



## **Prescrição e cuidado no contexto da condição crônica**

Prescription and care in the context of the chronic condition

Prescripción y cuidado en el contexto de la condición crónica

**Ana Maria Szapiro**

**Leonardo Pereira de Souza**

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

---

### **Resumo**

O adoecimento crônico se apresenta atualmente como uma problemática de enorme relevância para as políticas públicas de saúde. Este artigo relata uma investigação realizada com médicos de um serviço especializado no atendimento a pessoas com condições crônicas de adoecimento em um hospital público no Rio de Janeiro. Partindo dos conceitos de Canguilhem sobre saúde e doença foram entrevistados cinco médicos deste serviço especializado de modo a analisar os projetos terapêuticos voltados às condições de cronicidade. No discurso dos entrevistados ressalta-se a referência a diferentes ordens de dificuldades observadas por eles no universo dos pacientes atendidos. Dificuldades de adesão ao tratamento causadas pela angústia diante da ausência da perspectiva de cura, poucos recursos para acesso a uma alimentação saudável e mesmo para a locomoção ao hospital, impossibilitam, segundo os entrevistados, o cuidado necessário ao trabalho de normatividade de um corpo acometido de uma doença crônica.

**Palavras-chave:** Prescrição, Cuidado, Saúde, Condição Crônica

### **Abstract**

Chronic illness is currently a problem of enormous relevance for public health policies. This article reports an investigation carried out with physicians of a specialized service in the care of people with chronic conditions of illness in a public hospital in Rio de Janeiro. Based on the concepts of Canguilhem on health and illness, five physicians of this specialized service were interviewed in order to analyze the therapeutic projects focused on the conditions of chronicity.

In the interviewees' speech the reference to different orders of difficulties observed by them in the universe of the patients attended is highlighted. Difficulties of adherence to treatment caused by anguish in the absence of the prospect of cure, few resources for access to a healthy diet and even for the locomotion to the hospital, make it impossible, according to the interviewees, to take care of the normative work of a body affected by a chronic disease.

**Key-words:** Prescription, Care, Health, chronic condition

### **Resumen**

La enfermedad crónica se presenta actualmente como una problemática de enorme relevancia para las políticas públicas de salud. Este artículo relata una investigación realizada con médicos de un servicio especializado en la atención a personas con condiciones crónicas de enfermedad en un hospital público en Río de Janeiro. A partir de los conceptos de Canguilhem sobre salud y enfermedad fueron entrevistados cinco médicos de este servicio especializado para analizar los proyectos terapéuticos orientados a las condiciones de cronicidad. En el discurso de los entrevistados se resalta la referencia a diferentes órdenes de dificultades observadas por ellos en el universo de los pacientes atendidos. Dificultades de adhesión al tratamiento causadas por la angustia ante la ausencia de la perspectiva de curación, pocos recursos para acceder a una alimentación sana e incluso para la locomoción al hospital, imposibilitan, según los entrevistados, el cuidado necesario al trabajo de normatividad de un cuerpo acometido de un cuerpo una enfermedad crónica.

**Palabras-clave:** Prescripción, cuidado, salud, condición crónica

---

### **Introdução**

Além de afetar a qualidade e a expectativa de vida de seus portadores, as doenças crônicas são um significativo problema de saúde pública. Ocasionalmente uma demanda por contínuo atendimento e, em muitos casos, por recursos tecnológicos

de alta complexidade, em suas diversas dimensões de incapacitação e de sofrimento, o cuidado da pessoa com adoecimento crônico se apresenta hoje como um grande desafio para os profissionais de saúde.

Para Canguilhem ( 1943/1978) saúde é capacidade normativa, é a capacidade que tem todo vivente de, diante da doença, criar novas normas que possibilitem fazer face ao estado de desequilíbrio por ela produzido e, assim, encontrar novos modos de “fazer andar a vida”. Portanto, mesmo enfermos - etimologicamente "não firmes" - ainda assim, todos nós seríamos saudáveis em diferentes aspectos de nossa vida. Canguilhem argumenta, assim, que o viver implica uma luta permanente para fortalecer ou restabelecer uma dada organização que é dinâmica. Isto significa que, ao contrário da máquina, a vida humana se apresenta como um processo de equilíbrio precário, mais ou menos estável, em que o organismo está sempre buscando novos modos de funcionamento. Neste sentido, ele sublinha a especificidade dos fenômenos biológicos com relação aos fenômenos físicos. Os fenômenos físicos não “adoecem”. Não existe uma “patologia física” (Canguilhem, 1943/2009), a máquina é incapaz de buscar um novo equilíbrio diante de um fato que a desestabiliza. Quanto ao organismo humano, ao contrário, este se esforça para restabelecer um certo estado de equilíbrio diante das perturbações externas ou internas.

Auxiliado pelos avanços das tecnociências, o homem vem se tornando cada vez mais capaz de interferir nos seus

processos vitais normativos, aumentando seu conhecimento sobre as doenças e procurando a elas se antecipar através de ações preventivas. A tal ponto que, pouco a pouco, e como já sublinhava Canguilhem, num contexto de enorme progresso no campo das ciência biológicas a especificidade dos fenômenos biológicos vem sendo substituída no contexto por uma lógica que busca superar a diferença entre a lei biológica e a lei física. Como consequência, podemos dizer que nos dias atuais vemos emergir, como ideal a ser alcançado, um modelo do homem saudável.

