampla e diferenciada.

QUESTÃO 1. Como encara a relação médico-paciente, quando se trata de um Dependente Químico (DQ)?

Relata que quando atende um DQ procura focar e tratar a comorbidade. Este tratamento inclui medicação e encaminhamento para tratamento psicoterápico para a DQ. Nas suas consultas procura orientar o paciente sobre os malefícios da droga de uso e interferência desta no agravamento da comorbidade e na medicação. Porém, acha muito complicada a manutenção deste atendimento, por ser este paciente bem mais difícil de aderir ao tratamento do que aqueles que sofrem de transtornos psiquiátricos. Estes últimos, até a consciência da doença precisam ser medicados por algum responsável, e após a aceitação da doença, eles mesmos tomam os medicamentos por perceberem o alívio que estes promovem. Já o DQ busca este bem-estar primeiramente nas drogas e ele enquanto médico, que pode oferecer o conforto para as doenças psiquiátricas pelos medicamentos, passa a funcionar como um censor deste prazer. Esta situação complica o vínculo, pois o torna aquele que dita às regras e o paciente, muitas vezes, como aquele que desrespeita as regras, por não querer abrir mão do prazer que estas lhe proporcionam.

QUESTÃO 2: Quais as barreiras que percebe nesta relação?

Relata sentir “*uma certa falta de paciência*” para com estes pacientes, muitas vezes impondo condições com relação ao uso de drogas. Completa dizendo que quase que a totalidade da sua população de pacientes jovens está

fazendo uso de algum tipo de drogas e não conseguir, muitas vezes estabelecer uma relação com estes pacientes, o que faz com que ele os encaminhe a médicos especialistas, gerando frustração, pois percebe a necessidade do tratamento de comorbidades.

COMENTÁRIOS:

Observa-se uma visão que prioriza os sintomas psíquicos e físicos do paciente. Porém, para o médico, o paciente passa a ver a relação como dúbia, ou seja, que pode proporcionar alívio aos sintomas de abstinência e comorbidades, mas, também como o censorador/privador, pois o médico irá ditar regras ao paciente para que este lute contra o prazer que as substâncias psicoativas podem proporcionar.

Diante do que o profissional relata sentir como “*uma certa falta de paciência*” para com estes pacientes, podemos associar com o que antes fora visto como contratransferência, onde esta pode ser oriunda daquilo que é inconsciente no médico, mobilizado pela transferência do paciente, afetando o campo clínico, ou melhor, o tratamento. Porém, podemos observar que este profissional reconhece suas limitações, a partir de uma auto-análise, e por vezes já encaminhou pacientes a outros profissionais especialistas e DQ. Há uma dificuldade na relação, através do viés do médico, que pode ser vista sob o prisma da frustração e do preconceito (são pacientes mais difíceis, geradores de decepção e de desafio ao médico, que se coloca no papel de censorador). Há uma tendência a se observar mais a patologia que o paciente.

ENTREVISTA 2:

Médico psiquiatra com mestrado e doutorado pela UFRGS, formado há 13 anos. Trabalha no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da UFRGS há três anos e na edição na área de Dependência Química da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.

QUESTÃO 1. Como encara a relação médico-paciente, quando se trata de um DQ?

Relata que “Como tudo na psiquiatria, a primeira coisa que temos que ter cuidado é para não generalizar as pessoas de acordo com um diagnóstico. Acredito que cada caso tem a sua história que, somada à sua genética, vai apresentar uma gama de manifestações psicológicas e comportamentais que devemos avaliar com muita calma. Enfim, o tratamento do Dependente Químico deve ser individualizado, assim como na maioria dos outros transtornos psiquiátricos, uma vez que os problemas variam de gravidade de acordo com cada paciente, podendo surgir vários tipos de manifestações clínicas, nem sempre relacionadas à frequência ou à dose de droga utilizada.”