Diante deste ideal de homem saudável, onde a saúde tornou-se norma e a doença desvio, os tratamentos, a cura almejada, tem como objetivo alcançar uma condição de ausência de doença, - ao contrário da visão canguilhemiana, que compreende saúde como capacidade normativa, ou seja, como a capacidade do organismo de encontrar novas normas de vida de modo a superar a doença. Se, quanto ao ideal do homem saudável, os cuidados estão voltados para o tratamento e para a cura na perspectiva de alcançar a ausência da doença, como significar o normal e o anormal na condição crônica de adoecimento? Nesta circunstância, o que representaria cuidar? Neste sentido, considerando este ideal de homem saudável presente na sociedade contemporânea (Szapiro, A.,2005), investigamos neste

estudo o que constitui um projeto terapêutico para pessoas em condições crônicas de adoecimento<sup>1</sup>.

### **Justificativa e Objetivo**

Em sua conferência de 1974 intitulada: O Nascimento da Medicina Social, Foucault afirma que a medicina moderna nasce uma medicina social que toma a vida humana como objeto de saber. A legitimação do discurso científico como verdade, assinala Clavreul (1983) tende a levar o médico a uma posição de onipotência diante da doença e, por conseguinte, diante do próprio paciente, a relação médico e doente ganhando um sentido normativo, em que cabe ao médico gerir o bem estar ou a forma de viver de cada um.

A este valor normativo Gori (2005) denomina “medicalização da existência” e da cultura. Na contemporaneidade, o ideal de saúde, faz com que a dor deixe cada vez mais de ser parte da própria contingência do vivente, mas algo a ser eliminado. Nesta subjetividade qualquer diferença em relação ao ideal é tomada como um desvio da perfeição pretendida, devendo ser “corrigida”.

Ainda Canguilhem, em sua tese sobre o Normal e o Patológico (1943/2009), ressalta que ser saudável é colocar-se em risco, apostar em suas capacidades de superação, de criação, de normatividade.

Pois quando a vida é “atividade de oposição à inércia e à indiferença. [...] A vida joga contra a entropia crescente”, diz este autor (op. Cit. p. 107), contrapondo-se a ideia de que a saúde funcionaria como um dispositivo normativo, que imporiam normas de conduta de fora para dentro, do universal sobre o singular.

Diante do cenário atual onde emerge um discurso que sustenta um ideal de um homem saudável, como pensar a “vida sem doença”? Então, considerando a radicalidade das concepções contemporâneas sobre a vida saudável e o que se designa hoje como condições crônicas de adoecimento, este artigo analisa as concepções dos projetos terapêuticos de médicos nefrologistas que trabalham em uma instituição hospitalar pública.

### **Metodologia**

A investigação realizou-se em três etapas. Inicialmente procedeu-se a uma revisão bibliográfica de artigos sobre o tema do tratamento ao adoecimento renal crônico. Na segunda etapa, através de entrevistas abertas, entrevistou-se um grupo de médicos de um hospital público no Rio de Janeiro que atendem a pessoas diagnosticadas com doença renal crônica. Para tal foi elaborado um roteiro de perguntas (em anexo) voltadas a conhecer em que se constitui, para cada entrevistado, um projeto terapêutico no contexto da

"condição crônica". Foram entrevistados três nefrologistas. As entrevistas foram gravadas com autorização dos mesmos e posteriormente transcritas. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na terceira etapa da pesquisa procedeu-se à análise do material das entrevistas, análise que foi feita a partir da perspectiva dialógica de análise do discurso de Bakhtin (2007). Esta perspectiva, que ressalta o caráter dialógico, polissêmico e polifônico do discurso, nos permite tomar o discurso dos entrevistados como ponto de partida para um debate sobre saúde e doença nos dias atuais, quando se faz presente a condição de cronicidade. Assim é que, para Bakhtin (op. Cit.), todo discurso implica no trabalho de produção de sentido de um modo de ser no mundo. Assim, ao procedermos à análise do discurso buscamos identificar ideias, múltiplas vozes e valores presentes em uma dada sociedade. Também, e como ressalta Amorim, M. (2002), a escrita da pesquisa não se reduz a uma simples transcrição de conhecimentos produzidos em situação de campo, mas implica produção e circulação de conhecimentos, ressaltando-se neste sentido a relação de alteridade entre o pesquisador e o seu objeto, o seu outro, ou os seus outros.

A partir desta escolha teórico-

metodológica foi possível fazer uma leitura crítica dos discursos, de modo a identificar as vozes ali presentes, de que lugares é possível ouvi-las. Há sempre uma multiplicidade de vozes a serem ouvidas no mesmo discurso. Cabe ao pesquisador deixar que essas vozes se manifestem levando-se em conta que há um sujeito que fala e produz discurso e um pesquisador que o estuda, seu objeto é um sujeito produtor de discurso e é com seu discurso que lida o pesquisador no campo das Ciências Humanas. A este respeito, ressalte-se que de acordo com Bakhtin (op. cit.), o objeto das Ciências Humanas difere do objeto de todas as outras ciências, uma vez que seu objeto específico é um sujeito produtor de discurso. "Discurso sobre discursos, as Ciências Humanas têm, portanto essa especificidade de ter um objeto não apenas falado, como em todas as outras disciplinas, mas também um objeto falante" (Amorim, 2002), que não pára nunca de se mexer, a cada que vez que dele se fala.

Na proposta de pesquisar o sujeito singular das Ciências Humanas, devemos entender o humano na perspectiva de sua relação com a cultura e com seu contexto. Finalmente, ao tomar o discurso do sujeito como resultado de uma polifonia de vozes é possível compreender a multiplicidade de sentidos do qual esse discurso é porta-voz.

## **Pesquisa**

### *Revisão Bibliográfica*

Sobre o tema do adoecimento crônico, foram revisados artigos pesquisados na plataforma Scielo e Capes com os descritores “doença crônica, tratamento, cuidado e saúde”. A leitura desses artigos nos ofereceu um cenário sobre de que modo o tema tem sido abordado na literatura científica atualmente.

Os artigos revisados sobre o tema foram, em sua maioria, publicados em periódicos da área de enfermagem. Podemos supor que tal fato se dê em razão do contato constante e intenso que os profissionais desta área têm com pacientes na condição de cronicidade. Pudemos também observar poucos artigos em periódicos de Psicologia abordando a atenção ao paciente renal crônico. Destacamos aqui abaixo os artigos que selecionamos pela propriedade da abordagem ao tema<sup>2</sup>.

No artigo *A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica* (Lima e Trad, 2007), os autores ressaltam que o trabalho com a dor crônica é um desafio para os profissionais de saúde. O ponto de partida para o tratamento é justamente o reconhecimento do que é uma dor crônica, uma dor que não tem cura. Assim, o projeto terapêutico se desenha em direção à busca do retorno às atividades cotidianas, a recuperação da função e a convivência social.

Destaque-se que, de acordo com os autores, apesar de onipresente na prática clínica, a dor não é um objeto valorizado na formação médica. No caso da dor crônica, é apresentada como um erro de leitura, “uma alteração do sistema de proteção” (Lima e Trad, 2007). A dor através da ótica do sistema de proteção, seria um sinalizador de que algo está descompensado.

Nessa medida, ao tornar-se crônica, a dor perderia a função de alarme e passaria a se tornar “agressiva”(op. cit.). Ainda segundo Lima e Trad (2007), a dor crônica é usada como uma categoria não oficial, anômala, parcialmente legitimada como uma doença. O artigo ressalta que a dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde, principalmente os médicos, para lidar com a dor crônica se justifica por esta ser um objeto não só invisível, mas incomensurável e imponderável, e que se apoia numa imagem basicamente subjetiva.

Os mesmos autores observam que quando a dor passa a ser o centro da vida do paciente, o projeto terapêutico deveria ter como objetivo a inclusão do paciente pela sua receptividade ao tratamento e pela sua singularidade como sujeito, de modo que os protocolos pré-definidos devem ser relativizados. Segundo Lima e Trad (2007) o médico na clínica confronta-se, portanto, com seu duplo papel: ser um representante de um corpo de normas e conhecimentos mas, ao mesmo tempo, ver-se enquanto um

terapeuta frente a um paciente, um caso, uma situação humana.

Campos e Turato (2003), no artigo *A equipe de saúde*, a pessoa com doença renal crônica em hemodiálise e suas relações interpessoais, e Ziebell e Gomes (2004) em *Comunicação Médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças crônicas*, discutem a forma como se dá o atendimento dos profissionais de saúde e suas relações com os pacientes. Nesta perspectiva, destacam o ponto de vista do paciente, evidenciando a questão da relação médico-paciente.

Estes artigos enfatizam que para uma boa adesão ao tratamento, a colaboração ativa entre paciente e médico é essencial para que se alcance o sucesso terapêutico. As falhas do tratamento estão, para estes autores, associadas à descrença dos pacientes nos benefícios terapêuticos. Para os autores há que se considerar ainda que o reconhecimento formal da doença muitas vezes se dá em um momento tardio e tratando-se de doenças crônicas, que se desenvolveram ainda cedo no paciente, muitas vezes falta, entre médico e paciente, a construção de um espaço de conversa e esclarecimento sobre o quadro clínico.

Campos e Turato (op.cit.) relatam que o rodízio do profissional médico é visto pelos pacientes como um problema. Tratando-se de uma unidade de hemodiálise pertencente a um hospital, as equipes de

médicos-residentes não permanecem fixas no serviço, o que, segundo os autores, prejudica a construção de vínculos. Na presente pesquisa, como um dos entrevistados, Dr. B, disse: “(...) eles (os pacientes) são um pouco solitários e dependem da nossa atenção, (...) eles chegam e (...) (nos) “jogam” essa responsabilidade, e a gente não é bom nisso, (...) na verdade precisaria de um suporte de serviço social e de uma psicologia no serviço”.

Campos e Turato (op. Cit.) ressaltam também que, no caso específico de uma unidade em hemodiálise, há também que se considerar, como elemento de limitação da convivência com o doente, o grande volume de atividades técnicas exercidas pelo médico. Segundo estes autores na formação médica amparada pela abordagem “naturalista-mecanicista”, o paciente deixa de ser o centro da atenção, sendo então visto como parte de uma engrenagem passando a ser assim tratado.