“Aliás, uma boa avaliação do caso é primordial para se saber como deveremos proceder nas primeiras consultas, que são vitais. É importante familiarizar-se tanto com os efeitos comuns como também com os efeitos adversos das drogas que são abusadas, além de conhecer as suas formas de aplicação, combinações de seu uso, prevalência de uso e padrões de uso mais típicos, e não demonstrar preconceito em relação a isso. É também fundamental realizar uma história médica e familiar pregressa do paciente e ainda bastante útil ser conhecedor do estilo de vida e da cultura na qual o indivíduo está inserido, o que pode ser obtido pela própria anamnese ou por entrevistas subsequentes. Dessa forma, o clínico poderá melhor compreender o impacto da "abstinência" dessa cultura quando propuser a retirada da droga e a retomada de novos hábitos sociais.”

“Desde o início do atendimento, caso não haja alguma emergência médica, deve-se também estar atento ao vínculo a ser estabelecido com o paciente. Não é incomum que ele chegue bastante desconfiado, desmotivado ou mesmo obrigado pelos seus familiares. Por isso, uma entrevista com perguntas mais abertas e não confrontativas ou preconceituosas geralmente promove uma diminuição da ansiedade e maior aproximação com o paciente. Alguns pacientes tendem a minimizar distorcer, ou mesmo negar o seu consumo de álcool ou drogas. Nesses momentos, uma entrevista com algum

familiar se faz necessária a fim de obterem-se dados mais objetivos sobre o paciente.”

“A tolerância do terapeuta também é crucial no que tange às recaídas, que são freqüentes nesses pacientes. As palavras de apoio e o contato verbalmente afetivo com eles costumam melhorar o vínculo. Ao contrário da psicanálise, não se pode ser completamente neutro, costumeiramente tendo-se que assumir uma postura mais maternal ou paternal, especialmente no início do tratamento.”

QUESTÃO 2: Quais as barreiras que percebe nesta relação?

“Sabe-se que a maioria dos dependentes químicos apresenta outras comorbidades psiquiátricas como Transtornos do Humor e/ou de Personalidade, o que costuma tornar o trabalho ainda mais difícil. Do ponto de vista psicodinâmico, também é muito comum que apresentem um padrão de defesas da linha narcisista de personalidade, que aumentam ainda mais na vigência da adição. Em minha opinião, esse é um dos maiores complicadores para estabelecer uma boa relação médico-paciente. São pacientes muito sensíveis a críticas e, ao mesmo tempo, arrogantes e onipotentes. Por isso, é fundamental se ter paciência e continência para o seu discurso, que muitas vezes está afastado da realidade. O reforço positivo, através de elogios, deve ser utilizado com freqüência.”

“A motivação para o tratamento é um dos pontos centrais que interfere na relação médico-paciente. Devemos perguntar quais as razões que o trazem para o tratamento e aceitar que muitas vezes os objetivos deles serão diferentes dos nossos. Em geral, os acordos são feitos lentamente ao longo do processo psicoterápico. A falta de motivação para tratar os aspectos relacionados ao uso de substâncias é uma das principais barreiras para o tratamento desses pacientes. O terapeuta não pode ser demasiadamente incisivo quanto a isso, exceto em casos que envolvem riscos. Ao mesmo tempo, sabemos que não podemos tratar por longo tempo pacientes que estão consumindo altas quantidades de álcool ou outras drogas, pois não respondem

bem às abordagens psicoterápicas. Pessoas com padrões complexos de uso de drogas podem ser extremamente difíceis de tratar, já que elas podem estar sob a influência de efeitos farmacológicos opostos ou superponíveis.”

“Outro ponto importante é a questão da confiança. Muitos pacientes minimizam o seu consumo de substâncias e omitem fatos relevantes para o entendimento do caso, e o terapeuta não pode se sentir desafiado e tampouco desvalorizado, pois isso faz parte do quadro clínico. Por isso, os testes de urina e o uso do bafômetro (alcoólímetro) são um aspecto importante da estrutura de tratamento. A aplicação desses testes que averiguam a presença de drogas de abuso encorajam a honestidade e ajudam a manter o paciente responsável pelo seu comportamento. A rápida informação sobre o resultado de amostras de urina positivas ou negativas para drogas auxilia o paciente a sentir que o terapeuta está preocupado e está monitorando o progresso do paciente em recuperação. Tal recurso, portanto, deve ser proposto em combinação aberta com o paciente e sua família, servindo como mais um dos componentes do tratamento.”