O artigo conclui que a assistência clínica mostra-se mais voltada aos aspectos biológicos do paciente e para os demais procedimentos mecânicos, o que assinala, para os autores, certa falta de distinção entre “...relacionamento humano e competência técnica” (Campos e Turato, op. Cit.). Estes autores sublinham, assim, que os pacientes demandam também cuidados que estão para além das expectativas de ordem fisiológica.

Na revisão bibliográfica sobre o tema do adoecimento crônico pudemos observar que, de um modo geral, os autores procuram chamar atenção para o fato de que no atendimento a uma pessoa portadora de uma doença crônica ressalta a importância do profissional de saúde como referência fundamental. Além disto, consideram também como fundamental que se leve em conta a dimensão de singularidade de cada paciente diante de sua condição de adoecimento.

*Investigando um serviço de atendimento a pacientes portadores de doença renal*

O serviço recebe pacientes externos que precisam de diálise e pacientes internos que, estando hospitalizados devido a diferentes agravos, abrem um quadro de doença renal com indicativo de diálise. O procedimento de hemodiálise deve ser efetuado três vezes por semana, durante cerca de quatro horas. Com esta dinâmica e como a demanda pelo serviço é alta, o Ministério da Saúde indica que uma vez que o médico determine que o paciente se encontra em condição estável para ser transferido ele seja encaminhado a outra unidade de atendimento conveniada ao SUS. No serviço pesquisado, a equipe médica funciona atualmente em regime de plantão, o que significou uma mudança no perfil do serviço que antes oferecia internação em enfermaria, transplante renal

e atendimento de diálise peritoneal não-domiciliar.

**Discussão**

*O discurso do médico frente às condições crônicas de adoecimento*

Roland Gori, em seu artigo “A ética: uma renovação clínica nas práticas de saúde” (2003) observa que a relação médico-paciente deve ser reconhecida e abordada para além dos saberes sobre a doença e dos protocolos médicos. Em outros termos chama atenção para o cuidado ético em admitir que embora as ciências médicas tenham progredido necessária e legitimamente graças aos estudos das doenças e mais recentemente dos fatores de risco, suas práticas não poderiam se reduzir a uma pura e simples aplicação de saber. Neste sentido, cabe a observação deste autor na medida em que a presença/ausência do médico no cotidiano do cuidado ao paciente comporta, no caso da doença crônica, não só uma dimensão terapêutica relevante, mas também uma dimensão ética.

Analisando o discurso dos entrevistados, observamos uma ênfase em compreender o médico como a figura de referência. No serviço pesquisado os pacientes chegam encaminhados por diferentes unidades de saúde pública. Percebemos observações quanto ao lugar do médico como referência e os obstáculos que dificultam sua posição, bem como de que



modo a notícia de um diagnóstico de adoecimento crônico é transmitida, a avaliação quanto à importância ou não de uma equipe multiprofissional e as concepções presentes nos discursos sobre o que seria uma “vida normal” nestes casos.

Neste sentido, podemos nos referir a um dos entrevistados, que aponta como um dos problemas do serviço. Para ele “o médico deve permanecer como referência” pois, muitas vezes, o paciente é acompanhado por quem estiver disponível no plantão, o que pode implicar na fragilização da relação médico-paciente.

Por outro lado, além das dificuldades de um serviço que funciona em sistema de plantão, temos também mais uma questão que é, em geral, frequente nos serviços públicos de atendimento. Segundo o Dr. A: “(...) Eu entro na sala, tenho que fazer coisa que não é o meu papel, mas não tem médico!”. Aqui o Dr. A aponta mais um obstáculo na organização do setor, a ausência de profissionais em número suficiente para as necessidades do atendimento sobrecarrega o serviço, dificultando, como expressa o profissional, um cuidado adequado ao paciente que ali chega.

O manejo em trazer uma notícia que vai mudar a vida do paciente e como ajudá-lo a aderir ao tratamento se mostrou presente como preocupação no discurso dos profissionais. Em especial quanto à adesão

ao tratamento para uma doença crônica, muitos ressaltaram como é difícil adotar um tratamento para a “vida inteira”, como afirma o Dr. B: “Porque eu acredito que deve ser horrível gente. (...) Não só vir aqui. Eu fico imaginando a dieta extremamente restrita, que se fosse eu, sei lá o que eu ia fazer. Porque é muito ruim mesmo. (...) Não! Você não pode escapar. Tem que ser aquilo ali, insuportável. É pra vida inteira”.

Em geral a comunicação de um prognóstico como este quadro pode produzir no paciente uma reação de sofrimento, o que, muitas vezes contribui para dificultar a adesão ao tratamento, como resalta Dr. B, “... o choque é tão grande que eles se entregam”, ou como Dr. C, destaca: “... Tem paciente que fez uma, duas, foi embora com o cateter e ninguém sabe nem se ele tirou o cateter em casa ou se morreu, ele não aparece mais”. É evidente a importância do manejo da notícia para o paciente e para sua família, o que implica uma equipe multiprofissional, devidamente estruturada e organizada: “Aí você precisa do nutricionista, poxa o nutricionista é fundamental, aí você pede o parecer, aí não consegue marcar, aí assim vai indo. Com certeza uma equipe multiprofissional é fundamental”. (Dr. B)

Neste contexto após o diagnóstico de cronicidade, os médicos entrevistados se perguntam de que modo estes pacientes, podem aspirar ter uma vida próxima ao

“normal”. Como diz a Dr. C: “Uma vida normal? Normal, ele não vai ter uma vida normal, né (...) seguindo o tratamento acho que assim, ele consegue ter uma vida muito próxima, eu nunca digo normal, mas muito próxima do normal. Tentar reintegrar ele para a vida social, profissional, afetiva”.

Como salienta Dr. A: “Pra esse cara conseguir seguir levar bem. Eles levam, mas é aos trancos e barrancos! Volta e meia um morre.”.

O Dr. A ainda ressalta: “na verdade a gente diz que ele vai morrer se ele não fizer (o tratamento). A frase é assim: curta e grossa. ‘Você pode não fazer, é uma opção, mas você está fazendo uma opção por morrer’”. Observamos aqui de que modo no discurso do Dr. A podemos encontrar uma perspectiva terapêutica bastante singular, mas que diz respeito, assim nos parece, a uma estratégia que busca a adesão do paciente ao tratamento. Nesse sentido o discurso do Dr. A guarda uma ética peculiar ao cuidado com o doente crônico que devemos analisar mas que foge ao alcance dos objetivos dessa pesquisa.

Independente da maneira como se apresenta o manejo quanto aos objetivos de adesão ao tratamento, de um modo geral, todos os entrevistados sublinham a necessidade de um suporte multiprofissional. Isso se justifica uma vez que uma doença crônica envolve todos os âmbitos da vida do paciente: rotina nova,

alimentação diferenciada, com repercussões psicossociais e mesmo jurídicas.

Na fala do Dr. A: "Tinha um professor que falava: a diálise é um procedimento anti-morte, e o transplante é um procedimento pró-vida", nota-se uma perspectiva de relevância maior do aparato técnico no tratamento do adoecimento crônico. Uma vez que não há a cura para esta condição, a esperança no triunfo da técnica resta como um substituto daquilo que Canguilhem nomeia como aquela capacidade normativa perdida que caracterizaria o adoecimento. Dessa forma, podemos constatar que no projeto terapêutico destas condições de adoecimento, a tecnologia se revela como uma forma de cuidar, visto que o direcionamento à técnica busca o resgate da capacidade normativa perdida.

#### *Pensando o manejo terapêutico na relação médico - paciente*

Buscamos nesta dimensão analisar no discurso dos entrevistados de que modo se coloca a questão do manejo terapêutico frente ao paciente que chega ao serviço. Muitos destes já começam o tratamento sem saber a gravidade de sua doença ou, em muitos casos de que se trata de um acompanhamento para a vida toda. Segundo o Dr. A: “(...) a primeira abordagem é ruim, porque eles são informados na hora de que eles têm uma doença crônica, que é

definitiva, e que eles precisam naquele dia, naquela hora, naquele momento, fazer uma sessão de hemodiálise e para isso eles precisam colocar um catéter”. Já o Dr B ressalta: “Instalada a doença crônica, é um período de anos que você tem para tratar... até a parte emocional do paciente (...) para ele aceitar a hemodiálise (...). É diferente de quando um paciente chega na fase final, tendo que dialisar e nunca ouviu falar em hemodiálise, isso é um choque”.

Por outro lado há os pacientes que tiveram um acompanhamento médico conservador, que é um tratamento prévio, muitas vezes ao longo de anos. Quando há indícios de uma doença, inicia-se um trabalho preventivo tendo como objetivo aumentar a sobrevida daquele órgão adoecido e assim ir preparando o paciente para a possibilidade de ter de dialisar.

Para o Dr. C: “...os pacientes que vêm “preparados” é mais fácil, (...) ele já sabe da perspectiva dele. Para nós é ótimo, ele já chega sabendo (...), compreende que é necessário fazer o tratamento...”. Dessa forma, o manejo terapêutico é facilitado na medida em que o paciente chega “preparado”. Isto evidencia o quanto o trabalho preventivo se insere no manejo”. Concordando com a importância do trabalho preventivo, diz a Dra B: “Se o paciente nunca teve acompanhamento médico, se chega no estágio final da doença, porque nunca se cuidou, nunca teve

orientação, então, para ele, a questão da qualidade de vida sempre ficou em segundo plano, quando você tem a chance de detectar precocemente uma doença que vai se tornar crônica, então é uma chance que você tem de educar”.

Neste discurso encontramos muitas vozes que se fazem presentes numa subjetividade onde a questão do viver saudável adquiriu um grande espaço na sociedade através do destaque nas mídias, nas recomendações médicas. Como comenta Szapiro, A. (2016) nos dias atuais “os discursos de como viver uma vida saudável penetraram na vida coletiva, determinando novas sociabilidades, de forma que a busca por respostas da ciência a todos os domínios da vida tornou-se parte do cotidiano (...) A obediência à racionalidade sanitária através da orientação quanto às escolhas corretas tornou-se a garantia da aquisição de uma vida longa e saudável”.

Ao longo das falas dos entrevistados surgiu também o que seria na visão deles o “atendimento ideal”: “O ideal seria sempre o trabalho preventivo. Medicina é saúde, é prevenção. Então se tivesse uma área da medicina, que teria que ter um investimento mais maciço seria na área do cuidado básico, na prevenção. Tratamento da hipertensão, da diabetes. E aí, o acompanhamento especializado seria só nos casos mais graves. Não é o que a gente vê

ainda, infelizmente” (Dra. B).