COMENTÁRIOS:

Diante desta entrevista, observa-se: uma visão que considera a individualidade do paciente, a singularidade de cada caso, a necessidade do profissional estar familiarizado com o “universo” da dependência química e suas conseqüências. Se torna então importante, a obtenção de dados (anamnese) quanto ao estilo de vida do paciente, seu ambiente familiar e social, sua relação com a família e com a droga.

O profissional identifica que o paciente tende a desenvolver um comportamento defensivo, o que dificulta o grau de aceitação de ajuda, mesmo partindo do paciente a procura pelo serviço de intervenção.

A maior familiaridade com o tema ainda permite espaço para esboçar alguns preconceitos tais como o dependente como manipulador, sedutor e paciente complicado.

A falta de motivação e a falta de confiança aparecem também como barreiras na relação médico-paciente, enfraquecendo o vínculo; identificando que é na relação e ao longo dela que acordos vão sendo realizados no processo terapêutico. O profissional constata a necessidade de trabalhar o vínculo (transferência) na relação, bem como a tolerância do profissional (contratransferência) quanto às recaídas e dificuldades dessa relação.

Através das entrevistas exploratórias, foi possível ilustrar o que foi pretendido na revisão teórica. No que se refere a dificuldades na atenção ao dependente químico - barreiras na relação médico-paciente relacionadas ao profissional, observa-se na entrevista com um Especialista em DQ, como deveria ser a dinâmica da relação médico/paciente dependente químico, diante das dificuldades e potencialidades dessa relação.

Por fim, é importante observar a necessidade de um maior investimento em qualificação e capacitação na área da DQ, dando especial atenção aos preconceitos dos terapeutas e às suas expectativas em relação aos dependentes de álcool, tabaco e outras drogas.

CONCLUSÃO

A relação médico-paciente, ao longo da história, se confundiu com o científico, tornando técnico aquilo que era para ser humano. A consulta também perdeu seu valor de encontro de subjetividades, para dar lugar ao encontro de papéis pré-estabelecidos, o que pode dificultar a relação médico-paciente, culminando no não atendimento satisfatório das necessidades do paciente.

Este trabalho se propôs a discutir alguns dos aspectos que prejudicam esta relação a partir da perspectiva do médico. Na maioria dos casos, por não estarem claros para o profissional, seu papel como aquele que ocupa o lugar do saber e sua atuação na transferência e na contratransferência, o tratamento pode se tornar prejudicado.

No caso específico do paciente Dependente Químico, podemos concluir, através das entrevistas, que além destes aspectos de conscientização do seu papel e da percepção da transferência e contratransferência, o médico deve se aprofundar mais ainda no reconhecimento de situações específicas: ambivalência, recaída e comorbidade¹.

¹ A ambivalência, enquanto um estado mental, no qual a pessoa tem sentimentos co-existent, porém conflitantes a respeito de alguma coisa, deve ser vista como uma parte normal da experiência humana. A ambivalência na DQ é considerada como um obstáculo a ser vencido. O modo como o terapeuta vê a ambivalência é crucial para não cair na armadilha da confrontação, não usar a persuasão direta e sim, usar habilidades empáticas, sintonizantes com sentimentos, valores e crenças do paciente.

O importante para o terapeuta numa avaliação individual é descobrir e compreender as motivações do paciente, entender suas expectativas nos diferentes cursos de ação pesando custos e benefícios na balança da ambivalência.

A recaída faz parte do processo de mudança e, muitas vezes, é até essencial para que a pessoa possa aprender com a experiência e recomeçar de forma mais consciente.

mudanças de pensamento, sentimento e comportamento precisam ser adotados se hábitos novos e saudáveis quiserem ser mantidos e as recaídas impedidas.

“A ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo já portador de outra doença, com potencialização recíproca entre estas é conhecida como comorbidade. O surgimento de um transtorno adicional é capaz de alterar a sintomatologia, interferindo no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico da primeira doença,” (Laranjeiras et al., 2004).

Ainda no contexto da Dependência Química seria fundamental destacar os aspectos motivacionais e expectativas diante dos sintomas apresentados pelo paciente durante o tratamento, visando o estabelecimento do vínculo necessário no desenvolvimento do mesmo.

As barreiras que impedem ou enfraquecem o vínculo terapêutico na relação médico-paciente contribuem, muitas vezes, para o abandono do tratamento, com o agravamento da evolução do uso das substâncias psicoativas. Visualizar estas barreiras sob o ponto de vista do profissional ajuda a esclarecer procedimentos que fortalecem o vínculo. Uma dessas barreiras é a estigmatização do dependente químico, por parte do profissional, seguida da dificuldade de manter a neutralidade num tratamento em longo prazo, conservando uma posição de distanciamento saudável para não perder a objetividade sem prejuízo da empatia. Dificuldade, também, em lidar com a transferência e contratransferência, em um tratamento que cursa, muitas vezes, com recaídas e comorbidades.

Sendo assim, a relação médico-paciente é uma produção social, na qual há o desafio de se tentar fazer com que a pessoa saia do lugar de “contaminante” – carregando um rótulo – para potencializar vivências, ações, emoções, como parte do processo de subjetivação e de reencontro de um modo de subjetivação, através da recuperação sustentada. Porém, para que isso ocorra, é necessário que o médico promova a empatia, demonstrando receptividade, aceitação para uma possível troca, enfatizando a confiança.

Portanto, percebe-se que o melhor instrumento do médico não é a tecnologia e sim seu conhecimento aprimorado e específico e, principalmente, reconhecimento deste conhecimento na situação clínica. É ali, na atividade clínica, na relação, que acontecem os fenômenos importantes para a manutenção do vínculo e para o conseqüente desenrolar do tratamento. O tratamento surge como um processo no qual a ciência e a tecnologia funcionam como apoio e não como a força que move. É a relação médico-paciente, tão descuidada, aquela que promove o uso do conhecimento científico. O lugar do médico não deve ser o do lugar do saber e, sim, daquele que com sua postura frente ao paciente, permite que o saber ocorra.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.95-112, set.2003-fev.2004. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/ingles/revist.> > Acesso em: 15 dez. 2008.

ANDRADE, S. AIDS: Violência, estigma e discriminação. IN: VII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS. Florianópolis, SC, 27 de junho de 2008.

BORDIN, S.; FIGLIE, N.; LARANJEIRAS, R. Aconselhamento em Dependência Química. 1ª edição. São Paulo: Editora Roca, 2004.

BRUNINI, C. Aforismos de Hipócrates. Comentários. São Paulo: Typus Ibehe, 1998.

CALVO, A. C. Relação Médico-Paciente. Direitos do Paciente. O Testamento Vital. 01 jan. 2003. Disponível em: <<http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/default.asp?action=doutrina&coddou=1910>> Acesso em: 06 jan. 2008.

CAVALCANTI, V. S. M. Estigma: Minha doença é invisível. IN: II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2006, Belém.

COMTE, A. In: Coleção Os Pensadores – São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1996.

DEWALD, P. Psicoterapia: uma abordagem dinâmica. Porto Alegre: Artmed, 1989.

EIZIRIK, C. L. – Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2005.

____ - A relação médico-paciente. In: V Jornada de Saúde Mental do Instituto Cyro Martins. Porto Alegre: Instituto Cyro Martins, 02 ago. 2008.

FERREIRA, T. O estigma de cada um. Faculdade de Ciências de Saúde – Universidade de Marília: publicação 26/03/2008.

FREUD, S. – A Dinâmica da Transferência (1912), vol. XII, Obras Completas Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

____ - As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica (1910), vol. XI, Obras Completas Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

____ - Fragmento da análise de um caso de histeria (1905 [1901]), vol. VII, Obras Completas Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

____ - Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912), vol. XII, Obras Completas Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

____ - Sobre o Narcisismo: uma introdução (1914), vol. XIV, Obras Completas Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

____ - Transferência, referente à Conferência XXVII (1916-1917), vol. XVI, Obras Completas Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Org. e trad. de Roberto Machado. 10ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992.