Percebemos no discurso acima a compreensão da palavra "tratamento". Tratar um paciente não é, neste caso, apenas aplicar um protocolo de cuidados padronizados por estudos científicos prévios, mas é também tratá-lo de certo modo, no sentido de lidar com ele de uma maneira, ou seja, uma maneira de se ocupar dele, de se comportar com ele, de se conduzir com ele (Gori, 2003). E isto seja através de uma medicina preventiva ou acompanhando e instruindo pacientes já com o quadro da doença crônica instalado.

O atendimento e acompanhamento preventivo sempre aparecem como o caminho ideal a ser seguido, juntamente com o atendimento multidisciplinar, podendo assim o médico permanecer como referencial do tratamento e ir trabalhando junto com outros profissionais de saúde. Como nos diz a Dra. A: “Então assim, que é como funciona nos lugares fora, é realmente um trabalho integrado, lógico que a gente na verdade também o fato de ter a equipe multidisciplinar não tira o nosso papel, né? Porque ... se eu não tenho que abordar o paciente que chega e chora perto de mim dizendo: não pelo amor de Deus não conversa comigo vai conversar com a psicóloga... não dá pra ser assim, entendeu? Ou o paciente faz um pergunta eu digo: não, isso aqui é com a nutricionista. Não dá pra ser assim senão a gente fica só com a parte

clínica”.

*O paciente para além da sua doença*

De acordo com Gori (2003), exercer a ética na prática médica vai além de verificar se o procedimento experimental próprio à lógica científica. Dessa forma, é preciso exigir de forma rigorosa que o humano seja respeitado nessas práticas. O sujeito precisa ter um lugar além da doença que o acomete e não ser reduzido ao estatuto de portador de uma doença e homogeneizado. A clínica que cala o sujeito é, segundo Szapiro (2013), uma contra-clínica, ou como nos diz Agamben (1998 apud Szapiro, 2013), uma clínica da vida nua.

O Dr. B nos fala de uma clínica em que o paciente está adaptado a cronicidade de sua doença renal: “É uma tentativa de chegar o máximo possível a “não doença”: Acho que essa é a busca principal, você tentar fazer com que o paciente tente viver o mais próximo possível de uma situação sem doença, assim, é muito difícil, mas seria este o objetivo final do nosso trabalho aqui”... E acrescenta: “Ninguém vai ficar satisfeito com essa situação. Mas, pelo menos, a tolerância se torna mais aceitável, por que, afinal de contas, o propósito da vida segue. Continua produtiva, trabalhando, com uma ocupação...” ressaltando que o próprio paciente deve estar para além da sua doença e ter uma

ocupação para aceitar melhor sua condição, pois o "propósito da vida segue"...

Podemos observar o respeito à singularidade de cada caso e à história de vida do paciente no que diz o Dr. A: "Ah, doutor eu tô 3kg acima do peso mas tira 4kg hoje porque eu quero tomar "umazinha" amanhã"... "Então em clínica acontece muito isso e você acata." Percebe-se aqui uma clínica na qual o paciente toma seu lugar de sujeito, o seu lugar para além da sua doença. Como sublinha Gori (2003) o doente não deve ser reduzido ao estatuto de portador de uma doença, não deve ser homogeneizado como elemento estatístico ou apreendido como segmento de seus arquivos genéticos, seu tratamento se constitui num colóquio singular, onde necessariamente imperam as circunstâncias e o contexto de um drama pessoal e de uma história concreta.

### ***Normalidade e normatividade***

Como disse Canguilhem, em o Normal e o Patológico (1943/2009), ter saúde é ter capacidade normativa, ter a capacidade de todo organismo, diante da doença, exercer sua capacidade de construção de novas normas de modo a restabelecer um bom funcionamento. Nessa dimensão de análise dos discursos dos médicos entrevistados, podemos observar uma aposta da tecnologia como meio de resgate da capacidade normativa perdida,

como expressa a Dra. C: "Eu penso que a hemodiálise em si, as horas que eles estão na máquina, é a menor parte da vida dele. A maior parte eles estão em casa, na vida normal deles". O fato de o paciente com adoecimento crônico passar uma parte da sua vida na máquina, reflete uma condição em que é graças à técnica que possibilita seu exercício de viver, ainda que "aprisionado" entre a máquina e a doença. A técnica como prótese também pode ser meio de instaurar a norma possível diante da impossibilidade do exercício normativo.

Ao contrário, quando nos tornamos prisioneiros da técnica, apostando na ficção de uma condição humana perfeita, na certeza de que não há limite que a ciência não possa ultrapassar, a técnica se transforma em onipotência, uma característica presente na pós-modernidade (Szapiro, 2013). Neste sentido, o discurso sobre o alcance dos novos recursos tecnológicos advindos de novas descobertas no campo da biomedicina comparece como exigência que avança contrariando o próprio fundamento da condição humana, sua condição se ser mortal, como sublinha Celine Lafontaine (2004). Isto implica na expectativa de que, através dos novos dispositivos resultantes dos mais recentes avanços tecnocientíficos, uma vez a cura alcançada, nos dia a Dra. E: "restarão as formas de adoecimento não mais do corpo, mas das mentes! Agora a gente arrumou um

jeito de cuidar das doenças, isso aí eles já resolveram. Daqui a pouco a gente coloca um braço de robô, né?” E conclui: “O futuro da nação seriam os psicólogos e psiquiatras, por que a gente vai morrer da cabeça (...). Gente, o mundo vai acabar, de doença a gente não morre mais...”.

Nesta perspectiva, observamos no discurso dos médicos entrevistados, a busca de aproximar o paciente o máximo possível do normal - de uma “não doença” - seria um ideal presente como objetivo no projeto terapêutico para a doença crônica. Como a cura não é possível, a reintegração social do paciente se faz presente. Como nos diz a Dra. B: “ Uma vida normal? Normal não, ele não vai ter vida normal, mas seguindo o tratamento acho que assim, ele consegue ter uma vida muito próxima, eu não digo normal, mas muito próxima do normal. É tentar reintegrar para a vida social, profissional, afetiva”. Como pondera também a Dra.C: “ Ele tentar manter o máximo que ele puder de uma vida teoricamente normal. É uma tentativa de chegar o máximo possível a não doença...”

.

### **Considerações finais**

Este estudo propôs uma análise das implicações do adoecimento crônico frente à experiência subjetiva sobre a saúde e a doença em curso na sociedade contemporânea num grupo de médicos

entrevistados. Considerando que a questão da saúde tem adquirido um lugar de centralidade nestas sociedades, emergindo como um ideal a ser alcançado, vemos que frente a este ideal, a doença parece ser tomada como um desvio, como uma “anormalidade” que, como tal, deve ser corrigida ou eliminada.

Situando a questão no âmbito da doença crônica, uma condição que não aponta para uma cura, estabelecemos como objetivo compreender o sentido que adquire para o médico um projeto terapêutico nessas condições. Buscamos assim localizar nos discursos dos entrevistados a perspectiva que enuncia a construção desse projeto terapêutico.

Pudemos observar nos discursos que o ideal que parece constituir o projeto terapêutico para as condições crônicas de adoecimento nos entrevistados seria a retirada do sujeito do lugar de "somente doente", tentando aproximá-lo de uma perspectiva para além da doença. Deste modo este projeto terapêutico se constituiria em um cuidar visando dar alguma qualidade de vida ao paciente. Um tratamento, portanto, para a vida inteira. Essa concepção de projeto terapêutico no quadro de um adoecimento crônico se encontra na visão de Gori (2003) para quem o exercício da ética na prática deve ir além de verificar se o procedimento experimental próprio à lógica científica do tratamento é eficaz. O

sujeito precisa ter este lugar para além da doença que o acomete, não se reduzindo ao estatuto de portador de uma doença.

Para todos os entrevistados o atendimento e o acompanhamento preventivo aparecem como o caminho a ser seguido, como um projeto terapêutico diante do quadro clínico de doença crônica, juntamente com o atendimento multidisciplinar, o médico podendo assim permanecer como referencial do tratamento, trabalhando junto com outros profissionais de saúde. Quanto à especificidade da doença crônica, considerando a questão da ética tal como argumenta Gori, ou seja, a visão da ética como um resto das escolhas metodológicas, vale assinalar que, no universo dos discursos sobre o projeto terapêutico, as tecnologias utilizadas parecem assumir diferentes sentidos do ponto de vista da expectativa que nutre cada profissional quanto ao prognóstico de cada paciente.

Do ponto de vista dos avanços nas tecnologias médicas, destaca-se o que nos diz o Dr. A, quanto à utilização do recurso ao transplante ou à diálise: “ (...) o transplante seria um procedimento anti-morte e a diálise como um procedimento pró-vida”. Embora com olhares diferentes quanto às possibilidades do paciente diante das escolhas dos procedimentos, percebemos que, no adoecimento crônico, o apelo à técnica para o estabelecimento de

um exercício do viver soa como a aposta em alguma tecnologia, aposta que pode se constituir em um meio de resgate da norma perdida. Esta aposta no recurso às tecnologias implica, neste sentido, na reconfiguração total dos conceitos de saúde e de doença, pelo menos como postulados por Canguilhem. Entretanto, vale sublinhar, esta reconfiguração resultará em um saudável e normal confundidos conceitualmente este medicamento constituído.

### Notas

<sup>1</sup> Os autores agradecem a colaboração de Lázara Carvalhal, aluna do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelo trabalho de transcrição das entrevistas e pela ajuda na pesquisa bibliográfica.

<sup>2</sup> Em anexo apresentamos a tabela com o conjunto dos artigos pesquisados.

### Referências

- Amorim, M. (2001) *O Pesquisador e seu Outro: Bakhtin nas Ciências Humanas*. São Paulo, Musa Editora.
- Bakhtin, M. (2002). *Marxismo e filosofia da linguagem*. 9ª edição. São Paulo: Ed. HUCITEC
- Castel, R. A. (1987). *Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora.