FULGÊNCIO, L. - O método especulativo em Freud. São Paulo: Educ, 2007.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª edição. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 2008.

LOECK, J. F. Narcóticos Anônimos: um estudo sobre estigma e ritualidade. IN: Comunicações Coordenadas da 25ª RBA, Goiânia – GO, 14 de junho 2006.

MARTINS, C. Caminhos: ensaios psicanalíticos. Porto Alegre: Movimento/Instituto Cyro Martins, 1993.

MOREIRA FILHO, J. R. Relação Médico - Paciente . Jus Navigandi, Teresina, ano 6, n. 55, mar. 2002. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2745>>. Acesso em: 04 nov. 2008.

MOTA, L. A. Drogas e estigmas. IN: II Semana de Humanidades da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, abril de 2005. Disponível em: www.neip.info/textos_afins, acesso em 15 de maio de 2006.

PICHON-RIVIÈRE, E. Teoria do Vínculo - 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

RAMIREZ, M. Relação Médico- Paciente: uma Produção Social em debate. In: I Seminário Assistência em HIV/AIDS, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

RANGEL, M. A violência do estigma e do preconceito à luz da representação social. IN: Revista Brasil de Estudos Pedagógicos, Brasília/DF, v.74, n.178, 1993.

REALE, G.; ANTISERI, D. História da Filosofia: Do Romantismo até nossos dias. 3ª edição. São Paulo: Paulus, 1991.

RIBEIRO JR., W. A. Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, o "pai da medicina". Jornal Brasileiro de História da Medicina, v. 6, n. 1, p. 8-10, 2003. Disponível em: <<http://warj.med.br/pub/pdf/hipocrates.pdf>> Acesso em: 06 jan. 2008.

SCLIAR, M. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002.

_____ - A relação médico-paciente. In: V Jornada de Saúde Mental do Instituto Cyro Martins (Informação oral). Porto Alegre: Instituto Cyro Martins, 02 ago. 2008.

TURNER, V. W. O Processo Ritual. Rio de Janeiro: Vozes, 1974.

VELHO, G. Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

YALOM, I. D. Os desafios da Terapia. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEITURAS COMPLEMENTARES

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva vol.9 no. 1 Rio de Janeiro 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci_arttext> Acesso em: 15 dez. 2008.

DEL GIGLIO, A. A Relação Médico-Paciente Sob Uma Perspectiva Dialógica. Disponível em: <http://www.psy.med.br/textos/medico_paciente/perspectiva_dialogica.pdf> Acesso em: 15 dez. 2008.

EKSTERMAN, A. Fatores Iatrogênicos na Relação Médico-Paciente. Jornal Brasileiro de Medicina – vol. XV, n.º 6. Dezembro, 1968. Disponível em: <<http://www.medicinapsicossomatica.com/doc>> Acesso em: 15 dez. 2008.

FERNANDES, J. C. L. A Quem Interessa a Relação Médico Paciente? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (1): 21-27, jan/mar, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n1/03.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2008.

IORE, M. Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de drogas. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/anpocs.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. Rev. Saúde Pública vol.36 no.4 São Paulo Aug. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11762.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2008.

LARANJEIRA, R. Vínculo entre paciente e terapeuta na dependência química. UNIAD-UNIFESP. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/bloguniad/DEFAULT.ASP?IDPOST=1871>> Acesso em: 15 dez. 2008.

OCCHINI, M. F.; TEIXEIRA, M. G. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. Estud. psicol. (Natal) vol.11 no.2 Natal Maio/Agosto 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2006000200012&script=sci_arttext> Acesso em: 15 dez. 2008.

PESSOTTI, I. A formação humanística do médico. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: Ensino Médico de Graduação out./dez. 1996. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n4/10_aformacao_humanistica_medico.pdf> Acesso em: 15 dez. 2008.

SANTOS, N. S. Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente – Tese Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/5474.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2008.

SILVA, A. L. Relação médico-paciente. Belo Horizonte – MG: Revista Associação Médica Brasileira 51(3): 121-32, 2005.