- Campos, C., Turato, E. (2003). *A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais*. Rev. bras. enferm. [online]. vol.56, n.5, pp. 502-506. ISSN 0034-7167. Acessado em 18 de agosto 2015, em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000500008>.
- Canguilhem, G. (1943,2009). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- Clavreul, J. A (1983). *Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Costa, L. (2008). *Contando história de paciente*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 24, Mar. Acessado em 24 Mar de 2015 em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000100007&lng=en&nrm=i](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100007&lng=en&nrm=i)so>.
- Foucault, M. (1979). *O nascimento da Medicina Social. Microfísica do poder*. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal.
- Gori, R., Del Volgo, M-J (2003). *A ética: uma renovação da clínica nas práticas de saúde?* Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. VI, núm. 2, junho, 2003, pp. 69-88. São Paulo, Brasil, Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
- Junges, J., Bagatini, T. (2010). *Construção de sentido nas narrativas de doentes crônicos*. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. vol.56, n.2, pp. 179-185. ISSN 0104-4230 Acessado em 18 de agosto 2015 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200016>.
- Lafontaine, C. La Societé Post-mortelle. Paris, Ed. Seuil, 2004.
- Lima A.; Gualda, D. (2001). *História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico*. Rev Esc Enferm USP; 35(3):235-41.
- Lima, M.; Trad, L. (2007). *A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica*. Cad. Saúde Pública, Nov, vol.23, no.11, p.2672-2680. ISSN 0102-311X
- Martins, A.. (2004) *Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde*. Interface (Botucatu) [online]. vol.8, n.14, pp. 21-32. ISSN 1807-5762. Acessado em 12 de agosto 2018, em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100003>.
- Martins, L.M., França, A.P.D. , Kimura, M. (1996) *Qualidade de vida de pessoas com doença crônica*. Rev Latino-am.enfermagem ,Ribeirão Preto, V. 4, n. 3, p. 5-18, dezembro.
- Mendes, Maria Francisca. (2007). *Bakhtin: conceitos-chave*. Rev. Bras. Educ., Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 178-179, Apr. Acessado em 10 de maio de 2018 em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782007000100016&lng=en&nrm=i](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782007000100016&lng=en&nrm=i)so>.
- Nobrega, R. et al. (2010). *Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica*. Texto contexto - enferm. [online]., vol.19, n.3, pp. 425-433. ISSN 0104-0707. Acessado em 18 de agosto 2015, em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300003>.



- Nogueira, R. (2003). *A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich*. Interface (Botucatu)[online]. vol.7, n.12, pp. 185-190. ISSN 1807-5762. Acessado em 18 de agosto 2018, em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100022>
- Oliveira V.; Gomes, W. (2004). *Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas*. Estud. psicol. (Natal) [online]. vol.9, n.3, pp. 459-469. ISSN 1678-4669. Acessado em 18 de agosto 2015, em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300008>.
- Pennafort, V.; Queiroz, M.; Jorge, M. (2012). *Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem*. Rev. esc. enferm. USP [online]. vol.46, n.5, pp. 1057-1065. ISSN 0080-6234. Acessado em 17 de agosto de 2018, em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500004).
- Petean, E.; Araujo, L.; Bellato, R.; Wunsch, C. (2013). *Trajetória de busca por cuidado na vivência do evento traumático e sua cronificação*. Saúde soc. [online]. vol.22, n.4, pp. 1257-1268. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400026>. Acessado em 18 de agosto 2015.
- Roso, C. et al. (2013). *O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica*. Texto contexto - enferm. [online]. vol.22, n.3, pp. 739-745. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300021>. Acessado em 18 de agosto 2015.
- Szapiro, A.(2013). *Do Humano e da Técnica: Por uma Clínica da Pós-modernidade*, Rev. Polis e Psique, v. 3, n. 2, p. 4-18.
- Szapiro, A. (2016). *O Pathos na Cidade* In RHEINGANTZ, P. (Org.) *Qualidade do Lugar & Cultura Contemporânea*. Porto Alegre, Sulina.
- Szapiro, A. (2005). *Vivendo a vida saudável e sem paixões*. Rev. Estudos e Pesquisa em Psicologia. Rio de Janeiro, ano 5, n.1, p.43-55.
- 
- Ana Maria Szapiro** é Professora Titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Departamento de Psicologia Social.  
**E-mail:** anaszapiro@uol.com.br  
**ORCID:** orcid.org/0000-0003-3077-2645
- Leonardo Pereira de Souza** é aluno do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ.  
**E-mail:** persevolve@gmail.com
- 
- Enviado em:** 28/12/18 – **Aceito em:** 09/08/19
-

## Anexo 1

<b>REVISTAS x ANO</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Jornal Brasileiro de Nefrologia</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
<b>Cadernos de Saúde Pública</b>	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	4
<b>Trabalho Educação e Saúde</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
<b>Psicologia em Estudo</b>	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	3
<b>Arquivo Ciência Saúde</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
<b>Revista Psiquiatria Clínica</b>	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3

<b>Ciência e Saúde Coletiva</b>	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
<b>Revista Latino-Americana de Enfermagem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2
<b>Revista Gestão e Saúde</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
<b>Revista Interdisciplinar Uninovapi</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	3
<b>Revista Brasileira de Enfermagem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
<b>Revista da Escola de Enfermagem da USP</b>	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>Artigos e Teses</b>	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	1	1	7
<b>TOTAL</b>	1	2	1	3	0	0	2	2	0	0	1	3	4	4	2	4	2	31